

Se distingue una forma circunscrita y otra difusa. Los primeros son tumores redondeados, blandos y pseudofluctuantes a veces voluminosos lobulados no adherentes a los tejidos vecinos, de crecimiento lento. Frecuentemente son múltiples, lo que explica que aparentemente puedan reproducirse después de extirpados: el diagnóstico es fácil en las formas subcutáneas pero puede ser difícil en los del suelo de la boca o en los intramusculares, pues estos últimos pueden confundirse con producciones inflamatorias o con sarcomas, distinguiéndose de las producciones flegmáticas porque la punción permite extraer pus de ellas, y de los sarcomas, por el crecimiento mucho mas rápido de éstos.

El tratamiento consistirá en la extirpación, que es muy fácil en las formas circunscritas pero puede ser muy laboriosa en las difusas, en las que debemos extirpar en tejido normal para evitar la reproducción del tumor.

Fibroma. Reproduce el tejido fibroso y se observa menos frecuentemente que el lipoma. Su localización preferente es en las aponeurosis y en especial la del recto del abdomen y las de los miembros. El queloides verdadero, puede considerarse también un fibroma.

Este tumor suele ser redondeado, del tamaño de una naranja como maximum, de consistencia dura característica, circunscrito o aparentemente difuso por la existencia de capas envolventes, de crecimiento lento. Puede sufrir la transformación sarcomatosa, en cuyo caso el desarrollo se hace mucho mas rápido. El diagnóstico se basa en la consistencia y en la lentitud del curso. Los sarcomas, que a veces tienen una consistencia semejante, tienen una marcha mucho mas rápida y son de superficie mas lisa ordinariamente. El pronóstico del tumor

en si, es benigno, pues solo ocasiona molestias por su tamaño o por dificultar los movimientos de los músculos vecinos. El tratamiento consistirá en la extirpación, procurando extraer la cápsula por completo, pues en esta existen nódulos frecuentemente que pueden determinar la reproducción del tumor.

Mixoma. Son muchos los autores que niegan la existencia de este tumor en estado de pureza, aun cuando se encuentra frecuentemente asociado al sarcoma, en cuyo caso evoluciona como un tumor maligno. Los pólipos nasales que antes eran considerados como mixomas, se consideran actualmente producciones inflamatorias.

Este tumor reproduce el tejido mucoso embrionario, hallándose constituido por células estrelladas y por una substancia intersticial que precipita por el ácido acético y es soluble en los alcalis (mucina), no mezclándose con el agua. Son tumores blandos, de crecimiento lento, y sus elementos celulares degeneran fácilmente, quedando ahogados en el magma intersticial. Se observa este tumor asociado al fibroma, al condrosarcoma y al sarcoma. El pronóstico y el tratamiento dependen del tumor asociado.

Endotelionoma. Se le ha llamado sarcoma angioliático (Rauvier) y Virchow le denomina sarcoma porque en su interior se encuentran granulaciones semejantes a granos de arena. Procede de los elementos endoteliales de los vasos, aunque este origen no es aceptado con unanimidad. Sus localizaciones mas frecuentes son en el peritoneo y especialmente en las meninges, pero es un tumor raro. Ciertos tumores que como el bronquioma se consideraban procedentes de los vasos, hoy se admite que son de procedencia embrionaria. En el útero

y en el estómago se ven endotelismas atípicos.

En las meninges, se presentan como nódulos redondeados, de consistencia desigual, múltiples, repartidos por la superficie del cerebro y por los plexos coroideos. En sus secciones se notan granulaciones semejantes a arena, que al microscopio, aparecen constituidas por acúmulos de células endoteliales aplastadas y a veces calcificadas. A pesar de ser tumores de crecimiento lento, clínicamente son tumores malignos, cuando radican en la arácnides, porque comprimen órganos importantes. Sea localización peritoneal tiene de particular la facilidad con que sobreviene la recidiva, después de su extirpación. El diagnóstico no suele hacerse antes de la operación, cuando el tumor es profundo, siendo confundidos con el sarcoma o con el epiteloma. El tratamiento consistirá en la extirpación.

Sección 24

Condroma. Es un tumor que reproduce el tejido cartilaginoso, y se observa con alguna frecuencia. Se presenta en los sitios donde existe tejido cartilaginoso o en aquellos que lo han tenido durante el desarrollo embrionario, siendo mas típico y de mayor pureza en el primer caso. Las localizaciones mas frecuentes del tumor puro, son los dedos de la mano, la escápula, la articulación del codo, etc. Es un tumor a menudo voluminoso (hasta 15 Kg.), lobulado, de consistencia elástica característica, de superficie lisa, que cuando está situado superficialmente aparece translucido en su periferia. Crece con lentitud, y desfigura

la parte donde oienta, no produciendo mas molestias que las dificultades mecánicas que resultan de su volumen y situación.

Los condromas que se presentan en partes desprovistas de cartilago en estado adulto, suelen estar asociados a otros tejidos que pueden darle caracteres de malignidad, siendo frecuente la asociación con el sarcoma. En tales casos el aspecto clínico del tumor, depende del tejido predominante, observándose siempre en las zonas condromatosas, los caracteres de dicha neoplasia, que en algunos casos, llegan a ser dominantes hasta pasar de impercibida la presencia del sarcoma. No obstante, la evolución es siempre la de éste.

El condroma de células estrelladas que reproduce esta variedad de cartilago, que se presenta normalmente en los cefalópodos, se distingue clínicamente por una mayor blandura, y es muy maligno aún en las formas puras.

El diagnóstico que es fácil en los casos de condroma puro, puede ser muy difícil en los tumores mixtos. El tratamiento consistiría en la extirpación del tumor y de su cápsula, si se trata de condroma simple, y en la extirpación extensa, si es una forma mixta, en cuyo caso el tratamiento debe ser precoz.

Osteoma. Es un tumor formado por tejido óseo. Hay que distinguir el osteoma, de la hiperplasia ósea, lo cual no es fácil, pues si se admite que solo pueden considerarse tumores los que están alejados del hueso y no implantados en él, resulta un tumor poco frecuente siendo así que lo observamos muy a menudo, y además nos encontramos con la dificultad de que los osteomas musculares, cuya

verdadera naturaleza se discute todavía, son considerados como neoplasias indudables.

El osteoma suele presentarse en los músculos y en los tendones; es un tumor que no suele pasar del tamaño de una nuez, redondeado, de superficie irregular cubierta de espículas que penetran en los tejidos circunvecinos, de consistencia dura casi petrea, indolente, de crecimiento lento. El diagnóstico es fácil en general especialmente si observamos un tumor con aquellos caracteres en los adductores del muslo que es su localización preferente, pero en algunos casos puede ser difícil diferenciarlo de la miositis osificante al principio de su evolución, aunque esta suele empezar por los músculos del dorso y pronto se extiende a otros músculos. En algunos casos el osteoma se combina con el sarcoma (sarcoma osificante), resultando de la asociación un tumor clínicamente maligno. El tratamiento del osteoma consistirá en la extirpación del tumor y de las partes mas inmediatas, pues de lo contrario se reproduce.

Las producciones óseas implantadas en el hueso, son simplemente hiperplásicas, y constituyen las exostosis.

Sarcoma. Es un tumor que reproduce el tejido conjuntivo embrionario aunque puede presentar aspectos muy desemejantes. Microscópicamente se parece extraordinariamente a los granulomas infecciosos, en lo cual encuentran el mejor fundamento los que defienden la etiología microbiana de esta neoplasia. De las muchas clasificaciones de las variedades de este tumor, la mas práctica es la de Loicene, quien los divide en cuatro grupos según su punto de origen: I), procedentes del tejido conjuntivo

lazo; 2), del teg., conjuntivo esquelético; 3), derivado de las células pigmentarias; y 4) del tejido reticular u órganos linfoides.

I grupo. Son los más frecuentes, pues el tejido conjuntivo laxo es el que está más diseminado por la economía, presentándose el sarcoma en el teg. celular subcutáneo, en el intersticial de los músculos, y aun en el visceral, en cuyo caso simula neoplasias, parenquimatosas. Por la morfología celular, se distinguen el sar. fusocelular del globocelular, y en éste, el de células grandes y el de células pequeñas. El sar. fusocelular, se encuentra en todos los tejidos, incluso en el peristio y en la médula ósea, y suele ser un tumor redondeado, liso, viéndose en los cortes una disposición en haces y un color blanco característico. Histológicamente aparece constituido por células fusiformes de núcleos alargado, y agrupadas en haces. Este tumor es de crecimiento rápido y aun cuando permanece encapsulado al principio de su evolución, pronto se extiende por los tejidos vecinos. El sar. globocelular de elementos pequeños, suele ser un tumor algo voluminoso, blando, de aspecto encefaloide, de coloración grisácea, ó rojiza debida á hemorragias. Si está situado superficialmente, distiende la piel hasta ulcerarla, formándose una úlcera típica, abundantemente provista de vasos frágiles, que se rompen con frecuencia, produciendo hemorragias intensas, y eliminándose á menudo porciones del tumor, siendo éste de gran malignidad. El sar. de células gigantes, es más raro que los anteriores, con los que se combina á menudo, formando islotes en el seno del mismo; es de mayor consistencia que el de pequeñas células, y su crecimiento es más lento.

2 grupo. Están constituidos por elementos celulares anó-

logos á los del grupo anterior, pero la substancia fundamental es distinta, pues estos tumores tienden á reproducir los tejidos de que proceden. El sar. osificante reproduce imperfectamente el tejido óseo, procede de la capa activa del periostio, y suele ser un tumor de consistencia muy dura, redondeado, de color grisáceo, pobre en vasos y chirriando al ser cortado, lo cual es debido á la presencia de numerosas espículas óreas irradiadas, visibles por radiografía ó después de maceración del tumor. Estas espículas se hallan en el seno de un tejido sarcomatoso fusocelular ó de células redondas pequeñas. Es un tumor muy maligno y que se reproduce frecuentemente después de extirpado. El sar. osteoide, que puede hallarse en sitios donde normalmente no existe hueso, presenta en su seno unos granos óseos microscópicos, en los que falta la disposición típica del hueso.

El sar. de mieloplaxias, reproduce parcialmente la médula roja de los huesos. Se presenta tan solo en los huesos, preferentemente en el conducto medular ó en los maxilares. Exteriormente tiene el aspecto del fusocelular, aunque se notan algunas zonas mas blandas, pero en los cortes aparece constituida por tabiques conjuntivos blanquecinos que limitan espacios llenos de un tejido mas blando, de color leonado, en la que el microscopio descubre mas células voluminosas con numerosos nucleos diseminados entre elementos globocelulares. Cuando esta variedad tiene crecimiento invasor como todo sarcoma, produce metastasis raras veces, y una vez extirpado no suele reproducirse, por cuyo motivo hay autores que lo consideran como una neoplasia distinta del sarcoma, lo cual no es admisible, pues cuando sobrevienen metastasis, éstas tienen el aspecto globocelular.

Cuando existe cartilago en el seno de un sarcoma, bien sea en forma de islotes aislados ó integrando partes extensas del tumor, constituye el condrosarcoma, que se observa en relativa frecuencia en el cuello ó en la parótida, y es muy maligno. En ocasiones tambien se observan, en él, islotes incolornatosos. Cada una de las zonas tumorales así constituidas tienen caracteres macro y microscópicos dependientes de tejido que los forma, pero el sarcoma es el que les dá la evolución clínica maligna.

3 grupo. Las células pigmentarias, dan origen al melanoma ó melanosarcoma, que se desarrolla á expensas de las células, con cromatóforos del dermis, aunque para algunos autores, es una neoplasia epitelial, y según Unna se trata de un tumor mixto á la vez epitelial y conjuntivo. Suelen iniciarse á nivel de un naevus pigmentario que se extiende en superficie, y luego se hace prominente. El tumor así constituido, es redondeado, de tamaño que no suele ser mayor que el de una nuez, de color pardo ó negrozco y aspecto de trufa al corte, hallándose rodeado de una areola pigmentada en el sitio de implantación. La multiplicidad es frecuente, y las metastasis son precoces y abundantes, observándose al principio en los ganglios regionales. Al microscopio, estos tumores aparecen constituidos por elementos globulosos ó fusiformes como los otros sarcomas, pero el protoplasma de estas células, aparece impregnado de granos de pigmento en los que el análisis demuestra no existe hierro, distinguiéndolos así de las pigmentaciones hemáticas que se observan en algunos sarcomas hemorrágicos. Hay además, en el núcleo de las células del melanoma, nucleolos intensamente pigmentados, que han sido interpretados como parásitos endocelulares. Sea mali-

gitud de estos tumores es considerable, siendo de pronóstico fatal.

4.º grupo. Los sarcomas desarrollados á expensas del tejido reticular de los órganos linfoides, son el linfosarcoma, que es mas frecuente, y el mieloma que es raro. El primero reproduce atípicamente el tejido reticular, al paso que el linfadenoma que mas adelante estudiamos, lo reproduce en su forma típica, existiendo, como transición entre ambos, el linfosarcoma metatípico.

El linfosarcoma se desarrolla en los ganglios y en los acumulos linfoides viscerales (intestinos), y es muy maligno, creciendo rápidamente, destruyendo la cápsula ganglionar é invadiendo los órganos vecinos, y produciendo metastasis ganglionares precoces. Al microscopio aparece constituido por acumulos de células redondeadas, separadas por restos apenas reconocibles del retículo característico del tejido de que proceden. El mieloma es raro, y se observa en la médula ósea de los huesos cortos, que son destruidos por él, de lo que resultan grandes trastornos estáticos, si como se ha visto, radica en los cuerpos vertebrales. Examinado al microscopio, aparece constituido por médulas locales. En cuanto al cloroma cuyo origen es muy discutido, parece ser un sarcoma, de color verde que desaparece lentamente bajo la influencia de la luz, y que se observa muy pocas veces. La coloración es debida á un pigmento ó á una grasa.

Diagnóstico. El diagnóstico precoz, que es el único que permite un tratamiento eficaz, es muy difícil á menudo, porque el tumor tiene al principio el aspecto de un tumor benigno, y, aun cuando el curso permitiera la diferenciación, ésta se hace en un periodo en que muestra tera-

péptica tiene pocas esperanzas de éxito. Cuando la neoplasia ha adquirido algún desarrollo, su crecimiento rápido, volumen, aumento de temperatura local y aun á veces general, y la circulación venosa superficial exagerada, permiten hacer el diagnóstico. En ocasiones, hay dificultades para diferenciar esta neoplasia de los flemones, pues como éstos, puede tener un crecimiento rápido, rubefacción de la piel, aumento de temperatura local y aun fiebre, debiendo establecer el diagnóstico por la punción exploradora que en los sarcomas solo dará sangre, mientras que en los flemones dará pus en uno u otro periodo evolutivo. No obstante á veces se hallan en los sarcomas cavidades llenas de un líquido semejante al pus procedente de la degeneración de las células neoplásicas. En tales casos ni el examen microscópico puede sacarnos de dudas, pues el aspecto de las células neoplásicas en los globocelulares, es idéntico á las del tejido de granulación, y solo la presencia de vasos hablará á favor de un proceso flegmático, pues en los sarcomas, los vasos quedan reducidos á su capa endotelial.

El pronóstico de estas neoplasias siempre es gravísimo.

Tratamiento. En los melanomas no podemos hacer nada. En las demás formas recurriremos á la extirpación siempre que pueda ser completa. En los casos inoperables, recurriremos á las toxinas de Coley, que están formadas por una mezcla de toxinas de estreptococo y de bacillus prodigiosus, y que han dado buenos resultados á mi autor quien se fundó para emplearlas en la evolución favorable que á veces siguen los sarcomas después de una eripela accidental. Los rayos X también se emplearían en los casos inoperables.

Lección 25

Angiomas. Son tumores formados por tejido vascular. Antes se distinguían en ang. arteriales, venosos y capilares según la clase de vasos que los constituían, pero actualmente se sabe que todos están formados por capilares, y que las diferencias de coloración dependen tan solo de la velocidad con que en ellos circula la sangre. Se distinguen en cambio los angiomas simples en que el calibre de los nuevos vasos no está aumentado, y el cavernoso en que los capilares están dilatados, formando un tejido semejante al que constituye el fundamental de los órganos erectiles.

Esta neoplasia en unos casos, afecta forma tumoral, pero en otros, está reducida á una simple mancha de color amoratado ó rojizo y de tamaño variable, que constituye el naevus vascular. Los tumores angiomas, pueden ser simples ó cavernosos. Los primeros forman prominencias á menudo múltiples, de superficie irregular, volumen pequeño, coloración vinoso ó rojo escarlata con espacios mas claros, que corresponden á intersticios conjuntivos, variando el color de un sitio á otro del mismo tumor: indolentes, parcialmente reductibles, y de crecimiento desigual pudiendo aumentar rápidamente de tamaño después de haber permanecido estacionados durante muchos años. Los cavernosos suelen ser más voluminosos, mas reductibles y tener mas marcados los tabiques conjuntivos.

La evolución de estos tumores es variable. En unos casos la distensión de los capilares puede dar lugar á que se transformen en aneurismas circinados; ó el crecimiento

progresivo las conduce á distender exageradamente la piel y á romperse espontáneamente ó con ocasión de un traumatismo insignificante, produciéndose una hemorragia al exterior: ó el tejido conjuntivo aumenta hasta producirse la curación espontánea por esclerosis, quedando una placa indurada en el sitio del tumor.

Diagnóstico. Se distingue del melanoma que es múltiple y de color oscuro, porque la coloración de éste no es tan rojiza, y por no ser reductible parcialmente como el angiosina. Los sarcomas hemorrágicos, pueden presentar cavidades hemáticas extensas, que originan confusión, pero este aspecto es transitorio y pronto recobra los caracteres del sarcoma. En cambio, los sarcomas telangiectásicos, que son parcialmente reductibles, son difíciles de distinguir, y para conseguirlo, nos fundaremos en la marcha rápida de estos últimos.

El pronóstico es benigno, excepto en los que por su situación comprimen el encéfalo.

Tratamiento. En los angiosinas pequeños se puede recurrir á la vacunación para que queden englobados en una cicatriz. También pueden extirparse, aunque la operación es muy hemorrágica. Pero cuando son extensos ó múltiples ó radican en la cara, estos tratamientos son inaplicables, y debe recurrirse á métodos esclerosantes. Las inyecciones intratumorales no son recomendables. La electrolisis con el polo positivo aplicado en el tumor, da excelentes resultados si el tumor no es muy extenso; así mismo la nieve de ácido carbónico que obra como cáustico. Los rayos X proporcionan éxitos en los casos que no son aplicables los otros tratamientos, pues se exponen á úlceras peligrosas y hemorrágicas. El me-

por tratamiento para los angiomias extensos, son las aplicaciones de radium, que no tienen otro inconveniente que el requerir mucho tiempo.

Linfangioma. Es un tumor constituido por vasos linfáticos. Las dilataciones simples de estos vasos, son de origen paravascular y por lo tanto no deben considerarse como tumores. Se halla el linfangioma en el labio (macroquilia) y en la lengua (macrogloria) y más raramente en el intestino, hígado, etc. Constituyen tumores amarillentos ó blancos, pastosos, poco reductibles, dando al tacto la sensación de un paquete de cordones ó gusanos, si los vasos son anchos. Crecen lentamente excepto en algunas formas viscerales. El diagnóstico es fácil en general, pero puede ser difícil en las formas viscerales, en las que á menudo no se establece, hasta que se ve salir de la sección de la tumoración, un líquido lactescente.

Linfadenoma. Reproduce el tejido reticular de los órganos linfoides. Estando formado, como ellos, por un retículo conjuntivo fino, en cuyas mallas se encuentran abundantes linfocitos ó sean células pequeñas de núcleo voluminoso. Se encuentra en la amígdala, ganglios, faringe, bazo, y con menos frecuencia en el hígado é intestino. Se presenta en forma de tumores redondeados de tamaño mediano, frecuentemente múltiples, de consistencia intermedia entre la del lipoma y la del fibroma, aislados siempre de las partes inmediatas, y que á menudo va acompañado de trastornos en la fórmula leucocitaria de la sangre.

Puede ser muy difícil y hasta imposible diferenciarlos, cuando radica en los ganglios, de la adenitis tuberculosa de forma hipertrófica simple, y tan solo el he-

cho de que alguno de los tumores contraiga adherencias, nos permitirá diagnosticar la tuberculosis, ó la propagación de las tumoraciones, y los trastornos del estado general, nos demostrarán que se trata de linfadenomas.

En cambio es fácil distinguirlo del linfosarcoma que es de marcha mucho mas rápida, y que invade precozmente los tejidos vecinos. El pronóstico es grave. El tratamiento consistiría en la extirpación de los tumores si son pocos los ganglios afectos, pero en caso contrario así como si existen trastornos hemáticos, nos limitaremos a administrar arsénico y recurriremos a la radioterapia.

Miomas. Se distinguen el leiomioma que reproduce el tejido muscular de fibra lisa y el rabdomioma que es menos frecuente y reproduce el de fibra estriada, existiendo en ambos, tejido fibroso en cantidad variable mezclado con el fundamental, y de aquí la división en fibromiomas y miomas puros. Se presentan en el útero y con menor frecuencia en el estómago, intestino, próstata, úteres, etc. Suelen estar constituidos por varios nódulos unidos, y alcanzan grandes tamaños, presentándose como tumoraciones lobuladas, lisas, de consistencia algo menos que la del fibroma, teniendo la superficie surcada de venas. En los cortes se distinguen haces musculares de aspecto rosado y otros blanquecinos fibrosos. Crece indefinidamente, pero con mucha lentitud. Durante su evolución puede calificarse, ó degenerar sus elementos, por edema ó por mortificación, ó sufrir la transformación sarcomatosa. El diagnóstico de estos tumores no suele establecerse antes de la operación, excepto los del útero que suelen ser de diagnóstico fácil.

El pronóstico del tumor en si, es benigno, pero

puede ser clínicamente grave por las hemorragias a que da lugar, cuando asienta en el útero. El tratamiento consistirá en la extirpación. En los mismos úteros podría ensayarse la roentgenterapia que está en estudio.

Los rabdomiomas son procedentes de inclusiones fetales, se encuentran en el testículo y en el riñón, y suelen ser de evolución maligna, pues frecuentemente están asociadas al sarcoma.

Neuromas y Gliomas. Ambos proceden del sistema nervioso, pero los primeros reproducen las células nerviosas, mientras los segundos reproducen las de neuroglia. Los neuromas son raros habiéndose encontrado formas indiscutibles tan solo, en el simpático abdominal pues los llamados neuromas de amputación no son tales: no obstante, la tendencia actual está en considerar neuroma a todo tumor desarrollado en un nervio. Los del simpático son tumores voluminosos, duros, uni o multinodulares, de evolución maligna, y apareciendo al corte como constituidos por haces fibrosos arremolinados. La distinción con el fibroma puede ser difícil, pero este no es maligno ni alcanza tanto tamaño. Al examen microscópico, el neuroma aparece constituido por fibras nerviosas con o sin mielina y escasas células nerviosas con pocas ramificaciones.

Los gliomas se observan con mayor frecuencia, localizándose ordinariamente en los centros nerviosos, donde se presentan como tumores irregulares, con prolongaciones que se introducen en los tejidos vecinos, de tamaño mediano. Si se seccionan, presentan una superficie uniforme en la que se notan tabiques conjuntivos. Estos tumores son benignos per se, pero clínicamente son ma-

liquos por interesar los centros nerviosos. Siempre que se pueda se les extirpará.

Teratomas. Son tumores que reproducen órganos y sistemas, y son el tránsito entre las neoplasias y las monstruosidades. Pueden reproducir un sistema orgánico completo ó varios distintos. La forma mas simple son los quistes dermoides, que resultan de la inclusión de una porción ectodérmica ó endodérmica y están constituidos por elementos típicos de dichas hojas. Se presentan especialmente en la cola de la ceja, uello y genitales femeninos siendo en este último sitio, donde alcanzan mayor tamaño. Son tumores redondeados, lisos, adherentes tan solo en un punto de su superficie, blandos, de crecimiento lento. Su pared es análoga á la piel, presentando foveolas (Glándulas sudoríficas, folículos sebáceos y pilosos), y su contenido es semejante al unto sebáceo mezclado con células descamadas. Además en la pared, existen elementos mesodérmicos, como fibras musculares, tejido óseo y á veces dientes. Son benignos, pero pueden supurar ó comprimir órganos importantes haciéndose entonces graves. El diagnóstico es fácil en las formas superficiales, pero en los de la región genital femenina, es fácil la confusión con los quistes del ovario, de los que solo se distinguen por la menor fluctuación.

Otra forma más compleja de teratoma, se observa en la región anorectal, donde tales tumores pueden contener toda clase de tejidos y aun órganos típicos (tubo intestinal) ó partes del ser (miembros).

Lección 26.

Ulceración y úlceras. Úlcera es toda solución de continuidad del tegumento externo con tendencia a persistir sin cicatrizar. Se dividen en idiopáticas, que son poco frecuentes, y sintomáticas que se presentan en el transcurso de otra afección (neoplasias, tuberculosis cutánea, etc.).

Anat. pat. Varía según la localización. En la piel se nota la falta de los elementos constitutivos de la misma a nivel de la úlcera, en cuyo fondo solo existen algunos mamelones carnosos, y alrededor de ella la piel está adelgazada, sin glándulas ni folículos pilosos y con la capa cornea de muy poco espesor. A nivel de los músculos, el tejido propio de éstos es sustituido por tejido fibroso y duro. En cuanto a los huesos inmediatos, suelen engrosarse por irritación del periostio.

Síntomas. Se nota una pérdida de substancia, de forma y aspecto variable, y sin tendencia alguna a la curación. Según el aspecto, se distinguen la úlcera atónica, que es de forma excavada, de color pálido, poco sangrante y muy rebelde al tratamiento: la erética, que sobresale de las partes inmediatas, es muy dolorosa y de fondo rojo que sangra fácilmente: la callosa, que tiene los bordes duros y callosos y es la transformación que sufren las úlceras muy antiguas: y la verminosa, en que existen gusanos, resultantes de que las moscas han depositado sus huevos sobre la herida.

Por su etiología distinguimos las úlceras en sintomáticas, entre las que se incluyen la tuberculosa, la sífilítica, la epiteliomatosa, y la escorbítica, y idiopáticas,

entre las que estudiaremos la úlcera varicosa.

La tuberculosa, tiene bordes amoratados y desprendidos, por debajo de los cuales se puede introducir un estilete: el fondo está excavado, en grisáceo y sangra fácilmente: la forma es irregular, y la secreción es serosa con grumos. La sifilitica, es de contorno regular cilíndrico o polícilíndrico, de bordes ajamonedados, fijos al fondo y cortados á pico, de fondo grisiento, excavado, y recubierto de una película adherente: es poco dolorosa y sangra poco. La epiteliomatosa, es irregular, con bordes que se continúan insensiblemente con el fondo, de base indurada, de fondo irregular sangrando fácilmente y exudando un líquido sanioso muy fétido. La escorbútica, se caracteriza por la facilidad con que á su nivel sobrevienen hemorragias espontáneas.

En cuanto á la úlcera varicosa, se localiza generalmente en la cara interna de la pierna y mas especialmente en su tercio inferior. Suele ir precedida de brotes de eczema, caracterizado por la aparición de manchas eritematosas á cuyo nivel se forman vesículas y pústulas confluentes que dejan salir un líquido sucio, al abrirse espontáneamente, quedando una costra que al caer permite reconocer la presencia de la úlcera. Esta es redondeada u oval, de fondo excavado de color rojizo ó amoratado, de bordes que se continúan con el fondo, y de secreción seropurulenta. Persisten durante mucho tiempo sufriendo mejorías y agravaciones. Se distinguen de las úlceras sintomáticas por la ausencia de los caracteres específicos ya indicados y por la presencia de varices en el miembro.

El pronóstico depende de la naturaleza de la úl-

cera. En cuanto al tratamiento debemos tener presente la necesidad del reposo de la parte y además, si están localizadas en el miembro inferior, se evitarán las dificultades circulatorias, manteniendo el miembro horizontal. En las úlceras tórpidas, recurriremos a todos los estimulantes de la actividad organizadora de los tejidos, tales como los baños de agua salada a 35 ó 40 grados durante media hora, dos veces al día, el iodo, el bálsamo del Perú, el nitrato de plata. El calor irradiado del termocauterio, la fulguración o la chispa eléctrica, la congestión pasiva según el método de Bier, etc. En las úlceras crónicas, por el contrario, recurriremos a los medios descongestivos, como el reposo riguroso, la posición elevada de la parte, los fomentos tibios. En las úlceras cállidas, se procurará primero el desprendimiento de la capa córnea que dificulta la curación, pues sin ello esta no se puede obtener, y una vez conseguido este resultado se estimulará el fondo de la ulceración con tópicos apropiados. En las úlceras específicas se combinará el tratamiento local con el general, que puede ser imprescindible en caso de úlceras sífilíticas (mercurio, arsenobenzol) y tuberculosas (helioterapia, sobrealimentación, iodo, etc.). En la úlcera carcinomatosa, recurriremos a la extirpación de la neoplasia siempre que sea posible, pero si el caso es inoperable ya, practicaremos los lavados de la úlcera con permanganato y luego aplicaciones de aristol, como lo que a veces se consigue la cicatrización de la ulceración. Para tratar las úlceras varicosas se pueden practicar incisiones al rededor, en forma de círculo, con objeto de interrumpir la circulación venosa a su nivel ó aplicar tiras de esparadrapo un-

bricadas, si la supuración es escasa, ó bien se recurrirá á los ingertos de Reverdin después de haber modificado las condiciones del fondo de la ulceración por un tratamiento tópicos apropiado: reposo y compresión.

Fistulas. Se ha dicho que eran úlceras de forma cilíndrica. Son conductos anormales que dan salida á un producto fisiológico ó patológico. Se dividen en idiopáticas, que subyacen á los abscesos calientes, y sintomáticas. También se dividen en fistulas congénitas y adquiridas, así como en completas é incompletas, siendo las primeras las que tienen dos orificios, y las segundas las que tan solo tienen uno.

En toda fistula hay que considerar el trayecto, los orificios, y la dirección. El trayecto puede ser cilíndrico y tener las mismas dimensiones en toda su longitud, pero ordinariamente presente desigualdades de calibre. Los orificios, pueden ser circulares y de las dimensiones del trayecto. Pero el externo puede ser deprimido, ó hallarse en la base ó en el vértice de un mamelón, ó presentarse como una simple fisura en el vértice de una excrecencia poco prominente. En cuanto al orificio interno, que se abre en una cavidad natural ó en sus proximidades, suele ser muy pequeño y hallarse también sobre un mamelón. Para saber si hay orificio interno, es decir si la fistula es completa, introducimos el estilete, si el calibre es suficiente para ello: de lo contrario recurriremos á la inyección de un líquido coloreado, tal como la leche, para ver si sale por la cavidad natural con la que queremos saber si hay comunicación. En cuanto á la dirección de la fistula hemos de recordar que puede ser rectilínea ó sinuosa. El

interior de la fistula está cubierto de una capa mucosa, de mamelones ó de fungosidades. En cuanto al líquido que sale de la fistula, puede ser fisiológico (saliva), ó patológico, variando en este último caso según la naturaleza de la fistula.

Diagnóstico. Es fácil diagnosticar la fistula en general. Pero además debemos averiguar la etiología, si es completa, ó incompleta y finalmente averiguar el porqué no se cierra el trayecto. Esto último puede ser debido á la falta de adosamiento de las paredes por las condiciones de la región, á la movilidad de la parte, á la infección, á la presencia de algún cuerpo extraño, etc.

Tratamiento. Debe suprimirse ante todo la causa de la persistencia de la fistula. Así, en las del periné anterior que dan paso á la orina, y por esta razón persisten, bastará la aplicación de una sonda uretral permanente, para que curen: en los casos de fistulas por permanencia de sedas en el seno de los tejidos bastará, extraer el cuerpo extraño, etc. En las fistulas tuberculosas, no olvidaremos el tratamiento general y además inyectaremos por el trayecto, solución de Calot. Las inyecciones de solución de cloruro de zinc al 5%, dan algunos resultados. Si la fistula supura poco, podemos rellenarla con pasta de Beck, (parafina, vaselina y subnitato de bismuto) ó de Moretitz (iodoformo, esperma ceti y aceite de sésamo), inyectadas á presión después de reblandecidas por haber sido moderadamente calentadas. Estas pastas obran obstruyendo el trayecto y estimulando sus paredes por la acción irritativa que sobre ellos ejercen. En todos los casos que las condiciones de la

Patología Quirúrgica - Cuaderno 11 -

región lo permitan, se recurrirá al tratamiento operatorio, que tiene por objeto convertir la fístula en una úlcera plana, incindiéndola longitudinalmente.

Lección 27

Gangrena. Es la mortificación de los tejidos, que para algunos autores constituiría la necrobiosis, siendo necesario que haya además putrefacción para que exista gangrena. La palabra esfacelo, se toma como sinónimo ordinariamente, aunque algunos la limitan á la gangrena de los miembros ó solo á la del tejido conjuntivo. En cuanto á la palabra necrosis que etimológicamente significa muerte, se aplica á la mortificación del hueso, denominándose sequestros, las partes mortificadas.

Etiología. Hay que distinguir causas directas y causas indirectas. Las primeras pueden ser mecánicas (contusiones, aplastamientos), físicas (calor, frío, electricidad), ó químicas (cáusticos). Las causas indirectas obran á distancia y son alteraciones vasculares, nerviosas ó hemáticas. Las alteraciones vasculares pueden radicar en las arterias ó en las venas. Cuando la circulación arterial está alterada, por estar obliterado el tronco principal y los colaterales, no llegan á los tejidos los elementos nutritivos ni el oxígeno, y necesariamente tiene lugar su mortificación. En cuanto á la gangrena por alteración venosa, se observa rara vez, debido á la abundancia de la circulación colateral, no presentándose mas que en casos de constricción circular de un miembro, y aún en este caso, hay que te-

ner en cuenta el papel que desempeñan las alteraciones concomitantes de la circulación arterial. Las alteraciones de la circulación capilar son también responsables de un gran número de gangrenas. Para resistir las alteraciones circulatorias los órganos están diferentemente dispuestos, resistiendo los tanto por, cuanto mayor es el riesgo sanguíneo que reciben. Así las asas intestinales se mortifican fácilmente al paso que los miembros resisten mucho más.

Las alteraciones nerviosas centrales seringomielia, ó periféricas se hallan á menudo en la etiología de las gangrenas, sin que sepamos en la actualidad, el mecanismo de su acción, pues en unos casos parecen obrar paralizando los vasomotores y determinando la estancación de la sangre, ó estimulándolos, produciendo su vaso constricción y alterando así la nutrición celular, al paso que en otros, parece mas probable que se trate de la falta de acción de los que se han llamado nervios tróficos y cuya existencia ha sido muy discutida. Así la sección del nervio oftálmico, produce queratitis, pero este hecho puede explicarse por la falta de acción trófica, ó por la pérdida de sensibilidad de la córnea, que no permite la defensa natural de limpieza que los párpados realizan.

En cuanto á la influencia de los trastornos hemáticos en la aparición de gangrenas, es indudable (glucosuria, albuminuria). Antes se distinguían las gangrenas sépticas y las asepticas, pero esta división no es aceptable.

Anat. Pat. Se distingue la gangrena seca y la húmeda, como formas principales, y como secundarias la gangrena blanca y la gangrena por cadaverización. La seca subyace á trastornos de los capilares ó á falta de la circulación arterial, conservándose permeables las venas

de la región. La parte mortificada tiene color de hoja seca que pasa al negro en los días sucesivos, y conserva la forma que tenía antes de esfacelarse, siendo dura y coriacea. Lentamente se va retrayendo y disminuyendo de volumen, haciéndose mas aparentes sus detalles anatómicos, siendo muy visibles, á través del tegumento transparente, los tendones, nervios y venas. Absorbe el agua como chupón, y desprende un olor nauseabundo pero no pútrido. Examinada la escara al microscopio, aparecen reconocibles los tejidos, excepto el graso pero los elementos anatómicos constitutivos, están alterados por completo, presentándose deshidratados. Se trata de una momificación, parcial.

Las partes del organismo afectas de gangrena húmeda, se presentan tumefactas, sin los pliegues y surcos normales, de coloración azulada, amoratada ó negruzca que varia de un sitio á otro de la piel; á veces con flictenas llenas de una serosidad sanguinolenta y conteniendo gases, y desprendiendo siempre un olor de putrefacción. Todos los tejidos están fusionados en una masa negruzca en la que solo es posible reconocer los tendones y huesos que resisten mas á la putrefacción; pues se trata de una verdadera putrefacción cadavérica parcial, con aparición de la grasa de cadáver.

En cuanto á la gangrena blanca es rara: aparece en el pene y se caracteriza por la aparición de una mancha blanca lactescente al rededor de la cual se forma el surco eliminador. En la gangrena por cadaverización, la parte afecta está pálida, fría é insensible como si fuera de un cadáver, y mas tarde evoluciona como una gangrena seca típica.

Hay que distinguir la gangrena circunscrita de la difusa. En la primera la parte mortificada queda limitada de la sana, por una línea roja que luego se convierte en un surco (cerco eliminatorio) que recoge una serosidad sanguinolenta, va profundizando hasta dejar tan solo tendones y huesos. Al mismo tiempo, por debajo de la escara, tiene lugar un proceso igual, y aquella acaba por desprenderse del todo. Esta eliminación es más o menos tardía, según la extensión y profundidad que alcanza la escara que al caer puede dejar una superficie ya cicatrizada, aunque ordinariamente deja una ulceración. En cambio, en la forma difusa no existe limitación alguna, hallándose rodeada la escara, por una zona edematosa, roja, que va extendiéndose al mismo tiempo que la gangrena progresa con gran rapidez. A consecuencia de la septicemia o por la reabsorción de los productos de desintegración de los tejidos, el estado general está profundamente alterado, existiendo fiebre, sed intensa, concentración de la orina, mal estado de las vías digestivas, y agravándose estos trastornos, hasta que la gangrena se limita a lo que es más frecuente, sobreviene la muerte por septicemia hemorragias, abertura de cavidades viscerales o extensión del proceso a órganos importantes.

Síntomas. Ya hemos indicado los síntomas objetivos al hablar de la anatomía patológica. Pero además suelen existir dolores espontáneos que contrastan con la anestesia objetiva de la parte gangrenada, y son debidos a neuritis. En cuanto a la fiebre que se presenta en la gangrena húmeda y no en la seca, es dependiente de la infección sobreañadida.

El diagnóstico de que existe gangrena y aun de la forma anatómica, es fácil siempre, pero debe recordarse que con frecuencia coexisten en un mismo enfermo zonas de gangrena seca y húmeda. Pero el diagnóstico de la etiología que no tiene nada que ver con el aspecto anatómico, es más difícil pues en muchos casos, han obrado varias causas al mismo tiempo, no pudiendo hacerse sin un buen examen general del paciente.

El pronóstico local es grave siempre, pues la parte gangrenada ya no volverá a la vida: no obstante, en ciertos tejidos cabe la sustitución por otros nuevos. En cuanto al pronóstico general, depende de la forma anatómica de la gangrena y de si es limitada o no, pues las formas circunscritas son más benignas que las difusas, y la seca lo es más que la húmeda. A veces no conviene saber si extirpando la parte gangrenada, podremos evitar o no la aparición de nuevas mortificaciones a nivel del muñón. Para ello antes de decidir el nivel en que se practicará la amputación, procuraremos determinar el estado de los vasos y nervios que a menudo están alterados muy por encima de la zona gangrenosa. Estos enfermos, suelen soportar mal las intervenciones, debido a la anestesia que a menudo les produce la atrofia amarilla aguda del hígado, y a la facilidad con que sobrevienen broncopneumonías postoperatorias.

Lección 28

Gangrenas de origen vascular. Todo proceso vascular que origine la disminución del riego sanguíneo

de una región hasta límites incompatibles con su vitalidad, origina la gangrena. Así las arteritis agudas infecciosas, lo mismo que las crónicas, sean de origen infeccioso, tóxico ó discrásico, obran disminuyendo la luz vascular y pueden producirla. Las embolias que suprimen bruscamente el riego sanguíneo de una región, son una causa frecuente de gangrena.

La gan. por arteritis obliterante suele presentarse después de los 60 años y rara vez antes de los 40, en individuos que han sufrido procesos infecciosos (tifoides, sífilis) ó tóxicos (saturismo, alcoholismo, trastornos digestivos). Las arterias y mas especialmente el tronco tibio-peroneo, halláanse alteradas, presentando un engrosamiento de la túnica íntima cuyo endotelio está hinchado y formado por células uleceas: la túnica media tiene menos fibras musculares, y una cantidad mucho mayor de fibras conjuntivas; y la adventicia está también esclerosada. En la luz del vaso existen coágulos estratificados, que llegan á obliterarla, y en los casos antiguos se organizan.

Síntomas. Los prodromos pueden faltar ó consisten en la sensación de dedo muerto, que aparece intermitentemente en forma de accesos, durante los cuales uno de los dedos está insensible, pálido y frío, y con el roce no sobreviene en él la vasodilatación normal. Estos accesos intermitentes pueden persistir durante meses sin otro trastorno, pero en ocasiones se hacen permanentes, quejándose el paciente de un frío intenso en uno de los dedos, y señalando siempre con claridad una misma línea que limita la parte afectada de las de alrededor. Otro síntoma prodromico es la claudicación intermitente.

te de las extremidades (Charcot) ó miopragia, que se caracteriza por una molestia intensa y hasta dolor en la pantorrilla acompañada de empastamiento de la misma, despues de la marcha, cesando estos trastornos por el reposo. Esto se explica por que la circulación que seria suficiente para subvenir á las necesidades del músculo en reposo, no lo seria para las del músculo en actividad y de aquí aquellos síntomas.

La gangrena suele iniciarse por un dedo del pié, apareciendo una mancha negruzca cerca de la uña ó una fíctena oscura que al romperse deja un dermis amaratado al descubierto. El dolor es intenso desde el principio y persiste durante toda la evolución de la enfermedad, adquiriendo intensidad suficiente para alterar por si solo el estado general del paciente. La placa de gangrena tiene los caracteres de la gangrena seca, pero si se sobreañade la infección, se convierte total ó parcialmente en una gangrena húmeda. Tiene marcha invasora, aunque evoluciona á saltos ó sea por brotes, sin que nunca podamos estar seguros de que no aparezcan nuevas placas ó se extienda mas la existente, despues de un periodo de limitación y detención del proceso.

El diagnóstico es fácil en los casos típicos, pues se observa una gangrena de los caracteres indicados en individuos arterioscleróticos, con arterias rítmicas y duras poca tensión sanguínea, arco renal, etc. El tratamiento sería esencialmente conservador si los dolores no son muy intensos, esperando que la placa se limite y parcialmente se elimine por si sola. Pero ordinariamente los dolores y mas rara vez la infección, nos obligarán

á intervenir practicando una amputación alta, pues de lo contrario la gangrena aparecerá en el muñón. Para evitar esta mutilación aparentemente excesiva, se ha preconizado la amputación baja seguida del sondaje de la arteria ateromatosa ó de la extracción de los coágulos, pero los vasos se obliteran al poco tiempo y la gangrena reaparece. En cuanto á la anastomosis arteriovenosa en la raíz del miembro, practicada por primera vez por Sanmartín, de Madrid, tiene el inconveniente de que la boca anastomótica se cierra al cabo de algún tiempo, y que la inversión de la circulación que se pretende obtener de modo que la sangre vaya por las venas á los tejidos y vuelva por las arterias, no todos los autores admiten que sea factible.

Gangrena por embolia. Es mas rara y subyace á la emigración de un trombo en casos de aneurisma ó de endocarditis y con menos frecuencia es producida por un cuerpo extraño, como una bala. Los émbolos se detienen de preferencia á nivel de una bifurcación vascular, y aun cuando al principio la circulación colateral puede suplir la obliteración de la vía principal, mas tarde la trombosis se propaga de unos vasos á otros y queda interrumpido el aporte sanguíneo á una región sobreviniendo la gangrena. Esta aparece bruscamente sin prodromos, por una sensación de golpe ó latigazo en una parte del cuerpo, frecuentemente la mano (embolia de la humeral) ó el pié (Em. poplitea), que se ponen rubicundas al principio y luego pálidas, evolucionando desde entonces bajo forma de gangrena seca circunscrita ordinariamente á menos que exista

propagación de la tromboxis, en cuyo caso, la gangrena también se extiende. El diagnóstico es fácil si se atiende al comienzo brusco y á los antecedentes. El pronóstico es benigno en general. El tratamiento será esencialmente conservador esperando la eliminación espontánea de la escara ó su limitación, para intervenir.

La gangrena por artritis aguda se presenta casi en todas las infecciones y suele ser de forma húmeda. En el sarampión se observa especialmente el noma ó gangrena de la boca: en la escarlatina la de la región parotidea: en la tifoidea la de los miembros, etc. Estas gangrenas son graves por los trastornos generales que las acompañan.

Gangrenas de origen hemático. La más importante es la diabética ó debida á la hiperglicerina. No obstante debe tenerse en cuenta que en los diabéticos se observan también gangrenas secas por endarteritis. La gangrena diabética típica, es húmeda y se presenta consecutivamente á un traumatismo á veces insignificante, localizándose de preferencia en el pie. Es á menudo de marcha progresiva pudiendo alcanzar el mielo en pocos días y su aparición no guarda relación con la cantidad de glucosa en la orina, no siendo raro que al aparecer la gangrena, la glucosuria disminuya. El diagnóstico es fácil por la forma de la gangrena y la presencia de azúcar en la orina. El tratamiento se dirigirá ante todo, á combatir la glucemia para lo cual recurriremos á la supresión de hidratos de carbono de la alimentación aunque no en absoluto para evitar la acetonemia, y á la administración de antipirina y opio que disminuyen rápidamente la cantidad de glucosa de la sangre aun cuando su acción

no sea muy duradera, y una vez así preparado el enfermo, practicaremos la amputación del miembro gangrenado, que siempre es una operación peligrosa pues los tegidos del enfermo están muy expuestos á la infección, y además con facilidad sobreviene el coma ó la atrofia aguda del hígado.

La gangrena por ergotismo es rara, pues se usa muy poco el centeno en la alimentación. Cuando se hacía pan con él se veían casos de intoxicación por el cornezuelo, que constituían el mal ardiente, bien de forma convulsiva ó gangrenosa, siendo mas frecuente la primera en niños y la segunda en adultos. Recae esta forma de gangrena en las extremidades inferiores de preferencia, presentándose una sensación de quemazón en la parte, con rubicundez, y mas tarde palidez é insensibilidad, evolucionando una gangrena seca. El tratamiento será expectante tan solo, pues la gangrena es limitada y no progresa si se suprime la causa.

En la albuminuria, paludismo y saturnismo, se ven evolucionar gangrenas en cuya etiología intervienen los trastornos hemáticos, además de los vasculares y nerviosos. La gang. albuminúrica suele ser húmeda. La palúdica es mas frecuentemente seca.

Gangrenas de origen nervioso. La más interesante es la enfermedad de Raynaud ó gangrena rítmica de las extremidades, que se observa especialmente en las mujeres y de preferencia durante la estación fria, y que probablemente no constituye una entidad nosológica sino un síndrome provocado por causas diversas. Evolucionan en tres periodos, que constituyen el síncope local, la asfixia local y la gangrena; pero los dos pri-

meros pueden coexistir ó faltar alguno de ellos. El síncope local que es debido á una vasoconstricción transitoria, se caracteriza por una palidez extrema, con enfriamiento é insensibilidad de los dedos de la mano ó del pié, que dura poco tiempo y se repite varias veces antes no sobreviene la gangrena. En la asfixia local además de la insensibilidad y enfriamiento, hay un color amoratado de la parte enferma debido á la estancación venosa. Al cabo de algún tiempo aparece la placa de gangrena que suele ser poco extensa y superficial y que se elimina dejando superficie drúenta que mas tarde cicatriza. En inviernos sucesivos se van produciendo nuevas placas de gangrena y de esta manera quedan los dedos de la mano ó del pié, la nariz ó la oreja que son los sitios donde ordinariamente se localiza la afección, más ó menos alterados en su forma. La gangrena va acompañada de dolores y sensaciones molestas en la parte enferma, durante los periodos de actividad de la enfermedad. El diagnóstico es fácil y el pronóstico benigno. El tratamiento se limitará á calmar los dolores por medio de aplicaciones frias ó calientes, si estas no dan resultados á administrar morfina. Como tratamiento etiológico se ha propuesto la elongación nerviosa que ha proporcionado algunos éxitos.

En los hemiplégicos, y en los que han sufrido traumatismos medulares, se observa una forma de gangrena denominada decubitus acutus, y caracterizada por la aparición de ampollas en la región sacra, que al abrirse, dejan ulceraciones persistentes. Se distingue del decubitus crónicus, porque solo aparece éste, en

enfermos que han estado mucho tiempo en cama.

En las neuritis, tambien se observan a veces gangrenas.

Lección 29

Afecciones de la piel. Solo estudiaremos los procesos claramente quirúrgicos.

Furúnculo. Es una afección caracterizada por la infección del folículo pilosebáceo, con necrosis del mismo. Es producido por el estafilococo y con menos frecuencia por el estreptococo, presentándose de preferencia en las regiones en que abundan los folículos (nuca, márgenes del ano, dorso de la mano, etc). Las causas de debilitación general favorecen la afección, siendo frecuente en los diabéticos, y durante la convalecencia de las infecciones agudas. Melaton creía que resultaban de la inflamación de bolsas mucosas: Gonelin, que procedían de la estrangulación de pelotones grasos, pero estas opiniones ya no las comparte nadie.

Quat. pat. Al principio de la afección hay vasodilatación a nivel del folículo, con exudación y diapedesis y pronto se mortifica aquél, constituyéndose el clavo. Este está formado por un acúmulo de estafilococos y fibrina al rededor del cual, se hallan los elementos conjuntivos mortificados. La supuración es escasa, en el furúnculo.

Síntomas. Suele iniciarse por sensación de prurito en la parte afecta, en la cual aparece una elevación aminada con un pelo en el vértice. A las 24 horas el furúnculo típico, se halla constituido, notándose una tumoración ó placa elevada dura, rubicunda y dolorosa.

sa, rodeada de una zona de edema, y con una pequeña pústula en la base del pelo, de donde ha partido la infección. El dolor es punzitivo y luego pulsátil, y la parte se inmoviliza para evitar los dolores provocados. A los pocos días, la pústula se abre y deja salir una pequeña cantidad de pus, quedando una ulceración, en cuyo fondo se nota el clavo, de color blanco amarillento; luego se forma un surco eliminador, y el clavo se desprende ordinariamente á los 7 días, quedando una ulceración profunda que cicatriza rápidamente. La cicatriz resultante será siempre visible y fácilmente es punto de partida de queloides. Las complicaciones consisten en la aparición de una linfangitis reticular ó troncular ó de adenitis, y aún de flebitis, si existe alguna vena en las proximidades del forunculo. En los del labio superior siempre se tendrá en cuenta la posibilidad de la flebitis de la vena facial, que puede originar una tromboflebitis del seno cavernoso. En algunos casos los forunculos, se presentan muy numerosos, constituyendo las forunculosis, en que el estado general puede estar alterado, y aun sobrevenir una verdadera septicemia, lo cual es muy raro, cuando se trata de un forunculo único.

El diagnóstico es fácil. Solo puede confundirse con un antrax pequeño, pero en éste hay varios folículos afectados. De la pústula maligna se distingue por el signo de McAnmoury, ya descrito. El pronóstico es benigno siendo solo grave en los del labio superior, por las complicaciones, y en caso de forunculosis.

Trat. Debe desecharse la abstención sistemati-

ca. Al principio la tintura de iodo, congestionando la parte, podrá conseguir á veces la resolución. Mas tarde recurriremos á las pulverizaciones y á los fomentos calientes que calman los dolores. Cuando la placa está ya constituida es conveniente practicar una incisión, lo cual no favorece la eliminación del clavo, pero descongestiona la parte, calmando los dolores y no proporciona mayor campo para la extracción del clavo. No debe nunca exprimirse el forúnculo, pues así se favorece la difusión de la infección y la producción de linfangitis y flebitis. En la forunculosis, recurriremos á la administración de la levadura de cerveza que vá bien en los casos en que existen trastornos digestivos. Localmente se recurrirá al empleo de aquellos tópicos que, como el azufre, hacen más fluida la secreción folicular. Modernamente se ha utilizado con éxito la vacunación local, mediante cultivos atenuados de estafilococos.

Ontrax. Se confundió con la pióstula maligna, y de aquí su nombre que significa carbón. Es la infección masiva de varios folículos sebáceos de una región. Se observa en las mismas regiones y es producido por los mismos agentes que el forúnculo. Los diabéticos, albuminúricos y los que viven en contacto con suciedad, lo padecen á menudo. En cambio anatómicamente hay diferencia del forúnculo, pues si en algunos casos se trata de una reunión de forúnculos, es mas frecuente que la flegmaria se propague hacia la profundidad á lo largo de las columnas adiposas, y se forma un verdadero flemon subcutáneo, por debajo de los clavos.

Síntomas. Distinguimos una forma circunscrita

y otra difusa. Se inicia por sensación de tirantez ó prurito, tras de lo cual aparece una placa amoratada de consistencia de corcho, movable sobre los planos profundos y rodeada de edema, al mismo tiempo que el estado general se altera, apareciendo fiebre, cefalalgia, alteraciones digestivas, etc. Dos ó tres días después la placa se ha inmovilizado por adherencia á los planos profundos, y aparecen en su superficie flictenas que se abren y dejan úlceras amarillentas en las que se hallan los clavos, y que dan á la placa un aspecto semejante al de un panal (avispero). Mas tarde los clavos se desprenden, las ulceraciones supuran, y sobreviene lentamente la curación, persistiendo la induración durante mucho tiempo.

En el antrax difuso, los fenómenos generales alcanzan gran intensidad desde el principio, y la placa es extensa, amoratada, adherida á los planos profundos, y rodeada de una ancha zona de edema, extendiéndose rápidamente por la periferia. Las flictenas no aparecen sino al cabo de 8 ó 10 días, dando salida á un pus ranoso y clavos, pero á veces, antes de este tiempo, se ha formado ya un extenso flemon subcutáneo ó ha sobrevenido la muerte por septicemia ó coma diabético. En ocasiones la inflamación se propaga á los espacios conjuntivos profundos, y se produce un verdadero flemon difuso. En los casos mas favorables, la placa se limita, y evoluciona como un antrax circunscrito, pero aun entonces puede aparecer un flemon profundo que ponga en peligro la vida del enfermo. Siempre que se ha realizado la limitación, la supuración y eliminación de los tejidos necrosados, persiste durante mucho tiempo.

no cesando la fiebre, mientras no se ha verificado por completo la eliminación de aquellas. La cicatriz que queda después de la curación de este proceso, es extensa, anclada durante mucho tiempo y adherida a los planos profundos. En cuanto a complicaciones, advertiremos que la linfangitis y la supuración son constantes, que la flebitis es frecuente, y que la septicemia y la pishemia no son excepcionales.

El diagnóstico se tendrá que establecer con el flemon en ciertos casos, pero éste es subcutáneo y no interesa la piel hasta al cabo de algún tiempo, mientras que en el antrax, acontece al revés. Con la pióstula maligna, falta la placa indurada del antrax y en cambio existe la corona de vesículas. El pronóstico es grave en los diabéticos, y cuando se trata de formas difusas.

Tratamiento. La abstención recomendada por algunos, solo es admisible en las formas ligeras y aun durante el periodo de eliminación. El tratamiento clásico, consiste en la incisión crucial de la placa indurada, realizada con el bisturí o con el termo cauterio, y de manera que los límites de aquella alcancen hasta los tegidos sanos. Es mejor disecar los cuatro colgajos resultantes, separándolos de los tegidos profundos, colocando luego gasas por debajo de ellos y sometiendo la parte enferma a la acción de fomentos calientes. Se ha recomendado modernamente la excisión de la placa del antrax como si fuera una neoplasia maligna, pero en los casos ligeros, es innecesaria, y en los graves no es factible. En las formas difusas las incisiones serían muy profundas para

poder drenar profundamente. De todos modos la curación de un antrax es siempre muy larga, pues luego quedan extensas superficies cruentas, cuya epidermización debemos acelerar mediante injertos.

Hidrosadenitis. Se llama también absceso tuberoso y se supone que es producido por la infección de una glándula sudorípara. Se encuentra de preferencia en la axila, y con menos frecuencia al rededor del pezón, siendo producida por el estafilococo. Hay tendencia a la supuración y no a la necrosis, como en el forúnculo. Clínicamente se caracteriza por una sensación de peso extraño en la región, en la que por palpación se percibe una pequeña tumoración rodadera sobre los planos profundos y adherente a la piel por un solo punto. Mas tarde la tumoración se hace mayor, es sensible a la palpación, y se adhiere íntimamente a la piel, que enrogece a su nivel. Puede resolverse, quedando un engrosamiento subcutáneo durante algún tiempo, ó supurar, en cuyo caso aparece la fluctuación, la piel se adelgaza y amorata, y acaba por ulcerarse, dando salida a un pus grumoso, y quedando una fistula que tarda bastante tiempo en curar. Como complicación solo se observa la linfangitis, de vez en cuando, y la inoculación de otras glándulas vecinas, con frecuencia. El diagnóstico con forúnculo es fácil: solo puede ofrecer alguna dificultad al distinguirlo de la adenitis axilar con perisadenitis. El pronóstico es benigno. El tratamiento consistirá al principio, en el empleo del iodo y de los fomentos como resolutivos: mas tarde, en la incisión amplia que evita la formación de fistulas,