

Si la abertura arterial no es muy grande, puede formarse un coágulo obliterator, como vimos podía acontecer en los aneurismas circunscriptos, y reabsorberse la colección sanguínea, verificándose la curación.

Aunque el diagnóstico de los aneurismas difusos primitivos traumáticos sea generalmente fácil, en ciertos casos presenta gran dificultad, sobre todo cuando se trata de aneurismas difusos consecutivos, y más aún, si el aneurisma primitivo era ignorado, y también cuando se debe á la rotura de una arteria ateromatosa ó cuando se ha inflamado la bolsa. Podría confundirse con un flemón difuso, con una colección purulenta y con un absceso frio. Sirven para el diagnóstico, en estos casos dudosos, el estetoscopio y el esfigmógrafo. ¿Es prudente practicar, cuando se sospecha un aneurisma difuso, la punción exploradora? Algunos autores proclaman como de gran importancia este medio diagnóstico: nosotros creemos que, aún hecha debidamente, la punción exploradora no deja de tener sus peligros tratándose de colecciones aneurismáticas; por otra parte, en muchos casos se verificará la punción en el espesor de los coágulos, y entonces, como no saldrá sangre, tendremos un nuevo motivo de error, en lugar de un medio de esclarecimiento diagnóstico.

TRATAMIENTO.—La indicación terapéutica, en el tratamiento del aneurisma difuso, es impedir la salida de la sangre, favoreciendo la formación de coágulos que puedan obliterar la abertura arterial ó cerrando mecánicamente el vaso perforado.

La compresión directa sobre el tumor no dará ningún resultado, puesto que no será posible hacer entrar la sangre nuevamente en la arteria, á causa de que se trata de una bolsa anfractuosa y de que aquel líquido está infiltrado. Puede ensayarse la compresión á distancia, pero sin fundar en ella grandes esperanzas.

La ligadura de la arteria por el método de Brasdor y sus derivados (Wardrop y Fearn), ó sea por debajo del aneurisma, se comprende que no produzca ningún resulta-

do. La ligadura por los métodos de Scarpa, Hunter y Anel, puede aplicarse en algunos casos, pero siempre es difícil ir á encontrar el extremo superior de la arteria lesionada, y aún así, en muchos casos, son de temer las hemorragias secundarias, por restablecimiento de la circulación por las colaterales. El método de Antyllus, que es el que se sigue para la abertura del saco, ligando por encima y por debajo del aneurisma, reúne idénticas desventajas. No obstante, cuando el saco comunica con el exterior, á él hay que recurrir.

Cuando el aneurisma difuso presenta un volúmen muy considerable ó sus paredes están amenazadas de gangrena, no queda otro recurso que la amputación, y aún hay que recurrir á ella en casos que parecen á primera vista leves, pero que encierran extrema gravedad por la dificultad de aplicar los medios terapéuticos apropiados.

Lo dicho respecto del *aneurisma falso primitivo*, tiene perfecta aplicación al *aneurisma difuso consecutivo*. Nos abstendremos, pues, de repetir los principios sentados, así en lo que se refiere á su sintomatología, como á su terapéutica.

DEL ANEURISMA ARTERIO-VENOSO.—Cuando un traumatismo ha determinado una herida á la vez en una arteria y en una vena vecinas, se produce lo que se llama un *aneurisma arterio-venoso*. Esta forma de aneurisma consiste, pues, en la comunicación de una arteria y una vena á través de sus túnicas, abiertas.

Etiología.—Es sumamente raro el aneurisma arterio-venoso espontáneo; únicamente podría admitirse por la propagación del ateroma de una arteria á una vena. Casi siempre son de origen traumático, ya á consecuencia de una herida por instrumento punzante, ya por una cuchillada, etc. y principalmente por una sangría mal practicada. El punto en que con más frecuencia aparecen los aneurismas arterio venosos es la flexura del brazo, como testimonio de la parte que en su etiología tiene la práctica poco hábil de la sangría.

Las variedades que pueden presentar son las siguientes:

Cuando la arteria y la vena comunican directamente entre sí, por el intermedio de un estrecho y corto conducto, recibe el nombre de *aneurisma arterio-venoso simple*, ó *variz aneurismática*.

Si, entre la arteria y la vena se forma un conducto más considerable, y además, en la parte media de este último, aparece un abultamiento, que constituye el verdadero saco aneurismático, se denomina, *aneurisma varicoso intermedio*.

La variz aneurismática aparece á veces de manera que el abultamiento varicoso de la vena es muy notable y forma un verdadero tumor saquiforme, al paso que la arteria no presenta otra cosa notable que su orificio de comunicación con la vena. En este caso, recibe el nombre de *aneurisma varicoso enquistado venoso*.

En otras ocasiones, el tumor corresponde á una arteria que presenta un aneurisma saquiforme, y al mismo nivel en que se encuentra el tumor se establece la comunicación entre arteria y vena. En estas condiciones, se llama *aneurisma varicoso enquistado arterial*.

Síntomas.—En virtud de la diferencia de presión entre la circulación arterial y la venosa, resulta que siempre la corriente sanguínea se dirige desde la arteria á la vena. La sangre penetra fácilmente en la vena en dirección centripeta, esto es, hacia el corazón, pues no encuentra obstáculo para ello. En dirección centrífuga, ó sea hacia el extremo periférico de la vena, solo puede introducirse la sangre hasta la primera válvula; más, como la presión arterial sigue siendo mayor, determina en aquel punto una dilatación de la vena, que en ocasiones da por resultado la insuficiencia de las válvulas y, al propio tiempo que se dilata la vena, aumenta el espesor de sus paredes. Además, la arteria, como ha de vencer el obstáculo que le opone la válvula venosa, aumenta su trabajo, de donde la hipertrofia de aquella, por lo cual hay considerable aumento del volumen de este vaso por encima del aneurisma, al paso

que conserva por debajo de este su diámetro normal. En el museo Dupuytren, de París, se conserva una pieza patológica de aneurisma arterio-venoso del pliegue del brazo en la que se observa la arteria humeral por encima del aneurisma, del tamaño de la aorta abdominal, volviendo á su volumen fisiológico por debajo del mismo.

De ordinario, la sangre en el aneurisma arterio-venoso, permanece líquida, y la existencia de coágulos constituye un hecho raro. El saco aneurismático es comunmente pequeño, y el endotelio solamente está destruido en el punto en que obró el traumatismo.

El tumor aneurismático es evidentemente pulsátil y á la palpación se percibe el *trhills*, estremecimiento vibratorio especial de que hablamos en el aneurisma circunscripto. Además, la auscultación revela la existencia de un ruido de soplo continuo, perceptible en cada sístole cardíaco. Como quiera que este ruido de soplo está en ocasiones reforzado por la diástole arterial, se percibe á veces un soplo doble. Síntoma muy importante, aunque no siempre perceptible, es la pulsación de la vena enferma.

La corriente sanguínea venosa se encuentra impedida por la corriente arterial que en ella penetra: de ahí se originan edemas y aún á veces anestias, por la dificultad de la circulación de retorno.

Pronóstico.—Por regla general, el aneurisma arterio-venoso, es de pronóstico leve, pues la ruptura del saco, que podría constituir una complicación importante, se observa muy rara vez. Hasta los aneurismas varicosos entre la aorta y la vena cava son, por tiempo bastante largo, compatibles con la vida.

Tratamiento.—Cuando el tumor no produce incomodidades ni constituye amenaza para la salud del enfermo, lo mejor es abstenerse de todo tratamiento. No obstante, en muchos casos se han obtenido buenos resultados con la compresión directa sobre el tumor, simple ó combinada con la compresión á distancia de la arteria enferma.

Cuando el aumento de volumen del tumor lo exija y

cuando sea posible, se ligarán la arteria y la vena, ambas por encima y por debajo del aneurisma; digamos, sin embargo, que en estos casos las ligaduras reúnen las mismas desventajas que indicamos en el tratamiento del aneurisma circunscripto, por cuya razón preferimos la compresión.

ANEURISMA CIRSOIDEO.—Es una enfermedad de las arterias, caracterizada por la dilatación de algunas de sus ramas, de manera que se hacen flexuosas y presentan de trecho en trecho abultamientos á manera de bolsas lacunares.

Aunque se les dé el nombre de *aneurismas*, no lo son en realidad, sino que deben ser considerados como lesiones neurotróficas de las arterias, cuya explicación satisfactoria no es hoy asequible, pero que consisten en la degeneración grasosa de los elementos musculares por exageración de la tensión arterial, según demostró Heine.

Esta enfermedad aparece de preferencia en la juventud, durante la época de crecimiento, y los puntos en que se presenta con más frecuencia son la cabeza y los miembros. Cuando se presenta en los viejos, la enfermedad se ofrece con alguna diferencia y la dilatación vascular tiende más á la configuración cilíndrica. Por esto se llaman *aneurismas cilindroideos*, ó *serpentinós*, de los ancianos.

Los vasos atacados se dilatan en gran manera, hasta alcanzar un volúmen doble ó triple del normal y esta dilatación puede presentarse en todo el contorno del vaso, ó solamente en un punto de su circunferencia, en cuyo último caso se forman dilataciones ampollosas, de volúmen variable. Son de preferencia atacadas las arterias pequeñas que las grandes, y esta lesión alcanza á veces á los capilares y aún á las ramas venosas, siguiéndose de esto, en muchos casos, la deficiencia de la nutrición de los tejidos, principalmente en los de los órganos huecos, que se destruyen por extrangulación, á consecuencia del aumento de volúmen de los vasos.

Síntomas.—Los síntomas más característicos consisten en la presencia de sinuosidades muy marcadas de los vasos afectados, con pulsaciones y *trhills*. En el punto que se encuen-

tran las dilataciones apollosas de que hemos hablado, existe fluctuación y además aumento de calor en relación con el de la parte sana.

Por la auscultación se percibe un ruido de soplo. Si se comprime la arteria por encima del sitio de la afección, cesan los latidos, así como el ruido de soplo, y vuelven á aparecer en cuando deja de haber compresión. Si los vasos dilatados comprimen alguna rama nerviosa, determinan sensaciones dolorosas.

Diagnóstico.—Cuando el aneurisma cirsoideo es muy limitado, puede confundirse con el asterio-venoso; pero hay que atender á que este último no tiene el aspecto abollonado, propio de aquel. La reductibilidad, así como la pulsación y el *trhll*, que ofrece el aneurisma cirsoideo, servirán para distinguirlo de los angiomas.

Pronóstico.—Si la afección permanece estacionaria, no presenta gravedad, pues los tejidos se acostumbran á su presencia; mas cuando aumenta progresivamente de volumen, puede determinar compresiones, el esfacelo de la piel ó hemorragias graves y aún la gangrena seca por alteraciones nutritivas.

Tratamiento.—Se ha ensayado la compresión directa sobre el tumor, por medio de trozos de cuero ó planchas de plomo y aún por medias elásticas, como en las varices; pero no se han obtenido resultados, y exponen á veces á accidentes gangrenosos ó hemorrágicos. Tampoco han producido buenos efectos la compresión ni la ligadura de la arteria á distancia, por encima ó por debajo del tumor. La coagulación, procurada por la acupuntura ó la gálvanopuntura ó por inyección de líquidos coagulantes, ha sido ensayada, pero es sumamente peligrosa, pues expone á embolias, trombos venosos, flebitis, etc. La cauterización es aplicable solamente á aquellos casos en que el afecto está muy limitado; pero no puede hacerse uso de este medio cuando se trata de aneurismas cirsoideos que se extienden á todo el antebrazo ó á toda una mitad de la cara. Lo mismo debemos decir de la excisión ó extirpación del tumor, que

solamente podrá practicarse en los casos bien limitados. Cuando la extensión de la dolencia es tan considerable que alcance á todo un segmento de miembro, deberá recurrirse á la amputación. La amputación puede hacerse al mismo nivel del tumor, pues los vasos dilatados se estrecharán más tarde, hasta adquirir su volúmen normal (Trelat.)



LECCIÓN VIGÉSIMAQUINTA

Flegmasias de las venas

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS.—Las venas son los conductos destinados á conducir la sangre desde la periferia al centro cardiaco. La sangre de estos conductos es, en casi todos ellos, negra; solamente es roja en algunos, como son las pulmonares y los que conducen sangre procedente de las glándulas en actividad.

El sistema venoso general tiene anexos los sistemas porta y ázigos. El sistema porta se origina de los ramos procedentes de los órganos digestivos infra-diafragmáticos y viene á capilarizarse en el seno del hígado, desde donde vuelve á reunirse, para formar las venas intralobulares y más tarde los troncos supra-hepáticos, que van á abocar al sistema general.

Las venas ázigos toman su origen en los plexos intra y extra-raquídeos y en las venas intercostales, para venir á constituir otro sistema venoso especial, anexo al general.

En todas partes el sistema venoso se distribuye en dos planos: uno superficial y otro profundo. Esto sucede lo mismo en los miembros que en las paredes del tronco y en

la generalidad de los órganos. Estos dos planos están unidos entre sí por conductos de comunicación. Esta disposición constituye una garantía para el restablecimiento de la circulación en los casos en que, por contracciones musculares ó compresiones, pudiera interrumpirse la corriente, interrupción tanto más fácil en cuanto la presión sanguínea venosa es muy inferior á la arterial.

La textura de las venas, semejante á las de las arterias presenta algunas diferencias, que es preciso tener en cuenta. Están constituidas, lo mismo que las arterias, por tres túnicas: la externa ó adventicia, es completamente igual á la túnica externa arterial, constituida en unas y otras por el tejido conectivo ambiente, con sus fibras conjuntivas y elásticas.

La túnica media, que está constituida en las arterias por fibras circulares de tejido amarillo elástico, siendo poco abundantes las longitudinales, en las venas forman una capa mucho más delgada y está formada por fibras musculares lisas, longitudinales, la cual explica como las venas, por su contracción, pueden no solo disminuir de calibre, si que también de longitud.

La túnica interna es igual á la de las arterias, pues es endotelial.

En aquellas venas en que por su situación podría la circulación ser dificultada por el propio peso de la sangre, como sucede en las de los miembros, hay válvulas constituidas por repliegues de la túnica media, tapizadas por el endotelio, sin que en su formación tome parte la externa, ó adventicia.

La nutrición de las túnicas venosas se hace, lo mismo que en las arterias, por los *vasa-vasorum*.

Las túnicas de las venas son mucho menos gruesas que las de las arterias; por eso cuando se corta una vena, sus paredes se aplastan, hasta cerrar completamente su abertura. Esta condición expone á que las venas de la base del cuello, en los cambios de presión atmosférica, se aplastaran á cada inspiración; pero estos vasos están adheridos á una

lámina conectiva condensada, que los fija á la oponeurosis cervical y á los músculos infra-hioideos: esta unión impide su aplastamiento. En cambio, la abertura constante de estas venas expone, en los casos de heridas, á la entrada del aire, con sus fatales consecuencias.

La fluidez de la sangre en las venas obedece á las mismas condiciones de integridad del endotelio que en las arterias. Formado un coágulo en una vena, es transportado, por la corriente sanguínea, hacia la aurícula derecha; de ahí puede pasar á la circulación pulmonar y, según el calibre del coágulo, determinar aquí la asfixia, por embolia.

TROMBOSIS.—Cuando, por una causa cualquiera, se altera ó se destruye por completo el endotelio de una vena, la sangre se condensa en este punto y forma un coágulo. Este hecho se denomina *trombosis* y el coágulo formado recibe también el nombre de *trombo*. Este *trombo* puede permanecer en el mismo sitio en que se formó, en cuyo caso se llama *trombo fijo*, ó *autóctono*, ó bien ser transportado por la corriente sanguínea á puntos más ó menos distantes: entonces recibe el nombre de *trombo emigrante*, ó *émbolo*.

METÁSTASIS.—Así se denomina el trabajo por el cual el trombo es llevado de un punto á otro, con la corriente sanguínea. Antiguamente se denominaba *metástasis* al transporte de la materia morbífica de un punto á otro; así lo creían los humoristas; los solidistas dijeron que se debía al cambio de lugar de la irritación. Hoy, restringiendo el sentido de la palabra, se dice que ha habido *metástasis* cuando á una afección local, que ha durado cierto tiempo con todos los caracteres de una enfermedad primitiva, se añade otra afección análoga en punto más ó menos distante. La perfecta analogía entre la enfermedad primitiva y la que apareció posteriormente, demuestra que se trata de manifestaciones anatómicas análogas y simultáneas, así como del transporte de algún material morbífico, por las corrientes sanguínea ó linfática. Ahora bien, según ha demostrado Rindfleisch, los vasos linfáticos están dispuestos de manera

que pueden absorber partículas sólidas, como son, por ejemplo, las *células migratrices*; en cambio, los vasos sanguíneos, cuyas paredes están completamente cerradas, sólo pueden transportar aquellos elementos que, como consecuencia del proceso morboso, se han formado en su interior, ó bien los cuerpos que hayan penetrado en el interior del vaso á la viva fuerza, destruyendo las paredes. De ahí la división de las metástasis en metástasis *por vía linfática* y *por vía sanguínea*. Nosotros sólo nos ocuparemos de estas últimas. De manera que lo que caracteriza la *metástasis* es el cambio de lugar de los cuerpos que circulan con la sangre.

EMBOLIA.—Cambiando de lugar, el trombo llega á un punto en que el calibre del vaso es menor que el volumen del trombo, y allí se atasca, constituyendo un *émbolo* y dando lugar á la *embolia*.

Pueden determinar *embolia*, no solamente verdaderos trombos, ó coágulos sanguíneos, si que también aglomerados de pus, grasa, etc., que circulan con la sangre y se detienen al nivel de los vasos pequeños. Llamaremos, pues, *embolia* al proceso en virtud del cual se obstruyen los vasos por cuerpos sólidos, de diversa naturaleza, que circulan con la sangre.

Cuando se obstruye una vena por trombosis, sobreviene el endurecimiento del vaso: si este no es muy profundo, el endurecimiento podrá percibirse, tocando un cordón resistente. El paro de la circulación venosa dará lugar á edema, sensación de peso en el miembro y otras modificaciones de la sensibilidad.

Tratándose de la trombosis simple, no hay que temer reacción general muy acentuada; pero hay que recelar por el posible desprendimiento de partículas del trombo, capaces de ocasionar embolias, que son siempre graves.

El tratamiento estriba, en primer lugar, en prevenir la disgregación del trombo, que podría dar origen á la embolia; para lo cual se recomendará el reposo más absoluto. Se envolverá el miembro en una atmósfera de algodón, mante-

niendo el reposo hasta tanto que se crea completamente organizado el coágulo. Al mismo tiempo hay que establecer un buen régimen dictético, pues todas las causas de desnutrición, así como las infecciones, el alcoholismo, etc., son contrarias á la organización del coágulo.

FLEBITIS.—Las mismas causas capaces de determinar trombosis, pueden ocasionar la *flebitis*, ó inflamación de las venas.

A consecuencia de un traumatismo, ó á seguida de la propagación de una flegmasia de los tejidos vecinos, el tejido conectivo que constituye la túnica adventicia de las venas, puede ser invadido por la inflamación; entonces, los *vasa vasorum* encargados de la nutrición de las paredes de la vena, son asiento de los fenómenos que indicamos al hablar de los tejidos vasculares atacados de inflamación y se produce la flebitis, que en este caso se llamará *peri-flebitis*.

En otros casos, un trombo, embólico séptico, puede ser arrastrado por la corriente, hasta que se detiene en un punto cualquiera de un vaso venoso. Este trombo, por su presencia, ocasionará la destrucción del endotelio y comunicará la irritación á las túnicas media y externa: en este caso se trata de la *endoflebitis*, que será, más tarde, *peri-flebitis*.

En uno y otro caso, se destruye el endotelio, de donde la formación de un trombo. Por lo general, este trombo permanece en el sitio en que se formó, ó es llevado por la corriente á muy corta distancia. El tejido conectivo de las túnicas externa y media prolifera y sobreviene la diapédesis de leucocitos y formación de vasos nuevos en el seno de los mamelones carnosos, todo lo cual origina la cicatrización y adherencia de las dos paredes opuestas de la vena. Si el coágulo se extiende hasta más allá del punto en que tiene lugar este trabajo, se hace asiento de organización y se oblitera el vaso. Esta es la *flebitis adhesiva*, ú *obliterante*.

Cuando se trata de una inflamación séptica, ya por propagación de la misma ó por transporte de un coágulo

séptico, se destruye el endotelio, á consecuencia de la *peri* ó de la *endo-flebitis*: entonces se añaden los fenómenos de la supuración. Virchow ha demostrado que el coágulo no puede ser punto de partida de la supuración y que ésta se origina en los tejidos conectivos de las tunicas externa y media, dando lugar á abscesos intra-parietales, que lo mismo pueden abrirse al exterior, que en el interior del vaso. En este último caso, el pus podrá ser llevado, con la corriente sanguínea, á puntos más ó menos lejanos, determinando *abscesos matastáticos*. La supuración de las paredes venosas puede producir su ulceración, con todos los peligros de las hemorragias consecutivas.

Las venas que son asiento de flebitis sufren un aumento notable en el espesor de sus paredes, por proliferación de las tunicas media y externa, por cuya razón, al seccionarlas, permanecen abiertas, ofreciendo aspecto de arterias.

Los síntomas de la *flebitis* son enteramente análogos á los de la *trombosis*. Al tacto pueden percibirse bajo la piel, constituyendo cordones duros y dolorosos á la presión, que en muchos casos se dibujan con una coloración roja, debida á la inflamación de sus paredes y del tejido conjuntivo ambiente.

Como consecuencia de la obliteración de la vena por el coágulo, pueden presentarse edemas y tumefacción dura, ó lardácea, del miembro, apareciendo flictenas, que recuerdan las de la gangrena ó del flemón difuso.

Se comprende que cuando sean muy profundas las venas atacadas, la palpación no podrá apreciar su dureza; pero entonces, además de los dolores y la dificultad circulatoria, observaremos notable dilatación de la red venosa superficial, para suplir las deficiencias de la circulación profunda. Cuando la flebitis es supurada, aparece fiebre, con escalofrios, y sobreviene notable reacción general. Los dolores aumentan, hasta ser intolerables; la tumefacción es de cada vez más acentuada; la piel se enrojece y se forman colecciones purulentas múltiples en el trayecto de la vena. Si el afecto es francamente inflamatorio, se vacían los depó-

sitos purulentos y termina el proceso; cuando es de origen séptico, casi siempre sobrevienen accidentes gravísimos.

PRONÓSTICO.—Se trata siempre de una enfermedad muy grave, pues, aún prescindiendo de las infecciones sépticas, constituyen serios peligros las probabilidades de embolias y hemorragias por ulceración de las paredes, accidentes ambos que pueden comprometer la vida.

TRATAMIENTO.—Siempre que se sospeche la posibilidad de desarrollarse una flebitis á consecuencia de un trauma ó de una herida, hay que hacer uso de curas rigurosamente asépticas, para procurar que la flebitis sea adhesiva y termine por curación.

En todos casos hay que procurar que la circulación de retorno se haga de una manera expedita y evitar la embolia, para lo cual se colocará el miembro en posición elevada y además se envolverá la parte afecta con una gran capa de algodón, se harán fomentos con soluciones antisépticas (timol, eucaliptol, etc.) ó bien se harán cauterizaciones puntuadas á lo largo de las venas afectas.

Cuando se haya declarado la supuración, se dará franca salida al pus, haciendo luego uso de los medios antisépticos, para evitar la absorción de productos virulentos, siempre temibles.

De las varices, ó flabectasias

Dase el nombre de *variz* á la dilatación permanente de las venas. Alibert y Briquet propusieron el nombre de *flabectasia*.

Según los sitios que ocupan las varices, han recibido, en algunos casos, nombres especiales: así se llaman *hemorroides*, cuando se trata de las venas hemorroidales; *varicocele*, cuando las venas del cordón espermático y del testículo y *varices*, simplemente, cuando es cuestión de las venas de los miembros, etc.

El sitio en que aparecen con más frecuencia las varices es el miembro abdominal, siendo menos frecuentes en el derecho que en el izquierdo, á causa de la mayor longitud de la vena iliaca primitiva izquierda y de la compresión que esta sufre al pasar por debajo de la arteria ilíaca primitiva derecha. Por esta razón, al hacer el estudio de las varices en general, tomaremos como tipo las del miembro inferior.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Antes de los trabajos de Andral y Briquet, se creía que las varices eran debidas á una debilidad de las tónicas venosas, que eran distendidas por la sangre y se adelgazaban. Hoy día se sabe que, si bien este adelgazamiento es cierto, hay casos en que el espesor de las paredes sigue siendo el mismo y aún mayor después de dilatada la vena. Esto ha conducido á admitir tres grados en esta enfermedad.

En el primer grado, el único hecho anormal consiste en la dilatación del vaso: sus paredes han conservado su espesor ordinario y si cesa la causa que había determinado la dilatación, cesará también la variz. Esto es lo que sucede, muchas veces en las varices de las embarazadas.

El segundo grado está constituido por el aumento del calibre del vaso, al mismo tiempo que del grosor de sus paredes; de manera que hay hipertrofia, y esta, no solo en el sentido de la anchura del vaso, si que también en el de su longitud, por lo cual las venas se vuelven más gruesas, abultadas y flexuosas. Cuando se abre una vena en estas condiciones, permanece abierta, como las arterias, y en su interior se observan repliegues longitudinales, debidos á la hipertrófia de la túnica media, cuyas fibras longitudinales han aumentado de volúmen.

El tercer grado lo forman aquellos casos en que la dilatación de la vena se hace de una manera desigual, á causa de que sus paredes se han adelgazado en unos puntos y permanecido normales en otros, resultando dilataciones, ó hinchazones parciales, ampulares ó fusiformes, que recuerdan el aspecto de los aneurismas cirsoideos. Este modo de

dilatación es el que suele á observarse en las varices del miembro inferior.

Al principio de la enfermedad, las válvulas venosas llenan todavía su cometido; más tarde, á consecuencia de la dilatación del vaso y á causa del espesamiento de las válvulas, estas son insuficientes y casi desaparecen. En este momento la circulación venosa se hace cada vez con más dificultad, á consecuencia del mismo peso de la sangre, que no es ya retenida por las válvulas. Podríamos decir, que *varix crea varix*; pues la existencia de vireces es una nueva causa para la aparición de otras.

Estado de la sangre.—La sangre contenida en las venas varicosas puede ser líquida y negra, como en estado normal; en ocasiones y con bastante frecuencia, aparece coagulada, y el coágulo, si muy antiguo, es de color gris y fácilmente disgregable. En otros casos este coágulo es duro y llena por completo el vaso, el cual se transforma en un cordón resistente. En ciertas ocasiones, sobre todo al nivel de las válvulas, estos coágulos presentan incrustaciones de sales calcáreas y vienen á constituir los llamados *flebolitos* (*flebon, vena, litos*, piedra). Cuando estas incrustaciones se encuentran en las paredes venosas, constituyen placas enteramente análogas al ateroma arterial.

Estado de los tejidos contíguos.—Los tejidos vecinos participan pronto de las alteraciones de las venas y presentan lesiones tanto más notables, cuanto más avanzada la enfermedad.

La piel se modifica al nivel de los puntos en que son atacadas las venas, tornándose lisa, seca, brillante, perdiendo el pelo, y cubriéndose de escamillas furfuráceas. Al cabo de cierto tiempo, aparecen brotes de eczema, que muchas veces dan lugar á *úlceras varicosas*. El tejido celular que rodea á la vena se indura y adhiere cada vez más á ella; de manera que esta se mantiene abierta cuando se corta. Los músculos cuyas venas están atacadas de varices se vuelven negruscos, cual si fuesen esponjas empapadas en sangre venosa. Los nervios próximos sufren tras-

tornos tróficos, debidos á la presión que sobre ellos ejercen las venas dilatadas. Los huesos quedan indemnes; pero cuando se sigue con el dedo el trayecto de una vena varicosa contigua á un hueso, parece que esta se haya labrado un canal en este; impresión engañadora, debida á la infiltración de los tejidos blandos próximos á la vena, que ofrecen resistencia, mientras que la vena, aún permeable, se deja deprimir.

Varices superficiales y varices profundas.—En razón á la existencia de dos planos venosos, hay que admitir dos órdenes de varices: las *superficiales* y las *profundas*. Ambos planos pueden ser atacados con igual frecuencia; pero hay un hecho digno de especial atención: Verneuil ha demostrado que pueden existir varices profundas, sin que estén atacadas las venas superficiales: y que siempre que existen varices superficiales, hay además varices profundas, pues de ordinario el mal empieza por estas últimas.

SÍNTOMAS.—Las varices forman cordones nudosos, blanduchos, azulados, algunas veces rectilíneos, pero con más frecuencia flexuosos, movibles y dando al tacto una sensación comparada á la que se percibiría comprimiendo un paquete de gusanos que se movieran debajo de la piel. Aunque los troncos profundos sean atacados anteriormente ó al mismo tiempo, las varices se anuncian siempre por la dilatación de las venas superficiales.

Las varices son más manifiestas durante la bipedestación y deambulación, que en los decúbitos prono ó supino. Si se mantiene algún tiempo el miembro en posición horizontal, desaparecen casi por completo. Lo mismo sucede cuando se hace presión en una vena, por encima de las varices. Con esta compresión pueden adquirir volumen tan considerable, que parecen á punto de reventar. Cesando la compresión, las varices vuelven á su primitivo estado.

En algunos casos las varices aparecen bajo la forma de manchas azuladas de aglomerados de capilares dilatados, constituyendo las llamadas *varicosidades*. La compresión

directa de las varices, manchas ó varicosidades, las hace desaparecer, mientras ella dura.

En este período, las perturbaciones funcionales son tan poco manifiestas, que no se observa en el color de la piel otro cambio que las líneas azuladas en el trayecto de los vasos dilatados, ni adherencia á los tejidos subyacentes, ni sensaciones dolorosas. Los enfermos se quejan únicamente de una ligera sensación de peso del miembro, que aumenta con el cansancio y desaparece con la posición horizontal.

En un periodo más avanzado, los abultamientos son más aparentes: oscilan entre el volúmen de una avellana y el de un huevo de gallina. Son blandos y fluctuantes, mayores durante la bidestación y la marcha y disminuyendo notablemente por el reposo. Pueden desaparecer por completo bajo presión y dan al dedo la impresión de una cavidad cubierta por piel flácida y delgada. Los síntomas funcionales son mucho más notables y aparecen más pronto. Cuando la dificultad circulatoria es mayor; cuando el miembro se ha fatigado mucho por la estación vertical ó por la de ambulación, aparece una sensación de peso, con dolor profundo, acompañado de hormigueos y á veces de contracciones fibrilares, de carácter reflejo.

Hasta aquí los síntomas de las varices superficiales: los de las profundas son más oscuros. En general, consisten los fenómenos propios de las varices superficiales, exagerados, coincidiendo con la falta de dilataciones venosas sub-cutáneas. Como las varices superficiales, las profundas determinan sensación de peso, dolores, hormigueos, etc., cuyos síntomas aumentan con la estación de pié y la marcha y se disipan ó disminuyen mucho cuando el enfermo se acuesta. En ciertos casos, perciben los enfermos una sensación dolorosa, á la que Verneuil llamó *latigazo*, y es debida á la rotura de una variz profunda. Si se palpa el miembro después de una marcha algo prolongada, cuando el enfermo se siente fatigado, se encuentra una pastosidad profunda, acompañada en muchos casos, de hinchazón de los maléolos y dureza de la pantorrilla,

En la cama, desaparecen al poco rato todos estos fenómenos.

Accidentes que pueden presentarse. — Las varices pueden limitarse á su primer grado, sin causar graves trastornos al individuo, sobre todo, si ha podido sustraerse á la causa ó causas que las determinaron. De ordinario, y especialmente si se trata de gente pobre, que no puede atender por completo á su enfermedad ni abandonar su profesión, las varices van aumentando de volumen, al mismo tiempo que las túnicas venosas van alterándose y vienen á dar al miembro un aspecto extraño. La enfermedad puede terminar por curación espontánea, si se han podido hacer desaparecer las causas; pero esto es raro, y por lo general persisten, ocasionando serias perturbaciones según la posición social del enfermo. Pueden, finalmente, ocasionar complicaciones importantes, cuales son inflamación y la ruptura de las varices, con sus consecuencias: trombosis, flebitis y úlceras varicosas.

ETIOLOGÍA DE LAS VARICES.—Las varices fueron atribuidas durante mucho tiempo á las causas mecánicas que dificultan la circulación venosa, figurando entre estas la estación de pié, la retención de materias excrementicias; las profesiones, el embarazo, etc. También desempeñaban importante papel en esta etiología, algunas discrasias, tales como el artrismo, la gota, etc. Hoy día puede afirmarse que la enfermedad es causada por lesiones de los nervios periféricos, debidas á perturbaciones tróficas, congénitas y hereditarias. ¿Es esto negar la influencia de las demás causas que hemos citado y que muchos cirujanos consideraban como las únicas capaces de producir las varices?

Por de pronto, hay que admitir una predisposición individual á padecer esta enfermedad, puesto que se dan sujetos que, hallándose sometidos á las mismas condiciones, son unos varicosos y otros nó. Además, las varices son raras en la infancia y son más frecuentes en el hombre que en la mujer, en razón á las penosas profesiones que

aquel ejerce; en cambio, las mujeres, están sujetas á una causa innegable de varices: el embarazo, por las compresiones del ovoide fetal sobre los vasos pelvianos. En general, son atacados con más frecuencia los sujetos de temperamento bilioso que los demás. La influencia de ciertas diátesis es incontestable: los artríticos y los herpéticos son los que con más frecuencia sufren varices. Hay, finalmente, ciertas disposiciones anatómicas cuya influencia se manifiesta por la predilección de las varices por ciertas redes venosas, y que son, seguramente, la consecuencia de compresiones que sufren estas venas al atravesar anillos fibroso ó musculares que dificultan la circulación; tales son el anillo aponeuróticos que atraviesa la vena safena interna antes de desembocar en la femoral, el de la safena externa, en el rombo poplíteo, etc. A todas estas causas viene á añadirse, en los miembros abdominales, el propio peso de la sangre, cuya influencia es indiscutible. De manera que, resumiendo, diremos: que la edad, el sexo, las profesiones, las discrasias, las disposiciones anatómicas, etc., obran como causas predisponentes para el desarrollo de las varices; pero su causa real consiste en una trofo-feurosis, la mayor parte de las veces hereditaria.

DIAGNÓSTICO.—El diagnóstico de las varices superficiales es siempre fácil, pues se trata de una afección que, por decirlo así, salta á la vista. En cambio, las varices profundas son de diagnóstico más difícil y hay que sospechar su existencia por las sensaciones de peso y hormigueo, así como por la dureza é hinchazón de la pantorrilla y de los tobillos, ó bien por la sensación de *latigazo*, cuando existe. La desaparición casi completa de todos los fenómenos por el reposo ó la compresión ligera, especialmente con la media de goma, es un dato que sirve de mucho para el diagnóstico.

Podría confundirse un tumor varicoso con una hernia crural; pero cuando haya un tumor varicoso en esta región, será fácil existan otras varices á lo largo del muslo; además, el modo de reducirse la hernia es muy distinto del como

desaparece el tumor varicoso cuando el enfermo está echado. La confusión con los aneurismas no ha sido cometida nunca; pero cabe en lo posible: bastaría, empero, recordar la pulsación expansiva del aneurisma, que no existe en el tumor varicoso: si latidos hubiese en la variz, le serían comunicados por una arteria vecina.

PRONÓSTICO.—Hemos visto cuáles y cuán temibles pueden ser á veces los accidentes de las varices; esto no obstante, si la afección puede tratarse convenientemente desde su principio, se obtendrá notable mejoría, ya que no la curación completa en todos los casos.

TRATAMIENTO.—El tratamiento de las varices puede ser paliativo y curativo: el primero consiste en el empleo de los medios higiénicos y los vendajes; el segundo en ciertas operaciones quirúrgicas, más ó menos graves.

Hasta que se han puesto en práctica los métodos aséptico y antiséptico en las operaciones, se admitía que, generalmente, en razón de los peligros de flebitis y de otros accidentes no menos graves que podían subseguir á las operaciones, lo mejor era limitarse al tratamiento paliativo de las varices. Hoy día estamos autorizados, en algunas ocasiones, á intentar la cura radical. Hagamos constar, sin embargo, que estos casos deben ser solamente aquellos en que se trate de enfermos que, fatalmente, por su posición social, necesitan estar sometidos de continuo á grandes fatigas ó á ejercer alguna profesión favorable al desarrollo y sostenimiento de las varices. Cuando los enfermos puedan sustraerse á estas causas, es preferible limitarse á los medios paliativos.

Éstos consisten principalmente en la posición horizontal, que por sí sola no podría ser suficiente para la curación de una enfermedad debida á trastornos tróficos, y surte muy buenos efectos cuando se combina con la compresión. Esta puede hacerse con vendas elásticas, ó mejor aún, con medias de goma. Estas medias no deben ser demasiado estrechas, ni excesivamente anchas, y hay que quitarlas de vez en cuando, (por la noche, por ejemplo) y practicar al

guna fricción excitante, á fin de activar la circulación cutánea, dificultada por la permanencia de la compresión.

Los medios de curación radical ó definitiva de las varices, consisten, ya en la destrucción de una parte de la vena, ya en la provocación de una flebitis adhesiva, ú obliterante.

Se ha verificado la extirpación de las venas varicosas, y, al decir de algunos cirujanos, gracias á las prácticas antisépticas se han obtenido excelentes resultados.

La cauterización, la inyección de líquidos coagulantes, la acupuntura, la galvano-puntura, etc., han sido también puestas en uso: por desgracia, no siempre los resultados han coronado los buenos propósitos de los cirujanos que las han preconizado. La técnica de todas estas operaciones, incumbe á la Medicina operatoria.



LECCIÓN VIGÉSIMASEXTA

Flegmasia de los vasos linfáticos

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS.—Los diferentes distritos orgánicos están constituídos por una ganga de tejido conectivo embrionario, en medio de la cual se encuentran los elementos anatómicos. Estos elementos dejan entre sí unos intersticios que están ocupados por capas conectivas embrionarias, de consistencia blanda ó mucoide; en estos intersticios es donde tiene lugar el cambio orgánico entre el plasma sanguíneo, trasudado por las paredes vasculares y los líquidos resultantes del desecho nutritivo. En estos puntos no existe, pues, un sistema de canalículos constituyendo ya el principio de los vasos linfáticos, sino una red intersticial, sin paredes propias, á través de la cual tiene lugar el cambio nutritivo. Esta red, constituida por las lagunas del tejido conectivo, es comparable á lo que se produce en la irrigación de una pradera (Bouchard). Los líquidos caminan de trecho en trecho en los intersticios de las partículas minerales que constituyen el suelo, llegando así á las raicillas vegetales. Asi como en una pradera inundada por un exceso de presión ó por la impermeabilidad del sub suelo, es nece-

sario derivar el agua por medio de un sistema de desagüe, constituido por tubos no permeables que recojan los líquidos, del mismo modo, en los territorios orgánicos, regados por los capilares, son indispensables los conductos de desagüe: estos son los *vasos linfáticos*, que desempeñan el papel de *drenes*, acarreando los líquidos á la circulación general. La linfa que conducen estos vasos, estará, pues, constituida por el excedente del plasma trasudado, por los líquidos de desecho orgánico, mezclados con dicho plasma, y por elementos celulares debidos á la proliferación de los elementos embrionarios del tejido conjuntivo. Se comprende, pues, que, en todo órgano, en todo tejido y en todo distrito orgánico, existan dos circulaciones de retorno: una, de curso rápido, la circulación venosa; otra, de curso lento, la circulación linfática. Cuando el curso de la sangre está dificultado en las venas, la presión aumenta en ellas; si la circulación capilar es también dificultada, el suero trasuda con exceso, distendiendo las mallas conjuntivas y los líquidos que forman los edemas desaparecen por la circulación lenta, esto es, por la linfática.

Del mismo modo que las venas, los vasos linfáticos están dispuestos en dos planos, uno superficial y otro profundo. Como en las venas, estos dos planos comunican entre si en la raíz de los miembros y los linfáticos superficiales van á abrirse en los vasos y ganglios profundos.

La estructura de los linfáticos es casi idéntica á la de las venas, diferenciándose tan solo en que la túnica media es en aquellos muy delgada, constando solamente de fibras elásticas longitudinales. El interior de los linfáticos está tapizado por endotelio y presentan de trecho en trecho algunas válvulas, ensanchándose á su nivel el vaso, por lo cual tienen aspecto nudoso.

ANGIOLEUCITIS.—Así se llama la inflamación de los vasos linfáticos.

En la etiología de la angiolencitis se encuentra siempre una efracción de la piel, que es la puerta de entrada del micro-organismo productor, siendo esta solución de conti-

nidad constante, por más que no siempre sea fácil apreciarla. En algunos casos la inoculación puede hacerse á través de la piel privada de su revestimiento epidérmico, aunque no esté destruido el dermis, como sucede en los de que se dedican á trabajos de anfiteatro anatómico. Hay además ciertas condiciones de receptividad del sujeto, pues se dan individuos que, aún cuando inoculados, no son jamás afectados de angioleucitis.

La *angioleucitis* puede ser *superficial* y *profunda*, ó sea *reticular* y *truncular*.

Si las descripciones que los autores hacen de la *angioleucitis superficial* ó *reticular* son perfectamente análogas y están en conformidad unas con otras, no sucede lo mismo con la *angioleucitis truncular*, ó *profunda*, pues, á más de ser confusas, no concuerdan. Esta disconformidad débese, según Bouchard, á las grandes analogías de la angioleucitis profunda y el flemón difuso.

La angioleucitis superficial puede convertirse en profunda, en virtud de las recíprocas comunicaciones de los dos planos de los vasos linfáticos. En la generalidad de los casos, el afecto comienza por la red superficial y de ella se propaga, á veces, á los troncos profundos. La angioleucitis profunda primitiva, es hecho raro, y únicamente se observa en algunos grandes traumatismos. De manera que, de ordinario se observa la angioleucitis superficial aisladamente, viniendo luego la propagación; esto obedece á las comunicaciones de los planos superficial y profundo, en términos que en ciertas regiones la propagación se efectúa siempre en el mismo sentido, pues sigue la dirección de la corriente linfática. Así, comunicándose los linfáticos de la palma de la mano con los del dorso por los troncos interóseos, en los cuales la corriente linfática va de delante á atrás, es decir, de la palma al dorso, cuando hay un flemón de la palma de la mano, tenderá ó propagará al dorso; en cambio, jamás un flemón del dorso se propagará á la palma.

SÍNTOMAS.—Las formas reticular y truncular pueden observarse reunidas en un mismo sujeto; pero también pue-

den observarse por separado. En general, reviste mucha menor gravedad la angiolencitis superficial que la profunda.

Cuando la linfangitis es superficial, los síntomas consisten en una notable rubicundez de la piel, que se pone brillante y tensa, con pastosidad del tejido conjuntivo. La rubicundez, de tinte rosado, es fácil de distinguir del rojo obscuro del flemón difuso, y va haciéndose cada vez más pálida, hasta confundirse con la coloración normal de la piel. En el punto enfermo, empieza á notarse un ligero edema, que desaparece á proporción que nos alejamos del foco flegmático. En esta época empiezan ya á inflamarse los gánglios vecinos. Si se pasa el dedo por el punto afecto, se despierta dolor bastante vivo, desaparece momentáneamente la rubicundez y además queda fovea. Hay también dolor espontáneo, que aumenta por la posición del declive y de vez en cuando se sienten pinchazos ó ustrión.

Al principio de la enfermedad, hay escalofríos, fiebre, catarro gástrico, etc., cuyos síntomas, particularmente la fiebre, siguen un curso perfectamente paralelo á la intensidad de los fenómenos locales. Puede también la linfangitis simple seguir su curso sin producir reacción general. Esta es la forma más simple; en ciertos casos, la rubicundez no es uniforme, sino que aparece bajo aspecto de manchas extensas, algunas de las cuales siguen la dirección de los vasos linfáticos. Del centro de la zona inflamada parten líneas de color rosado ó rojo, que, siguiendo la dirección de los linfáticos, llegan al grupo ganglionar más próximo. Estas líneas son edematosas y salientes sobre la piel y además muy dolorosas á la presión. En algunos casos, en torno á las flictenas la pastosidad del tejido conjuntivo toma el aspecto del flemón circunscripto, con induración, fluctuación y supuración.

Si la inflamación ataca á los troncos profundos, se determina la forma llamada *linfangitis troncular*, ó *profunda*, que se manifiesta, de ordinario, antes de su aparición, por un escalofrío único, pero de larga duración ó por escalo-

fríos cortos y repetidos, seguidos de reacción, de calor y sudores profusos. En seguida vienen cefatálgia, vértigos, náuseas, insómnia, ensueños ó alucinaciones, sed intensa, dolores en la parte enferma, etc. Estos síntomas indican el principio de una forma grave. Al cabo de breve tiempo, en la región que ha sido inoculada, se presenta un dolor tan intenso, que pronto se hace intolerable, apareciendo unas líneas rojizas en la dirección de los troncos linfáticos, líneas que al tacto percibe como cordones nudosos y duros.

Al poco tiempo la linfangitis se convierte en flemón difuso, que invade todo el territorio afectado, presentándose flictenas, infiltración del tejido celular y esfacelo del mismo.

Con lo que dejamos dicho, puede verse cuán íntima es la analogía entre la angioleucitis y el flemón. Si se tiene en cuenta que las causas de una y otra afección son las mismas, que el sitio en que se desarrollan es el mismo también y que los síntomas y aún el tratamiento son casi idénticos, ¿será atrevido suponer que son una misma entidad morbosa?

DIAGNÓSTICO.—En general, la angioleucitis aparece con caracteres clínicos bien manifestos y deslindados para que sea fácil diferenciarla de los eritemas, de los edemas, de los abscesos fríos y aun de la erisipela. No obstante, en ocasiones esta última presenta tales caracteres que se requiere un detenido análisis para su distinción. Fijémonos principalmente en que la erisipela se presenta de una manera más franca y que de ordinario asienta en puntos que se llaman de elección, como, por ejemplo, la cara, en cuya región no se ve casi nunca la linfangitis. La distinción con la flebitis es mucho más fácil aún, con solo recordar los síntomas de esta última, que difieren bastante de los de la angioleucitis. En cuanto al flemón difuso nacido tal desde el principio, es fácil de reconocer por su tendencia á la propagación rápida. Téngase en cuenta que la confusión, en este caso, no tendría inconveniente, puesto que al fin y al cabo el tratamiento sería el mismo.

PRONÓSTICO.—El pronóstico ha de estar en relación con las causas y las condiciones del terreno en que evoluciona la enfermedad. Si la afección queda limitada, se combate fácilmente sin necesidad de emplear tratamientos muy activos. Cuando adquiere proporciones considerables y principalmente cuando procede de la inoculación de toxinas cadavéricas, son muchos los casos en que la muerte es inevitable.

TRATAMIENTO.—Dejando aparte las prácticas más ó menos racionales en relación con las ideas reinantes, exponremos aquellos medios que nos parecen más eficaces. Por de pronto, son de rigor el reposo y la posición declive de la parte afecta, colocándola á mayor altura que el resto del cuerpo. Con esto solo, se logra muchas veces dominar el proceso; será, empero, conveniente hacer uso de fomentos con soluciones antisépticas. Cuando la angioleucitis dé lugar á abscesos, debe procederse á la evacuación del pus, practicando amplias incisiones y á aplicar las curas antisépticas. Si la angioleucitis es profunda y presenta los caracteres del flemón difuso, el tratamiento será el mismo que indicamos al hablar de esta afección y que no hay necesidad de repetir. (V. pág. 67).

Adenitis

RECUERDO ANATÓMICO.—Los anatómicos antiguos creían que los ganglios linfáticos estaban constituidos por un enroscamiento, á manera de ovillo, de los vasos linfáticos, contenidos en una cubierta propia. Hoy se sabe que los ganglios que son una suerte de filtros formados de folículos y cordones foliculares, separados entre sí por trabéculas procedentes de la superficie interna de la cubierta, ó cáscara. Estos filtros reciben vasos linfáticos, que se llaman *aferentes* y dan nacimiento á otros, que se denominan *eferentes*. Antiguamente se creía que unos y otros, eran unos mismos vasos, que

después de haber atravesado el ganglio en todo su espesor, salían formando los vasos eferentes. Hoy está plenamente demostrado que vasos aferentes y eferentes son completamente distintos; tanto, que los aferentes son en mayor número que los eferentes; en cambio, estos últimos son mayores. Los vasos aferentes, al llegar á los ganglios, se dividen y sub dividen, capilarizándose en ellos y distribuyéndose en redes lacunares ó trabeculares, junto con los vasos sanguíneos. De estas redes salen los vasos eferentes, que van á parar á otros gánglios ó á los conductos colectores del sistema linfático. De esto resulta que, si la corriente linfática es lenta en los vasos, lo es aun más al atravesar las redes ganglionares, lo cual hace que, si la linfa lleva en suspensión algunas substancias nocivas, como son polvillos minerales ó gérmenes microbianos, se despoja de ellas en el ganglio. Cuando se trata de partículas minerales, es posible que se depositen en el ganglio, sin pasar más allá; mas cuando son elementos microbianos, pueden pulular *in situ* y ser más tarde arrastrados por la corriente. De esta manera resulta que los gánglios pueden ser, primero, un punto de parada de los microbios y, más tarde, focos de infección.

Llámase *adenitis* la inflamación de los ganglios linfáticos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Las lesiones de los ganglios inflamados ofrecen tres períodos, bien marcados, que son: 1.º de congestión; 2.º de induración, ó hepatización; y 3.º de reblandecimiento.

El primer período, ó de *congestión*, se manifiesta por aumento de volúmen y enrojecimiento del ganglio, el cual se halla envuelto en una zona edematosa y friable, sembrada de puntos equimóticos.

En el segundo período, *hepatización ó induración*, hay una dureza elástica y la permeabilidad del ganglio ha desaparecido casi por completo. Las alteraciones son las mismas del primer período; pero el parénquima está más engrosado y hay multiplicación de las células epiteliales de los conductos linfáticos que lo atraviesan. En algunos puntos

del parenquima ganglionar se observan grupos de leucocitos, que denotan tendencia á la supuración.

En el tercer período—*reblandecimiento*—el ganglio, convertido en un depósito de pus, encerrado en la cápsula, ó cáscara del ganglio, se encuentra en las mismas condiciones que un absceso cualquiera—*absceso ganglionar*.—

ADENITIS SUPERFICIAL Y PROFUNDA.—Puede hacerse una división de las adenitis según se trate de la de los ganglios, que podríamos llamar exteriores, cuyas enfermedades deben ser estudiadas en Cirugía, por ser susceptibles de tratamiento quirúrgico, ó de la adenitis de los ganglios profundos, interiores ó glandulares, cuya inflamación está ligada á enfermedades de las vísceras ó de los huesos, cuyo estudio corresponde á la Patología médica.

Aparte este deslinde, es esencial, desde el punto de vista clínico, hacer constar que las adenitis *quirúrgicas* pueden ser *sub-cutáneas* ó *sub-aponeuróticas*, ya que hay ganglios situados á estas distintas profundidades. Unas y otras presentan la misma estructura; pero ofrecen diferencias respecto de las relaciones con los órganos vecinos, las cuales importa mucho conocer en clínica.

Cuando se inflaman los ganglios sub cutáneos, en virtud de su proximidad á la piel, determinan en esta una reacción inflamatoria, aunque casi nunca provocan reacciones generales tan acentuadas como en los ganglios profundos. En cambio, cuando se inflaman los ganglios sub-aponeuróticos, suelen hacerse punto de partida de una inflamación que se propaga á las partes vecinas, sin reaccionar sensiblemente en la piel. Como los ganglios profundos contraen relaciones de vecindad, á veces muy estrechas, con órganos importantes, tales como vasos, membranas, etc., su inflamación constituye un gran peligro. Ejemplo de los peligros de esta proximidad son las inflamaciones de los ganglios inguinales respecto del periotoneo, de los axilares respecto de la pleura y de los cervicales respecto de los vasos del cuello, algunos de los cuales podrían resultar ulcerados.