

Si, pues, hay á veces dificultades en el diagnóstico del bubon, no consisten éstas en decidir si se trata de una adenitis ó de otro afecto de la ingle, sino más bien en determinar la naturaleza de la adenitis.

El diagnóstico diferencial entre la *adenitis chancrosa* y la *sifilítica*, que es el más importante, es tambien el más fácil. Pero aun cuando, á título de anticipo, os decia en la Leccion anterior que el bubon chancroso es mono-ganglionar, de ordinario mono-inguinal y solo á veces bis-inguinal, indolente y sin la menor tendencia á la supuracion, no doy por ultimado este punto, que deberé tratarlo con más pormenores y mayores luces cuando me ocuparé de los accidentes primarios de la sífilis.

Descartada la adenitis sifilítica, el diagnóstico del bubon versa todo entre el simpático, ó simple, y el sintomático, llamado tambien *chancroso*, *venéreo*, *virulento* ó de *absorcion*.

Distingamos dos momentos en este diagnóstico: primer momento: mientras el bubon está cerrado; segundo momento: cuando el bubon está abierto. La dificultad estriba en distinguir el bubon venéreo del simple, cuando aún está cerrado.

No busqueis distinciones en la causa, pues ambas adenitis pueden originarse del chancro: la simple, por lo que éste tiene de inflamatorio; la chancrosa, por lo que hay en él de virulento, ó específico. En cambio, fijaos en la marcha, y vereis que en el bubon chancroso predomina la agudez: los síntomas inflamatorios se acentúan mucho más rápidamente que en la adenitis simple. Supuracion en próxima perspectiva y bubon virulento, son términos que mutuamente se suponen en el campo de la clínica; en la adenitis simple la supuracion dista mucho de ser un hecho necesario, puesto que en muchos casos, bien por su propia espontaneidad, bien por



los auxilios del arte, el bubon simpático desaparece por gradual resolucion. Ni linfítis ni adenitis virulentas vereis en los primeros dias del chancro: se requiere más tiempo para que se labren en los linfáticos vías para la penetracion del virus y para que el contacto de éste con los mismos vasos y el parénquima del ganglio determine el contagio y la impresion metabólica, que le ha de convertir en material chancroso; en cambio, la adenitis vulgar, pura expresion del elemento inflamatorio de la úlcera, aparece con mayor frecuencia antes que despues de la segunda semana de existir el chancro.

Difieren tambien ambos bubones en el modo de supurar: el chancroso lo hace del centro á la periferia; razon por la cual cuando comienza á notarse el reblandecimiento, este es ya general, es decir, comprende toda la glándula. Al contrario, en el bubon simple, la supuracion se inicia en la superficie, y así resulta que la fluctuacion se percibe solo en la parte más central y culminante del tumor, continuando en lo demás duro y pastoso.

Es además notable que, así como el bubon chancroso termina constantemente abriéndose y convirtiéndose en llaga chancrosa, es tal la aptitud que el bubon simpático tiene para la resolucion, que, supurado y todo, puede el pus reabsorberse y desaparecer el tumor sin ulteriores consecuencias.

La misma totalidad de la supuracion en el bubon chancroso, da lugar á que cuando se abre de un modo espontáneo, lo haga ampliamente por ancho boquete y á que sea cada dia mayor la abertura, pues, á causa de la continúa infeccion de los tejidos por el virus, todo el afecto se vá rápidamente convirtiendo en *chancro ganglionar*. En la adenitis simple la abertura es pequeña y corresponde solo al punto más cul-



minante del tumor. Léjos de tender á ampliarse, este orificio propende á la oclusion, porque el pus que por él pasa, además de que no es contagioso, no tarda en agotarse.

Creo, señores, que este estudio comparativo de la marcha de los dos bubones quedará grabado en vuestra memoria, sirviéndoos en lo sucesivo de guía que os preservará, hasta donde sea posible, de confundir estas dos especies de adenitis.

Del *pronóstico* del bubon venereo podríamos decir lo mismo que del pronóstico del chancre que le da origen: afeccion en sí misma destituida de gravedad, que tiene una marcha conocida y que, en un plazo no muy largo termina por la curacion, sin más reliquias que una cicatriz más ó ménos aparente, que por lo comun queda disimulada por los pliegues de la ingle. Mas, en el bubon, como en el chancre virulento, lo de temer son las complicaciones y entre éstas particularmente el fagedenismo, que tan vastas superficies destruye, que disecca los tegumentos, que pone de manifiesto los ganglios, que á veces descubre las masas musculares de la ingle, abdómen y muslo, que no respeta las venas y que aún, en ciertos casos, corroe las arterias, determinando hemorragias, que, si no son incoercibles, contribuyen á agravar el decaimiento causado por profusas supuraciones. Ciertamente que por lo comun la medicacion ectrótica, empleada á tiempo, ataja los pasos del fagedenismo; ¿pero no vimos en nuestros enfermos como esta terrible complicacion hacia burla hasta del cauterio actual? ¿qué hubiera sido de estos desgraciados si una medicacion puramente empírica no hubiese manifestado en tan vastos chancros sus casi maravillosas virtudes?

Entended que el fagedenismo reviste con frecuencia esta desesperante tenacidad, y aún debeis estar prevenidos con-



tra sus recrudescencias, que se ven más á menudo en los chancros ganglionares que en los genitales primitivos.

Aun sin ser asiento de graves complicaciones, el bubon chancroso constituye una afeccion á veces larga y proverbialmente molesta. El lenguaje vulgar ha consagrado un significado metafórico á la voz *incordio*—equivalente á bubon virulento—expresando con ella todo lo que causa incomodidad por largo tiempo. Pero la duracion, y por consiguiente, las incomodidades que habrá de causar un bubon, dependen principalmente de la época en que seremos llamados á intervenir. Si le vemos desde el principio y en ocasion en que esté solo iniciada la supuracion, podremos estar seguros de evitar el chancro ganglionar, ó que éste será muy pequeño; mas si el bubon está plenamente supurado, formando una bolsa oblonga y flácida, repleta de humor, es seguro un chancro vasto, profundo, excavado y probablemente sinuoso, cuya curacion se hará esperar mucho, y aun, en tal caso, habrá que recelar otra secuela, en que me ocuparé próximamente: el *coxartrocace venéreo*.

Comparado con el bubon sintomático, el simpático merece indudablemente un pronóstico mucho más leve. En éste no es de temer el fagedenismo y son en él muy raras la gangrena y la erisipela flemonosa. Además, el bubon simple no deja úlcera, supura pocos dias y se cura pronto. Mas, si se tiene en cuenta que la adenitis simple es comun en sujetos de temperamento linfático y que ella propende, mucho más que la adenitis chancrosa, á convertirse en bubon fungoso, resultará, que por este lado quedará, hasta cierto punto, compensada la lenidad que por otros conceptos debemos atribuir al bubon simple en relacion con el chancroso.

Sea simple ó virulento un bubon, su importancia clínica dependerá en gran parte del estado general del enfermo. En



sujetos linfáticos, débiles y mal alimentados, las adenitis supuran largo tiempo y resisten mucho á las medicaciones.

La *terapéutica* del bubon venéreo debe principalmente proponerse cumplir la indicacion de evacuar pronto y asiduamente el humor virulento, que desde luego se elabora en el seno del ganglio, á fin de apartar, hasta donde sea posible, de los tejidos aún sanos un agente que les contagiaria la aptitud para transformarse en úlcera venérea. Pero toda la dificultad versa en el diagnóstico. Si de un chancro venéreo no pudiese resultar más que una adenitis venérea, no cabria vacilar: deberian dilatarse todos los bubones en época precoz; mas como un chancro puede, segun hemos repetido hasta la saciedad, engendrar una adenitis simple, y ésta y el bubon virulento, tienen, en un principio, tanto parecido sintomatológico, sabiendo, como por otra parte sabemos, que el bubon simpático es susceptible de resolverse en corto número de días, ¿adoptaremos por norma la abertura precoz de todo bubon inguinal? ¿No nos tomaremos siquiera dos ó tres dias en espectacion del resultado que podrian darnos las embrocaciones iódicas, repetidas cada doce horas, ó un vejigatorio, preparando la resolucion del infarto, caso de que la adenitis no fuese chancrosa?

A esta práctica me veis atemperarme en la Clínica, lo cual os explicará el uso bastante frecuente que hacemos de las embrocaciones con tintura de iodo y del vejigatorio volante en los bubones iniciales. Veis, no obstante, que cuando en poco tiempo ha adquirido el ganglio considerable volúmen, alcanzando, por ejemplo, en dos dias el tamaño de una almendra y principalmente si se descubre indicio de fluctuacion, abandonando toda esperanza de resolverlo, procedo á dilatarle con el bisturí.

Un bisturí de hoja larga y estrecha es el instrumento de



que me sirvo para estas dilataciones. Tomo el bubon con el pulgar é indice de la mano izquierda; le sujeto de modo que, aun cuando el enfermo se mueva algun tanto, la glándula permanezca fija en el momento de funcionar el instrumento, y en tal estado, lo introduzco hasta llegar al seno mismo del ganglio, esto es, hasta que experimento la sensacion de una coleccion de líquido. Retiro entorces el bisturí, sin agrandar la incision, es decir, en sentido opuesto al que he seguido para introducirlo. Hecho esto, viene la expresion del tumor, acto por demás doloroso, porque el pus, que á veces es albuminoso y se halla infiltrado entre las mallas del ganglio, debe salir por abertura angosta y es necesario hacer de modo que no quede de él ni una gota. Cuando el bubon se halla en su completa madurez, la expresion es fácil y poco dolorosa, aun cuando sea pequeña la incision, á causa de que el pus, que se halla acumulado en una cavidad, no espera sino una abertura para salir.

Evacuado el bubon, conviene cauterizar la cavidad, y al efecto, inyectamos una disolucion bastante fuerte de nitrato de plata. Despues introduzco un lechinito embebido en vino aromático, y cubro la parte con fomentos de este líquido.

En las curas sucesivas, que deben efectuarse por lo ménos dos veces al dia, es necesario cuidar con el mayor esmero de exprimir completamente el bubon, lavando, á mayor abundamiento, su cavidad, si la torma, ó la úlcera, si hay chancro ganglionar, con vino aromático fenicado.

Si no sobreviene ningun contratiempo que venga á complicar ó entorpecer la marcha del afecto, no son necesarias otras cauterizaciones; de lo contrario, se echa mano de la inyeccion de nitrato de plata ó bien se introduce el cilindro, de modo que contacte detenidamente con todos los ámbitos del absceso.



Cuando no hay necesidad de cauterizar, se hacen las curas de iodoformo, el cual se aplica inyectando la disolucion alcohólico-etérea en la cavidad del bubon, una vez ésta ha sido detergida por medio del vino aromático fenicado.

Entre tanto, para que este tratamiento sea eficaz y dé resultados rápidos, es indispensable que el enfermo guarde cama y que se someta á un régimen dietético moderado y conforme á las indicaciones del estado general.

Nada más variable que la duracion del bubon venéreo, cuando ha llegado á transformarse en chanero ganglionar, máxime si hay trayectos sinuosos ó despegamientos cutáneos más ó ménos vastos. Las medicaciones más heróicas se muestran ineficaces contra tan tenaces estacionamientos, y frecuentemente se hace preciso proceder á la seccion de los puentes fistulosos y á la excision de las excedencias cutáneas.

Mas esta práctica tiene un inconveniente: una incision cruenta en los tejidos contiguos ó la superficie chancrosa, es ocasion segura de reinoculacion de los bordes, no bastando en la mayoría de los casos la inmediata cauterizacion de dichos bordes para preservarlos del contagio. De ahí que en nuestra Clínica, en estas circunstancias, nos sirvamos de la ligadura elástica, que, como sabeis, se practica por medio de un tubo de goma elástica, de calibre proporcionado al grosor de los tejidos que deben ser seccionados y comprendiéndoles en una asa, mediante una fuerte astriccion, que se reitera al siguiente dia. A los dos dias, se presenta ya mortificado el puente cutáneo, y un tijeretazo, que no causa dolor ni sangre, deja terminada la operacion. Transcurridos cuatro ó cinco dias, se nota que las escaras resultantes de la seccion elástica, se desprenden dejando una superficie perfectamente sana y en vías de cicatrizacion. Segun mis obser-



vaciones, los senos dilatados por la ligadura elástica cicatrizan más rápidamente que los que lo han sido con el bisturí; ventaja no despreciable, que debe figurar al lado de la preservacion de reinoculaciones virulentas y de hemorragias, que á veces incomodan bastante despues de la seccion ordinaria.

Las indicaciones curativas que sugieren las complicaciones del bubon venéreo, no difieren de las que hay que cumplir respecto de las complicaciones del chancre primitivo. La gangrena y la erisipela flemonosa se combatirán con los mismos medios que se emplean en estas afecciones cuando son de causa comun. El fagedenismo es la complicacion que más compromete y que reclama medicaciones más heróicas. Lo importante aquí es atajar el mal desde sus primeros indicios. En tal ocasion, suelen bastar las cauterizaciones con algunas de las pastas y en especial la sulfo-carbónica. Tiene ésta, sobre la de Cankoin, la ventaja de ser más fluida, por lo cual se insinúa mejor que aquélla entre las anfractuosidades del chancre ganglionar. Causa, en cambio, vivo dolor; pero este se mitiga al poco tiempo.

Si se llega más tarde, esto es, cuando el fagedenismo ha hecho ya considerables progresos, suele ser insuficiente la cauterizacion potencial y hay que apelar al termo-cauterio. Es preciso emplear este instrumento al blanco, puesto que aquí no nos proponemos cohibir una hemorragia sino destruir un tejido morboso, y deberá insistirse especialmente en la cauterizacion en los bordes del chancre.

En la Clínica, despues de cauterizado un chancre fagedénico, le lavamos y fomentamos con cocimiento de quina y alcohol alcanforado, y luego le cubrimos con una buena capa de carbon vegetal, quina y alcanfor, dejando, á guisa de apósito, unas compresas empapadas en el mentado cocimien-



to de quina alcanforado. Esta cura debe renovarse cuatro ó cinco veces al día, no perdiendo de vista la marcha de la úlcera, para aplicar nuevamente el cauterio, si no se detiene el fagedenismo.

Este es el tratamiento que, según mi experiencia, da mejores resultados, lo cual no es decir que sea siempre eficaz.

Es tal á veces lo que podríamos llamar la *ira* del fagedenismo, que salta todas las vallas, incluso las que al parecer debieran oponerle las escaras del termo-cauterio, y en breve tiempo progresa hasta los vasos de la región: en tales casos, el mejor agente curativo, según mis ensayos clínicos, es el *específico de Pollini*.

Este fármaco, de composición desconocida, á pesar de los conatos de análisis que se han hecho, tiene en la práctica el inconveniente de su elevado precio: entre nosotros se expende á 34 y 40 reales bote, y se necesitan frecuentemente dos ó tres docenas de estos. Por esto su empleo es excepcional en nuestras enfermerías. Así y todo, cada vez que lo he usado, me ha causado un disgusto con la Administración del hospital de Santa Cruz, y esto que el medicamento ha sido regalado, pagado por la Facultad, ú ofrecido por la filantropía de mis alumnos. ¡Bien hayan esos sinsabores, ya que se ha salvado la vida de dos hombres!

El *fármaco Pollini* se presenta en polvo ceniciento oscuro, de olor aromático, y de sabor bastante ingrato. Se emplea como tópico y se administra al interior. Al efecto, divido cada bote en dos porciones iguales: una para expolvorear la úlcera y otra para ser ingerida. Cada porción se reparte en tres, para hacer otras tantas curas y administrar igual número de dosis cada día. No es indispensable, como se hizo en el enfermo cuya historia clínica



viene expuesta en la Lección anterior, darlo en píldoras; se toma suspendido en medio ó un vaso de agua caliente. Los efectos saludables no se hacen esperar: al segundo día, la llaga mejora de aspecto, detiene sus progresos y disminuye la supuración, al paso que se levantan las fuerzas del enfermo. Así continuando, en quince días ó tres semanas, el chancro suele estar cicatrizado.

El *fármaco Pollini* goza de reputación de soberano agente anti-sifilítico: yo mismo, en varios casos de mi visita particular, he tenido ocasión de comprobar esta propiedad. ¿Cómo, siendo dos entidades distintas el proceso venéreo y el proceso de la sífilis, se curan por un mismo agente? Ignorando, como ignoramos, los componentes del fármaco, es de todo punto imposible resolver esta cuestión. Lo que importa son los hechos, y así, al ocuparme de la medicación anti-sifilítica, os expondré las especiales indicaciones que, según mi experiencia, puede cumplir el específico italiano.

No hay cosa más engorrosa para una clínica de enfermedades venéreas, que el bubón fungoso, pues en su tratamiento, que—tratándose de un afecto escrofuloso, debiera ser principalmente higiénico—se entabla lucha entre las aspiraciones del médico y las condiciones atmosféricas y tróficas del hospital. De todos modos nosotros tratamos de cumplir nuestro cometido mediante la aplicación de vejigatorios volantes, que tienen por objeto solicitar la resolución del bubón, cuando aún no ha supurado; con embrocaciones iódicas, de las cuales solicitamos efectos resolutivos y fundentes y con el uso interno de las píldoras de proto-ioduro de hierro, con el propósito de tónizar y restaurar el organismo. Con estos medios, solemos, á la larga, lograr la curación de la adenitis estrumosa, en la que, más que en ninguna otra, es frecuente el tener que desbridar senos más ó



ménos complicados y tortuosos. No me he visto nunca en la necesidad de hacer la avulsion del ganglio estrumoso, ni su cauterizacion con potasa; pero son prácticas que han sido recomendadas y á las cuales me atemperaria el dia en que perdiese la esperanza de triunfar con remedios más suaves.



## LECCION XXVII

---

### Secuelas del chancro simple ó venéreo

#### B—Coxartrocace ó Coxalgia venérea

##### *Proposiciones:*

1.<sup>a</sup> La coxalgia es una complicacion bastante frecuente en el curso del bubon vénereo; por lo cual, y no porque la flegmasia articular la dé carácter virulento, merece el nombre de *coxalgia venérea*.

2.<sup>a</sup> La adenitis virulenta subsecuente al chancro venéreo, puede dar lugar á flegmasias supuratorias ó exudativas de las partes de la ingle y otras circunvecinas, incluso las de la articulacion coxo-femoral, cuyos productos no tienen la menor especialidad ni carácter contagioso.

3.<sup>a</sup> Esta propagacion de la flegmasia, que constituye la adenitis virulenta, á la articulacion coxo-femoral, se verifica *probablemente* por el intermedio de los vasos linfáticos.

4.<sup>a</sup> La coxalgia venérea solo ha sido observada en hombres jóvenes afectados de adenitis inguinal supurada, con largos trayectos sinuosos: esto no es negar que pueda presentarse en el sexo femenino y en otras edades.

5.<sup>a</sup> Los síntomas locales de la coxalgia vénerea difieren apenas de los del coxartrocace ordinario, mereciendo especial atencion para el diagnóstico, las modificaciones que se observan en la direccion, altura y profundidad del surco *glúteo-femoral*.

6.<sup>a</sup> Desde el punto de vista del pronóstico, la coxalgia es una de las complicaciones más graves del bubon venéreo; pues aun cuando en mi práctica no haya ocurrido defuncion alguna, los síntomas de emaciacion, fiebre consecutiva y demás de índole semejante, autorizan á creer que, si no se interviene oportunamente y con actividad, y, más aun, si se echa mano de medicaciones debilitantes y en especial de los mercuriales, puede subseguir á la coxalgia, la tuberculosis y la muerte.

7.<sup>a</sup> El tratamiento de esta complicacion debe ser preventivo y curativo. En cuanto al primero, se reduce en no empeñarse infructuosamente en obtener



la resolución del bubon virulento con medios antiflogísticos y alterantes: dilatarlo tempranamente por una incision angosta; exprimir perfectamente el humor contenido en el absceso ganglionar; mantener detergida la cavidad de éste, y evitar á todo trance la aplicacion de tópicos grasos, emolientes y mercuriales sobre la úlcera que tal vez resulte de la dilatacion del absceso.

8.<sup>a</sup> El tratamiento curativo tiene por objeto primero, modificar la flegmasia articular, á beneficio de una fuerte revulsion cutánea, establecida por la tintura de iodo, el vejigatorio ó el cauterio actual ó potencial; segundo, sostener las fuerzas del enfermo por una medicacion analéptica y reconstituyente: y tercero, procurar el descanso, y aun la inmovilidad absoluta de la articulacion afecta.

SEÑORES: Desde el curso clínico de 1875 á 1876 llamó mi atencion el hecho de que en sujetos afectados de adenitis inguinales de índole chancrosa, complicada y de grandes trayectos sinuosos de supuracion inagotable, sobrevenga, en la articulacion coxo-femoral, un afecto morboso, cuya sintomatología y curso en nada difieren del *coxartroace* ordinario. El primer caso que observé—cuya historia clínica, recogida por el entonces alumno de clínica quirúrgica D. Juan Yoloneh se halla consignada en el tomo XI de *La Independencia Médica*, número 14, correspondiente al dia 11 de Febrero de 1876, página 162—me pareció una mera coincidencia; mas, como posteriormente haya visto otros muchos casos idénticos, he debido atribuir relaciones de causalidad entre la adenitis inguinal y la coxalgia. De ahí que haya dado á la afeccion el nombre de *coxartroace ó coxalgia venérea*. Tengo entendido que más recientemente, en el Extranjero, se han publicado algunas observaciones en el mismo sentido, aun cuando omitiendo toda mencion de mis estudios. En consecuencia, y con el fin de revindicar un derecho de prioridad, que siendo para mí, seria para mi patria, habeis de permitirme que la Lccion de hoy, en vez de ser oral, la emplee en la lectura del artículo que publiqué en el número correspondiente al 21 de Junio de 1877 de *La Independencia Médica*, página 331, del tomo VIII.



Una complicacion no descrita en el curso del bubon venéreo, es la artritis exudativa de la cápsula coxo-femoral, á la que me creo autorizado á dar el nombre de *coxalgia venérea*, pues presenta un conjunto de síntomas especiales y se observa en condiciones tan particulares que, en mi concepto, constituyen motivos bastantes para formar una individualidad clínica. En el hospital de Santa Cruz he tenido frecuentes ocasiones de notar esta complicacion gravísima, que llega á dominar por completo los fenómenos morbosos que la precedieron. Así, aprovecho esta ocasion para describir someramente este efecto quirúrgico y emitir mi juicio sobre su patogenia y naturaleza, á fin de que otros prácticos puedan, en lo sucesivo, confirmar mis estudios ó reformar mis ideas.

La adenitis inguinal concomitante ó subsecuente al chancro virulento—*adenitis venérea*,—no siempre es de índole virulenta; pueden ocurrir tres casos: ó que el bubon sea virulento, ó que la adenitis ganglionar sea simple, ó, en fin, que en un individuo se observe un bubon simple y otro virulento.

Esto equivale á decir que la llaga venérea—no el chancro sifilítico—de los genitales, puede retumbar sobre los ganglios de la ingle, ya sea proveyendo de humor chancroso á los vasos linfáticos eferentes, ó bien excitando á aquellos á la inflamacion flemonosa, por el simple transporte de elementos flogógenos que nada tienen de específicos. Existe, pues, una adenitis *inguinal simple*, otra *específica* y otra que merece el nombre de *mixta*. Las dos primeras pueden ser *mono* ó *bis* inguinales; la última, atendiendo el carácter mono-ganglionar de los bubones, no sifilíticos, debe ser forzosamente bis-inguinal, encontrándose el bubon simple en una ingle y en la otra el virulento.

Repetidos ensayos de auto-inoculacion, infructuosos con



el pus de los bubones simples y seguidos de éxito con el humor de los reputados chancrosos, me permiten afirmar sin vacilacion los principios que dejo sentados.

Ocurre tambien—y la explicacion del hecho no es difícil—que, en varios casos de bubon virulento, supuran aisladamente uno de los ganglios inguinales, y el tejido areolar que le circunda, y en tales circunstancias, pueden acontecer dos cosas: ó que la adenitis supurada sea de carácter virulento, manteniéndose simple, y por lo tanto, no inoculable, la supuracion resultante de la peri-adenitis, ó que, confundiéndose en una masa comun ambas supuraciones—la del ganglio y la del tejido areolar—al abrirse un absceso, resulte un chanero ganglionar tan extenso como la excavacion formada por el absceso.

Resulta, pues, que, dada una adenitis virulenta, con su irremisible tendencia á la supuracion específica, puede acontecer que se propague la flegmasia, que puede carecer de toda especificidad ó revestir los caracteres propios del proceso del chanero venéreo, esto es, abriéndose y dando lugar á una úlcera chancrosa auto-inoculable.

Cuando la inflamacion supuratoria simple de que aquí se trata, invade el tejido areolar de los espacios inter-órganicos de la ingle, vemos formarse abscesos secundarios, que acaban por establecer comunicacion con el absceso ganglionar, por medio de trayectos sinuosos, más ó menos profundos, y más ó menos extensos. En tales condiciones, y siempre en sujetos del género masculino que no habian llegado á la virilidad, es cuando he observado la *coxalgia venérea*. No negaré que pueda presentarse en otras condiciones; pero en los ocho casos que constituyen el fundamento de mis estudios, han concurrido los mentados antecedentes.

Al principio de esta complicacion se observa que el sujeto,



molestado desde largo tiempo por una supuración que no se agota por más que se expriman los senos y se practiquen inyecciones deterativas, acusa un dolor más ó ménos vivo en la articulacion coxo-femoral. Este dolor, que en un principio solo se hace sentir cuando ejecuta movimientos y particularmente al andar, no tarda en presentarse espontáneamente, esto es, sin provocación alguna y aun se suele exacerbar en determinadas horas. En tal estado, si el enfermo, á pesar del bubon y de los senos, no se habia visto obligado á abandonar por completo sus ocupaciones, se ve precisado á guardar cama y á adoptar un decúbito que en nada difiere del que presentan los sujetos afectados de coxartrocace ordinario: esto es, sobre el costado opuesto al de la articulacion afecta, los muslos muy aproximados y ambos en semiflexion, las piernas dobladas sobre los muslos y el tronco asimismo encorvado sobre la pélvis.

El exámen de la region afecta permite observar:

1.º Que los trayectos sinuosos que convergen al bubon ulcerado, alcanzan á una profundidad considerable, percibiendo el estilete explorador la induración característica de la inflamación crónica.

2.º Toda la region inguinal y sus alrededores, afectados de tumefacción dura y poco dolorosa á la presión.

3.º En la region trocantérea correspondiente, un cambio de forma, al principio poco perceptible, pero que si dura la afección, se acentúa más y más: el trocánter se hace más prominente hácia fuera, atrás y abajo, de modo que, si se hace acostar boca abajo al paciente, se echa de ver que la nalga enferma es más baja y más abultada hácia el plano externo que la opuesta; esta observación resulta mejor comprobada cuando se tira una línea desde el borde superior del uno al otro trocánter, y más aun si se mide y se compara



la distancia comprendida entre los trocánteres y la respectiva espina ilíaca anterior y superior.

4.º El síntoma más característico de esta afección se descubre examinando el *surco glúteo-femoral*. Este surco, que en el estado fisiológico describe una curva de concavidad inferior y algo externa, bien limitada hácia fuera, y terminada en el centro de una línea que dividiría longitudinalmente el muslo en dos partes iguales, nace, por el plano interno, en la extremidad inferior de la ranura media *inter-glútea*. En conjunto, las dos líneas ó surcos *glúteo-femorales* y el *inter-glúteo* describen una figura lamdoidea (ó de lamda), cuyas ramas son suavemente curvilíneas.

Doy la mayor importancia al conocimiento de estos detalles de configuración del surco *glúteo-crural*, pues, en mi concepto, no hay signo que más positivamente revele las modificaciones de posición que experimenta la cabeza del fémur en la coxalgia, que los cambios que se observan en el mencionado surco. Estas mutaciones consisten en borrarse más ó ménos completamente el surco glúteo-femoral, apareciendo en el lugar de esta depresión profunda, comprendida entre el borde inferior colgante de la nalga y la piel del muslo, un surco superficial ancho, en cuyo fondo se ven pequeñas líneas transversales y paralelas, parecidas á las que se observan en las interlíneas articulares de la cara dorsal de los dedos de la mano, aunque mucho más largas y ménos profundas que éstas. En este caso, si se tira una regla horizontal tangente á la parte más culminante del borde superior de la nalga del lado sano, se echa de ver que el punto homónimo de la nalga sana, cae por debajo de esta línea. He notado que á medida que adelanta el trabajo patológico en la coxalgia, se hace ménos perceptible el surco glúteo-femoral, y que á proporción que la enfermedad se encamina en sentido de la curación, va



reapareciendo y se desvanece el desnivel de los bordes glúteos inferiores.

Si entonces se reconoce al enfermo en la bipedestacion, se nota que la cadera se inclina visiblemente hácia al lado afecto, lo cual da á la totalidad del miembro una elongacion, que no es más que aparente, como lo demuestran las mediciones escrupulosamente tomadas en ambos miembros, para la comparacion, desde el trocánter al respectivo maléolo externo.

Como se vé, los síntomas locales que voy exponiendo como propios de la coxalgia venérea, en nada difieren de los que caracterizan el coxartrocace comun, ó tumor blanco de la articulacion coxo-femoral; solo la circunstancia de aparecer el afecto articular consecutivamente á la abertura del bubon venéreo y de coincidir con la formacion de senos y supuraciones profundas en la ingle, le imprimen caracteres particulares que merecen los honores de una descripcion especial, considerándola como otra de tantas complicaciones que frecuentemente se observan en el bubon virulento.

Tampoco ofrecen diferencias muy marcadas los síntomas de vecindad: en cuatro casos —entre diez— los enfermos aquejaban vivos dolores en la rodilla, sin tumefaccion ni aumento de temperatura en esta region. Sabido es que la artropatía femoro-tibial sintomática, no es constante en el coxartrocace ordinario. No creo del caso exponer aquí la razon de ser de este síntoma, pues esta explicacion pertenece á la historia general de la coxalgia.

5.º A los síntomas locales no tardan en asociarse otros generales, que nada tienen de determinante. No siendo muy intenso el dolor; no viéndose privado el paciente de sueño; siéndole aun permitida la progresion, siquiera sea claudicando algun tanto; no apareciendo muy pronunciada la tu-



mefaccion isquio-trocantérea, y no pasando de ciertos límites la supuracion de los trayectos fistulosos, el pulso marca un ligero aumento de frecuencia, la temperatura se eleva un tanto, se conserva el apetito, y las demás funciones digestivas se verifican de un modo regular; mas, desde el punto en que los fenómenos locales se acentúan—y esto sucede siempre y cuando no se acude tempranamente con una terapéutica adecuada—enciéndese la calentura, ensúciase la lengua, el enfermo se pone inapetente y hay obstinada estipticidad ó profusa diarrea. Continuando así las cosas, sobrevienen sudores cualicuativos, el paciente enflaquece con asombrosa rapidez y no tarda en presentarse una demacracion tan pronunciada como la que se observa en el último periodo del tumor blanco coxo-femoral. Entonces, á causa de la atrofia del muslo, aparece más en relieve la proeminencia de la cadera.

Yo no lo he visto—pues en todos los casos he podido triunfar con la medicacion que he empleado—pero ¿quién duda que, en estas circunstancias, puede el enfermo ser arrebatado por la tuberculosis pulmonal? ¿No es asimismo de suponer que, marchando en progreso la artritis coxal, vendria á presentarse la supuracion de la articulacion, seguida de la abertura del absceso, que tanto agrava la situacion del paciente?

Reflexionando sobre la *patogenia* de esta afeccion, he creido que debia inspirarme ante todo en las disposiciones anatómicas de los vasos y ganglios linfáticos de la ingle. Nadie discute hoy dia el transporte de los elementos específicos del virus chancroso desde la llaga de los genitales á los ganglios de la ingle, determinando en estos un proceso patológico de todo punto idéntico al de la úlcera venérea, y dando, como ésta, un humor inoculable y susceptible de provocar



nuevos chancros, tanto en el individuo afecto como en otros; pero se cree generalmente que, á no mediar nuevas inoculaciones, los alcances del virus absorbido en la llaga, no pasan de uno de los ganglios inguinales; por esto la llaga virulenta no va seguida de fenómenos de infección general; todo esto es cierto tratándose del transporte de los elementos específicos ó contagiosos; pero ¿deja de serlo respecto de la propagación del trabajo flogístico con tendencia supuratoria, de carácter simple, á las partes vecinas de la ingle y enlazadas con los ganglios de esta por comunicaciones linfáticas? Yo mismo he visto, á consecuencia de un bubon virulento, la adenitis ilíaca terminada por supuración, que dió lugar á grande absceso en la fosa ilíaca interna, para cuya dilatación fué preciso incidir la pared abdominal.

Los profundos senos que muchas veces, en el curso del bubon virulento abscedado, aparecen en la ingle, dirigiéndose, ya hácia la eminencia ileo-pectínea, ya hácia el agujero subpúbico y contornos de la articulación coxo-femoral, expresan el hecho de la propagación de la flegmasia inguinal á partes vecinas por el intermedio de los vasos linfáticos. ¿Por qué dudar de que estos son precisamente las vías por donde los elementos flogógenos del bubon inguinal son transportados á la articulación coxo-femoral para determinar una flegmasia cuya sintomatología es tan análoga á la del coxartrocace?

Yo opino: 1.º, que el ganglio inguinal que recibe los vasos linfáticos, cuyo origen está en la region en donde aparece el chancre, sufre la impresión patológica específica del virus chancroso, supurando y produciendo humor virulento y contagioso; 2.º, que este humor, susceptible de determinar un chancre en las partes con que se pone en contacto, no es transportado más allá de los ganglios de la primera serie y, por consiguiente, no da lugar á bubones virulentos de se-



gundo órden; 3.º, que, en cambio, la flegmasia pura y sin carácter de especificidad, puede propagarse por las vías linfáticas á los ganglios de otras séries próximas, determinando flemones y abscesos fistulosos, y 4.º, que por igual procedimiento, y siempre por el intermedio de los vasos linfáticos, tiene lugar la propagacion del proceso flogístico á la articulacion coxo-femoral, quedando establecida la coxalgia, que merece el nombre de *venérea*, no por ser de índole específica, sino porque aparece como complicacion en el curso del bubon venéreo.

Como no he tenido ocasion de hacer autopsias—pues todos los enfermos en quienes he visto esta complicacion se han curado—nada puedo decir respecto de las lesiones anatómicas de la articulacion y partes vecinas en la coxalgia venérea; pero, dada la rapidez con que aparecen los síntomas locales, la agudez de su desarrollo y la pronta cesacion de los mismos, cuando se interviene oportunamente con una medicacion activa, tengo motivos para presumir que la artritis coxo-femoral no es de carácter fungoso, sino puramente hiperémica y con tendencia exudativa y supurativa.

Todo esto me induce á formular el pronóstico en los siguientes términos:

1.º Considerada en sí misma, la coxalgia venérea constituye una complicacion de las más graves en el curso del bubon venéreo supurado.

2.º Comparada esta artritis con el coxartrocace ordinario, es mucho ménos grave que éste, si se llega á tiempo con una medicacion oportuna.

3.º Abandonada á sí misma, esta enfermedad se agrava rápidamente y aun probablemente causaria la muerte; pues ya he dicho que se declara la fiebre consuntiva y aparecen graves desórdenes digestivos.



4.º Las medicaciones debilitantes, la dieta rigurosa, y en especial el tratamiento mercurial, influyen muy desfavorablemente en la marcha de esta afección.

Y 5.º Cuando más desde el principio se aplique á la coxalgia un tratamiento adecuado, tanto más segura y rápida la curación; pudiendo en tal caso confiarse solamente á los medios locales, mientras que, cuando la afección está adelantada, exige un tratamiento interno.

El *tratamiento* del coxartroce venéreo se reduce á cumplir las siguientes indicaciones:

1.ª Evitar grandes movimientos y compresiones en las partes articulares.

2.ª Provocar un trabajo flogístico muy activo en el tegumento, para derivar la inflamación articular.

3.ª Sostener las fuerzas del enfermo ó levantarlas cuando haya decaimiento, y

4.ª Atender á la curación de los abscesos y trayectos sinuosos inguinales que, por lo común, coinciden con la coxalgia.

Hay además un tratamiento profiláctico, que tiene por objeto evitar que el bubón venéreo se complique con la coxalgia. Las reglas aplicables á este último tratamiento son las siguientes:

1.ª No empeñarse en lograr la resolución del bubón venéreo aplicando emolientes, tópicos grasos, pomadas fundentes, ni mucho ménos sanguijuelas, pues sabido es que la adenitis virulenta termina siempre por supuración, cualquiera que sean los medios que se empleen para evitarlo; estos no pueden hacer más que alejar algún tanto la época de la formación del absceso ganglionar.

2.ª Vigilar con atención los progresos de la adenitis, para proceder á dilatar el bubón tan pronto asome el más leve indicio de fluctuación, guardándose mucho, por consiguien-



te, de esperar á que la supuracion comprenda una grande extension del ganglio, y mucho más de aguardar la abertura espontánea del bubon.

3.<sup>a</sup> Dilatar el bubon con un bisturí de hoja muy estrecha y por mera puncion, á fin de que resulte una incision muy pequeña, esto es, suficiente para conducir un lechino de poco volúmen.

4.<sup>a</sup> Exprimir con grande esmero y repetidas veces cada dia el bubon, á fin de que el humor virulento permanezca poco tiempo en contacto con los tejidos del ganglio, evitando de esta suerte que se agrande el absceso y resulte más tarde un extenso chancro ganglionar.

5.<sup>a</sup> Deterger, con inyecciones estimulantes y fenicadas, la cavidad del bubon, y aun, si este presenta carácter chancroso, introducir una solucion muy concentrada de nitrato de plata (agua 15 gramos, nitrato de plata 10 gramos) ó de iodoformo en éter y alcohol (iodoformo, éter y alcohol, de cada cosa 3 gramos.)

6.<sup>a</sup> Curar el bubon sin unguentos, ni tópicos grasos, ni emolientes; los fomentos de vino aromático fenicado, son el tópico más conveniente.

7.<sup>a</sup> Caso de formarse abscesos secundarios y senos, dilatarlos tempranamente y cauterizar fuertemente las superficies cruentas.

8.<sup>a</sup> Evitar la progresion, las compresiones sostenidas sobre las ingles, y sobre todo, la medicacion mercurial.

Cuando se cumplen estos preceptos—lo cual sucede siempre y cuando el enfermo no va á parar á manos de un curandero ó de un médico unicista—no hay que temer la coxalgia ni ninguna de las otras complicaciones del bubon venéreo, que tan frecuentemente observamos en la clínica.

En punto al tratamiento curativo, para cumplir las indi-



caciones que dejen establecidas, conviene atenerse á los siguientes consejos:

El enfermo permanecerá en cama mientras dure la enfermedad; solo á proporcion que la claudicacion se vaya disipando y sea ménos intenso el dolor de la articulacion al ejecutar movimientos, se le tolerará que dé algunos pasos á la vista del profesor. En los casos recientes, he observado las mayores ventajas de los vendajes de silicato de potasa, que inmovilizan completamente las articulacion. Su empleo en esta parte no deja de ofrecer dificultades, pues, debiendo servirnos del vendaje espica, las porciones de asa que pasan por la fosa ilíaca por su dureza y rigidez causan una compresion intempestiva. Para obviar este inconveniente, no hay más medio que empapar en la disolucion de silicato de potasa todas las porciones de venda que van aplicándose á las regiones glútea-trocantérea é inguinal, y dejar en seco las que corresponden á las fosas ilíacas é hipogástricas. Excusado es decir que entre la venda silicatada y los tegumentos debe interponerse una capa de algodón en rama.

Para determinar la revulsion cutánea, que es la parte principal del tratamiento tópico de la coxalgia venérea, tenemos tres medios de diferente intensidad y cuya eleccion debe subordinarse á la intensidad y duracion de la afeccion articular; estos medios son: las embrocaciones iódicas, el vejigatorio y el cauterio actual ó potencial.

Cuando aparecen los primeros síntomas de la coxalgia, esto es, cuando de ésta no hay más indicios que el dolor y la claudicacion poco manifiesta, sin observarse cambio aparente en la configuracion de la nalga, ingle y region trocantérea, se harán embrocaciones iódicas en dichas regiones, las cuales, repetidas dos veces al dia, no es raro hagan abortar la enfermedad en el término de una semana.



Si, transcurrido este plazo, no se nota sensible mejoría, ó si esta es poco perceptible, observándose, al contrario, que se deslindan más y más los cambios de forma de la region que arriba quedan apuntados, es preciso aplicar un extenso vejigatorio, para curarlo despues en sentido de la supuracion. Aquí viene al caso advertir que la reiterada aplicacion de la tintura de iodo, determina una tumefaccion uniforme en la nalga y una sensacion bastante viva de ardor; el cirujano no debe confundir estos fenómenos dependientes de la accion fisiológica de la tintura de iodo, con la tumefaccion desigual y deformante, sintomática del natural incremento de la flegmasia articular, ni con el dolor terebrante y profundo, propio de la artritis que se trata de combatir.

Lograda la vesicacion y sostenida por unos quince dias la exudacion supuratoria del vejigatorio, se observará notable remision de síntomas locales, siendo lo más perceptible la reaparicion del surco *glúteo-femoral* del lado afecto y su progresiva nivelacion con el del lado sano. Entonces puede curarse el exutorio con cerato simple y pronto quedará seco, viniendo otra vez el caso de aplicar las embrocaciones iódicas, para completar la curacion de la coxalgia.

Los cauterios actuales ó potenciales encuentran especial aplicacion en los casos más adelantados y en aquellos en que ni la tintura de iodo ni el vejigatorio han triunfado. Respecto de la eleccion entre la moxa y el cáustico de Viena—únicos que he empleado—adopto el siguiente criterio: si la coxalgia, aun cuando bastante adelantada, no se distingue por la rapidez de su incremento, manteniéndose poco graduada la calentura y los demás síntomas generales, en una palabra, cuando no es muy inminente la supuracion articular, aplico tres ó cuatro botones de pasta de Viena, procu-



rando que correspondan al contorno articular, ó sea rodeando la base del trocánter mayor.

La *moxa*, que no tiene más inconveniente que la impresion moral que causa el fuego á ciertos enfermos, debe preferirse á la pasta de Viena, en los casos antiguos, rebeldes y en que el paciente se halla próximamente amenazado de que se declare una abundante supuracion articular. Las aplico en igual número que los botones de pasta de Viena, y obtengo una rápida dehiscencia de las escaras, y por lo mismo, un trabajo supuratorio tegumentario, que se establece del tercero al cuarto dia. Sabido es que las escaras del cáustico de Viena son secas y lentas en desprenderse, pues á veces, á pesar de que se favorezca la inflamacion eliminadora con tópicos irritantes, tardan más de quince dias en hacerse movedizas, y aun entonces hay necesidad de extraerlas disecando.

Ya se empleen moxas, ya el cáustico de Viena, es conveniente mitigar el dolor de la cauterizacion mediante una corriente de éter, dirigida por el pulverizador, inmediatamente despues que ha cesado de obrar el fuego ó el agente químico. Los fomentos de alcohol ó agua de Colonia, de que algunos se sirven del mismo objeto, son mucho ménos eficaces en este concepto.

Establecido el exutorio, convendrá sostenerlo hasta que haya desaparecido el dolor por los movimientos, y se haya casi del todo disipado el desnivel de los pliegos glúteo-femorales. Llegados á este punto, bastará sustituir los digestivos por el unguento simple y esperar la cicatriz, que nunca suele ser muy deforme.

La tercera indicacion curativa—la de sostener las fuerzas del enfermo—requiere pocos detalles: una buena alimentacion, aceite de hígado de bacalao (solo, ferruginoso ó emul-



sionado con la pancreatina), administrado á altas y progresivas dosis—de 2 á 3 onzas—antes de cada refaccion, constituye el fundamento de la terapéutica. Añádase á esto un ambiente puro, el influjo directo de los rayos solares; en determinados casos, las duchas frias de carácter tónico, etc., y se tendrá cuanto concierne al cumplimiento de esta importante y capital indicacion.

Por último, en lo referente al cuidado de los abscesos y trayectos sinuosos, debo advertir que, una vez establecida la coxalgia, la continuacion de aquellos no ejerce una influencia muy evidente en el curso de la flegmasia articular. Conviene, empero, procurar su rápido agotamiento y cicatrizacion, ya sea cauterizando, con soluciones de nitrato de plata, las superficies supurantes, ya incindiendo y cauterizando desde luego los puentes y fondos de saco en donde se efectúa la supuracion.

Aquí doy término á estas impresiones clínicas, fiel traspunto de mi experiencia particular; esperando que, habiendo llamado la atencion sobre la coxalgia venérea, otros prácticos corroborarán ó modificarán mis oponiones.

---

Hé aquí ahora la observacion redactada por el señor Yoloch.

*Coxalgia en su primer periodo, ó tumor blanco de la articulacion coxo-femoral, combatido con resultados excelentes, por medio de los revulsivos enérgicos.*

El día 4 de Noviembre próximo pasado, entró en nuestra clinica, ocupando la cama número 1 de la Sala de Santa Cruz, Martin N., natural de Monistrol, de 36 años de edad, de oficio panadero, temperamento linfático y constitucion bastante robusta. Hacia unos tres meses que habia salido de la misma Sala con



un chanero inguinal en vias de curacion, y como quiera que fuera del hospital, volviese á ocuparse en las tareas de su oficio, sin cuidar la pequeña úlcera que le quedaba, ésta no concluyó de cicatrizar, de manera que hoy se encuentra en el mismo estado que en el dia en que salió dicho individuo del hospital.

Al entrar en la clínica se quejaba de un dolor bastante intenso en la region trocantérea del lado izquierdo—en cuya ingle del mismo lado habia tenido el chancre—impidiéndole los movimientos. El Dr. Giné hizo colocar en seguida al enfermo en pronacion y con los miembros extendidos, y nos hizo notar: que el pliegue glúteo-crural izquierdo estaba más elevado que el homólogo del lado opuesto; síntoma que ha servido siempre á nuestro catedrático para diagnosticar el coxartroace. Además, para convencernos de que no se trataba de una neuralgia del nervio ciático, comprimimos el punto medio entre la tuberosidad isquiática y la region trocantérea, ó sea el punto por donde pasa dicho nervio, y el enfermo no acusó dolor alguno, y pasando luego á comprimir la region trocantérea, el enfermo nos dijo era el punto donde sentia el dolor. Hubiera podido confundirse con una luxacion congénita, pero en ésta no se observa dolor alguno por la presion. Tambien hubiera podido confundirse con una afeccion del trocánter mayor, mas en esta, el pliegue glúteo-crural permanece indiferente y luego la elevacion del lado de la pélvis y la formacion de abscesos nos hubieran hecho reconocer la afeccion. En cuanto al reumatismo, es raro se presente en esta edad, y además sigue una marcha diferente, y por otra parte, luego no estaria dislocado el pliegue glúteo-crural y no se presenta casi nunca en una sola articulacion, sino en varias al mismo tiempo. Vistos estos datos nos pareció que lo que teníamos delante podíamos asegurar que era un coxartroace en el principio de su evolucion.

En cuanto al pronóstico, hubiera tenido que ser muy grave, tratándose de una afeccion tan trascendental como el coxartroace; pero repetidos hechos observados en la Clínica por nuestro catedrático, le demuestran la posibilidad de obtener la curacion cuando se trata convenientemente y desde un principio.

¿Cuáles son las causas que podian en este individuo dar lugar al desarrollo del coxartroace? Debemos tener en cuenta que este sujeto habia sufrido una poliadenitis inguinal y como en esta los ganglios inguinales, junto con el tejido conjuntivo de la cápsula que les rodea se encuentran infartados, sucede que los vasos linfáticos procedentes de la articulacion coxo-femoral que abocan á los ganglios inguinales, sufren un entorpecimiento en su curso y por lo tanto resulta de ello una lesion articular, pues el conjunto de partes que forman la articulacion, no puede desembarazarse de los elementos que deberian ser absorbidos por los vasos linfáticos. Ya Aselli, en 1622, descubrió que gran parte de la



absorcion se verificaba por los vasos linfáticos, y así como todos los tejidos de la economía son susceptibles de chupar las sustancias fluidas que con ellos se ponen en contacto, así tambien todos ellos son aptos para trasladar al interior de los vasos que constituyan su trama los productos ya inservibles, que en caso de quedar estancados en el interior de ellos, dan lugar, cualquiera que sea el punto donde la rémora acaezca, á fenómenos graves. Tambien debemos tener presente el oficio de dicho individuo, pues, siendo panadero, pasaba de temperaturas altas á otras bajas, y esto le predisponia á padecer afecciones de índole catarral, y la coxalgia pertenece á esta clase de afecciones. Además tenemos el temperamento linfático.

Como medio terapéutico para combatir dicha afeccion, se echó mano de los irritantes enérgicos para que obrasen como derivativos, y al siguiente dia de entrar en la visita, se le aplicaron moxas en la region glútea. Al otro dia se vió que no habian producido mucha irritacion, por lo cual se mandó aplicar en ambas superficies, denudadas ya del epidermis por las moxas y que tenian una extension como la de un peso fuerte, la pasta de Viena, que produjo dos escaras bastantes profundas. Al día siguiente de haber aplicado la pasta, nos dijo el enfermo que podia mover la articulacion con más libertad y que, habiendo probado de ponerse en pié y dar algunos pasos, no habia sentido el dolor tan intenso como sentia antes al poner en juego la articulacion; hicimos colocar el enfermo en la misma posicion que el primer dia, esto es, en pronacion y con los miembros inferiores extendidos, y notamos que el pliegue glúteo-crural izquierdo estaba casi al mismo nivel que el homólogo del lado derecho.

Á los diez dias de haber aplicado la pasta de Viena, se desprendió una de las escaras, y al dia siguiente, ayudado por las pinzas y tijeras, se desprendió con mucha facilidad la otra y se ordenó que se curara con el unguento de Arceo, como á estimulante.

El enfermo siguió mejorando, haciéndose más fáciles los movimientos y ganando bastante su estado general, hasta que, pasados algunos dias, nos dijo volvia á sentir un dolor bastante intenso, pero no en la parte que antes lo sentia, sino en la region inguinal y en la rodilla del lado afecto. Se le prescribieron fuertes embrocaciones de tintura de yodo, en todas las superficies de las partes doloridas; gracias á las cuales desapareció completamente el dolor, y al cabo de unos cuantos dias el enfermo tomó el alta, á nuestro parecer, completamente curado.

En esta afeccion que acabo de describir, ha sucedido una cosa digna de llamar la atencion; la mayor parte de autores que la describen, dicen que empieza por un dolor intenso en la articulacion femoro-tibial; dolor que lo explican



unos por la compresion que sufren los ramos del plexo crural—femoro-cutáneo obturador interno y crural—que se distribuyen por el muslo y llegan hasta la rodilla; otros, por la propagacion del dolor á lo largo de los conductillos óseos que se encuentran en el seno de los huesos, esto es, los conductillos de Havers. Sin embargo, estas explicaciones no satisfacen completamente; pues á ser verdad la primera, el dolor producido por la compresion de los nervios debería tambien sentirse en la parte media del muslo, pues en esta parte tambien terminan las raicillas de los nervios citados. En caso de ser debido el dolor á la propagacion de éste por los conductillos óseos, este dolor debería hacerse sentir en el trayecto del hueso largo. Lo que parece verdad es, que como en toda inflamacion hay dilatacion de los vasos por la hiperemia que sufren, en los huesos rigen las mismas leyes; pero debemos tener en cuenta que no todas las partes de los huesos presentan igual resistencia á la dilatacion, pues fácil será comprender que la dilatacion de los vasos en huesos ó partes esponjosas de ellos será mucho más fácil que en los huesos ó partes compactas de los mismos. Haciendo aplicacion de lo dicho, encontramos que en el fémur la cabeza y la region trocantérea son de sustancia esponjosa, que la diáfisis es compacta y que los cóndilos ó partes correspondientes á la rodilla son tambien, como la cabeza, esponjosos; por lo tanto, la inflamacion producida en la articulacion coxo-femoral, tenderá á extenderse hácia el fémur, y no pudiendo sentar sus reales en todo el trayecto de la diáfisis, lo hace en la rodilla. Pero en nuestro enfermo, el dolor en la rodilla no se ha presentado hasta el final de la afeccion, y esto solo nos lo podemos explicar del modo siguiente: como hemos dicho que la causa principal de la afeccion era la poliadenitis inguinal que sufrió dicho enfermo, y como para declararse la afeccion necesitaba bastante tiempo, esta inflamacion se presentó tarde y cuando ya se habian aplicado los remedios oportunos que nos han conducido á su curacion radical.