

$$\begin{array}{r} \cancel{523} \\ \hline \cancel{6} \\ \hline \cancel{17} \end{array}$$

2460

R. 64652 X

- 2711 -



D-815
5
4

Patología Quirúrgica

Resumen de las lecciones explicadas en

Cátedra por. el profesor

Dr. Torres Casanovas



BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0701317111

LIBRERÍA MÉDICA DE
Juan Bta. Aragonés

PROVENZA, 202 Y MUNTANER. 121.

BARCELONA

Patologia Chirurgica

Patologia Chirurgica

di Francesco Martini

Professore di Patologia Chirurgica
nella Università di Pisa

Dr. Ferruccio Bassani



Libreria Editrice
Via...
Pisa

1885



Patología Quirúrgica

Lección 1ª

Criterio adaptado para establecer la división de la P. en Médica y quirúrgica. Patología Quirúrgica es la que estudia las afecciones quirúrgicas ó sea que requieren tratamiento externo. La separación, pues, con la P. Médica es difícil ya que muchas afecciones médicas pueden tener un tratamiento quirúrgico (procesos pulmonares, hemorragia cerebral, epilepsia), y recíprocamente.

Para hacer práctica esta clasificación, hemos de tener en cuenta si el tratamiento empleado preferente y ordinariamente es externo ó interno. Así, las tuberculosis óseas que se curan por la helioterapia, reposo, etc. pero ordinariamente requieren la extirpación, serían estudiadas en la P. Quirúrgica; y en cambio la tuberculosis pulmonar que corrientemente se trata medicamente, aun cuando en ocasiones excepcionales requiera tra-

mento, se estudiará en Pat. Médica.

A pesar de lo artificial que es esta división, es utilísima para el estudio y para la especialización clínica, pues son muy distintos algunos de los procedimientos terapéuticos que emplean.

División de la Patología Quirúrgica.

Comprende una parte en que son estudiados los procesos quirúrgicos en abstracto, o P. Q. General, otra en que se estudian los procesos en los diversos sistemas de la economía, o Sistemática quirúrgica; y la llamada P. Q. Especial en que son estudiados los procesos quirúrgicos localizados en las regiones del organismo. Esta es la más práctica y de mayor utilidad, pues es la más clínica, pero requiere los conocimientos previos proporcionados por las otras dos.

Dentro de la Pat. Quir. General desuel-
lan tres ordenes de procesos: los flegmáticos o inflamatorios, los traumáticos o originados por agentes mecánicos y los neoplásicos que tal vez más adelante sean confundidos con los flegmáticos por depender de causas análogas. Los tres tratados de P. Q. General que estudian estos procesos se denominan respectivamente Flegología, Traumatología y Oncología.

El plan de estudio de la Asignatura está claramente expuesto en el programa de la misma.

Lección 2ª

La División de la P. L. General es-
ta expuesta en la lección anterior.

Flogología: procesos que comprende
Empezamos por el estudio de la inflamación
por ser el proceso más general, pues muchos
fenómenos que acompañan a los traumatismos,
son en cierto modo inflamatorios.

¿Que es la inflamación? es el meca-
nismo por el que la economía se defiende de
la acción de un agente extraño a la misma.

Aunque corrientemente se toman como sinóni-
mos, infección e inflamación, no lo son. De todos
modos un agente infeccioso no es más que un
agente extraño de acción más compleja, pero fun-
damentalmente análoga a la de una astilla
de madera o a la de una bala alojada en el
cuerpo. Pero en cambio, existen microbios, en la
economía, que no producen trastornos.

Para actuar una substancia co-
mo cuerpo extraño, no es indispensable que pro-
ceda del exterior sino que partes del mismo
organismo pueden convertirse en cuerpos extraños
irritantes (nartes mortificadas).

Las inflamaciones producidas por
los microbios, son las infecciones: las otras son las
llamadas asepticas, siendo muchos más frecuentes

las primeras.

Este concepto de la inflamación tiene una gran importancia práctica, pues nos enseña a respetar a menudo este proceso que representa un verdadero medio defensivo. No obstante en ciertos casos, puede alcanzar demasiada intensidad y comprometer la vida de una parte del organismo o la del individuo. Así, la transudación vascular inflamatoria o edema, pueda originar fenómenos de compresión que dificultan el riego sanguíneo y por este mecanismo llegar a modificar la parte, si se acude a remediarlo. Análogamente la fiebre que indica la reacción del organismo enfermo, puede ser tan elevada que comprometa la integridad química que los tejidos (alteraciones de las albuminoides) y ponga la vida en peligro.

Los fenómenos histológicos de la inflamación, no se presentan con igual intensidad en todos los tejidos, ni con todos los agentes. Así, en algunas inflamaciones predomina el dolor en otras el edema, la transudación de hemáticos, los fenómenos generales, etc, dando una apariencia clínica distinta al proceso.

En toda inflamación existen siempre fenómenos reaccionales generales de intensidad variable, pero que nunca faltan, aunque no lleguen a poder ser perceptibles por el exámen clínico (reacciones humorales), en algunos casos al paso que en otros, son ellos, los que llaman la

atención y son en cambio insignificantes los trastornos locales. Esta variabilidad depende de la naturaleza del agente. Una red aséptica abundante en los tejidos, determina una inflamación local, pero si está infectada, producirá fenómenos generales. Estos indican casi siempre una mayor intensidad o una generalización del agente irritante.

Diagnóstico. La diferenciación de un proceso flegmático y otro tumoral, es muy frecuente en clínica, debiendo recurrir para ello a los caracteres que presenta cada lesión.

El pronóstico de la inflamación en sí, es favorable, pues se trata de un proceso defensivo. No obstante, puede llegar a ser muy grave, debido a circunstancias especiales.

Trat. Llámense agentes antiflogísticos o los que tienden a disminuir los fenómenos de la inflamación: son muy abundantes.

Una buena terapéutica antiflogística debe, ante todo, tender a suprimir la causa productora, siempre que sea posible (indicación causal). Así en las inflamaciones producidas por la presencia de un hueso necrosado, se extraería éste; los cuerpos extraños no tolerados (astillas de madera, proyectiles, también se extraerán etc). En cambio, en los procesos infecciosos, la supresión del agente casual es ordinariamente imposible, por lo cual debemos evitar sobremanera la penetración de los agentes infecciosos

en el organismo (profilaxia) y a esta profilaxia conseguida por la asepsia en las intervenciones es a lo que debe sus éxitos la operación actual. En cuanto a las substancias antisépticas o microbicidas, que durante algún tiempo han sido utilizadas para destruir los microbios, se emplean mucho menos en la actualidad, pues sabemos que las células vivas, que constituyen nuestros tejidos, son lesionadas a menudo más fácilmente por ellas, que no por los microbios que se pretendía destruir.

Debido a la ineficacia del tratamiento causal, se ha recurrido al tratamiento sintomático antiflogístico. El frio y el calor, disminuyen la vasodilatación inflamatoria y secundariamente la congestión y la diapedesis. La posición declive de la parte inflamada, de manera que se favorezca la circulación de retorno, produce iguales efectos. La compresión dificulta también la extravasación y favorece, en cambio la reabsorción del exudado. Y finalmente el reposo es imprescindible en todo tejido inflamado, pues el funcionamiento ocasiona hiperactividad circulatoria, y esta agrava los fenómenos flegmáticos. La importancia de este último factor terapéutico es tal, que él, por sí solo, constituye casi todo el tratamiento que empleamos en las formas ligeras de artritis tuberculosas.

Estos medios, al disminuir la trasu-

dación inflamatoria, disminuyen también la compresión que experimentan los filetes nerviosos de la parte, y que son la causa del dolor que experimenta el enfermo, contribuyendo de esta manera a la sedación de este. El desbridamiento de la zona flegmariada, es por igual motivo el mejor de los sedantes. Si existe pues coleccionado, este desbridamiento evitará la destrucción de tejidos que isto ejerce, debido a su acción digestiva.

Como tratamiento energético y radical, es de aconsejar, en algunos casos, la supresión del órgano enfermo. Esta mutilación no es tan grande como parece, porque en los casos que recurrimos a ella, el órgano extirpado suele estar tan alterado que funcionalmente es inútil: tal acontece en las antiguas supuraciones renales.

Los progresos de la cirugía, resultan evidentes al fijarnos en lo mucho que ha disminuido la frecuencia con que hemos de recurrir a estos tratamientos radicales. Antes, las fracturas abiertas de los miembros, requerían casi constantemente la amputación, mientras que ahora les salvamos en su mayoría.

Lección 3ª

Infección; sus fases. Es la defensa que suscitan en nuestro organismo, los microbios patógenos. Solo la estudiaremos bajo el punto de vista clínico.

Hay que distinguir dos fases, en ella: 1ª, fase local, o sea la constituida por la reacción defensiva en el punto de entrada del agente, 2ª: Reacción general, o sea el resultado de la repartición de los microbios o de sus toxinas por todo el organismo. Estas dos fases existen en todas las infecciones aunque tienen desigual importancia. Así en el forinculo, por ejemplo, casi no hay más que fenómenos locales: en cambio en el tétanos, lo importante son los fenómenos generales. Existen, infecciones generalizadas desde un principio.

División de las infecciones. En no específicas y específicas. Estas últimas solo pueden ser producidas por una determinada especie microbiana, al paso que las primeras pueden ser ocasionadas por varias distintas.

Infecciones no específicas. Desde el flemon circunscrito, hasta las septicemias, existen un grupo de infecciones no específicas que vamos a estudiar y en que los fenómenos generales pue-

Den ser poco importantes como en el primero, o constituir toda la entidad clinica como en el segundo. Los flemones difusos representan la transición.

Flemones. Son las inflamaciones del tejido celular. Son muy frecuentes, pues este tejido está muy expuesto a las infecciones. Aunque casi todos los agentes microbianos pueden producirlos, los estreptococos y estafilococos son los más frecuentes, por lo que se llaman infecciones vulgares, las que ocasionan. Más raramente el agente casual es un soprofito como el colibacilo (flemones urinarios, peritoníticos, etc.), o un germen patógeno como el bacilo tífico o el pneumococo. El *B. pirocianico* y el estafilococo blanco, son excepcionales.

Los flemones radican en todos los sitios del organismo, pues en todos existe tejido celular. Son más frecuentes en el tejido celular subcutáneo, en el subaponeurótico y en el perivisceral.

Para producirse un flemon, además del germen infectante, se requiere una puerta de entrada, y cierta predisposición. La puerta de entrada suele ser accidental (Traumatismo operación) pero puede ser insignificante o distante, por lo que no llega a conocerse, originándose así los flemones criptogénicos. La predisposición puede ser debida al magullamiento de

los tejidos, a la presencia de sangre extravasada (hematomas, equimosis), o a lesiones en una viscera. Cuando la virulencia del agente es mucha, se producen flemones aun cuando no exista predisposición.

Anat. Pat. En la primera fase de todo flemon, bien visible en la periferia de los flemones más avanzados, existe vasodilatación con diapedesis, y distensión de las mallas del teg. conjuntivo por una masa serofibrinosa, rosada de aspecto gelatinoso, constituida por plasma extravasado con una cantidad mayor o menor de hematies y leucitos. La fase más avanzada es visible en la parte central, y está caracterizada por la mortificación de los elementos de los tejidos y de los extravasados, que darían lugar a la formación de pus. Si el proceso flemonoso tiende a la resolución, los epudados son progresivamente reabsorbidos y acaban por desaparecer quedando solo como reliquia un aumento en el número y grosor de los haces conjuntivos y de los elementos fijos del tejido celular.

Clasificación: clínica de los flemones. Cuando las defensas locales son suficientes para limitar el proceso infectivo se constituye el flemon circunscrito; si no lo son, se forma el flemon difuso. Además de esta clasificación se distinguen los flemones en gaseosos y ordinarios, según existan gases en ellos o no, lo

cual no está relacionado con la patogenia del flemon. Segun la intensidad de la reacción inflamatoria, se dividen en agudos y crónicos o tenues.

Flemon circunscrito agudo. Aunque producido por cualquiera de los agentes mencionados, de la virulencia de estos y de las condiciones del terreno en que obran, depende la limitación del proceso. La puerta de entrada suele ser evidente. A veces una inflamación de las redes linfáticas (linfangitis reticular) infecta el teg. celular subyacente y origina el flemon.

Sintomas. Son los cardinales de la inflamación; dolor, rubor, calor y tumor. Se inicia por sensación de molestia, de peso, de tensión variable segun la región y la sensibilidad individual. La parte enferma está abultada y saliente sobre las partes circunstantes. Presenta una rubicundez mal limitada, de contorno irregular, que palidece a la presión. Está más caliente que las partes sanas. El dolor aumenta pronto de intensidad, haciéndose pulsátil, al mismo tiempo que se agravan los otros síntomas.

Tal es la sintomatología de los flemones superficiales. En los profundos solo existe la tumefacción, y el dolor, pues la rubicundez falta o es muy ligera, y el calor no es perceptible.

Evolucionando espontáneamente el flemón, la tumefacción va aumentando paulatinamente hasta alcanzar un máximum del que no pasa en las formas circunscritas. Alrededor de él existe una zona de edema bastante duro que solo conserva una forma superficial cuando se la comprime. Esta evolución suele durar 7 o 15 días, al cabo de los cuales termina por resolución y restitutio ad integrum o por supuración. Esta última es más frecuente, teniendo lugar por la reunión de los elementos mortificados en una masa común, constituyéndose el absceso. No obstante la terminación por resolución no es excepcional con tal que no se trate de pacientes tarados o de una virulencia considerable de los microbios.

Diagnóstico. Es fácil y basado en los caracteres ya indicados. El pronóstico es benigno, aunque por la situación de algunos flemones en las proximidades de órganos importantes puede hacerlo grave.

Trat. Se procurará el reposo de la parte, lo que no es posible en los flemones periviscerales. El calor se empleará en forma de baños o fomentos, según sea la región. Si el baño es aplicable, se dará a 40 grados durante 20 a 25 minutos, repitiéndolo varias veces al día, y aumentando la temperatura hasta 45 grados. En los intervalos se recurrirá a los fomen-

calientes con la misma solución antiséptica débil o simplemente aséptica, que se emplea para el baño. Los líquidos antisépticos, solo se usan en preparaciones externas y aún no muchos, pues no penetran por la piel. Las inyecciones de los mismos en la zona flemonosa, no se utilizan actualmente porque lo que hacen es acelerar la supuración. En cuanto a la compresión de la región, a menudo, es mal tolerada.

La congestión venosa preonizada por Bier, es un excelente medio, pues con ella conseguimos la estancación de la sangre en los tejidos enfermos, con lo que los gérmenes están sometidos a la acción de sus propias toxinas y los medios defensivos de la sangre, pueden actuar mejor. En los miembros se consigue, por medio de la compresión ejercida con una venda elástica, que impida la circulación venosa, sin alterar la arterial. Cuando no puede aplicarse la venda, se recurre a la aspiración por medio de ventosas, que producen efectos semejantes.

Absceso caliente. Es una colección limitada de pus. No existen pues, abscesos difusos. Hay abscesos calientes y fríos, que se distinguen por su contenido, pero solo los calientes subyacen a los flemones.

Ant. pat. Se distingue el contenido o pus, del continente o membrana piogénica. El pus es un líquido espeso, opaco, amari-

lento y de propiedades químicas especiales. Tal es el pus llamado loable por los antiguos. El no loable de aspecto aceitoso con gotas de grasa, puede ser negruzco o rojizo y se llama savies o tener un color azulado. (Pus de *B. piociam.*). El olor es muy especial pero puede ser fétido si hay en el pus, microbios anaerobios.

El pus está formado por plasma y glóbulos de pus o sean leucocitos en distintos grados de disgregación, existiendo especialmente polinucleares, en los abscesos calientes. Hallanse además en suspensión fragmentos de fibras conjuntivas, células alteradas y hematies, y en disolución peptonas, que pueden alterar los rñones al ser eliminadas (peptonuria).

La membrana piogénica, no es tal, sino defensiva, estando constituida por los tejidos de la región muy vascularizados e infiltrados, y confundiendo con los tejidos sanos por la periferia.

Diagnóstico. Es fácil si el absceso es superficial, pues se encuentra una colección líquida, fluctuante, acompañada de fenómenos leqmáticos y que ha ido precedida de un flemón. De un quiste, al que se asemeja, por la fluctuación, se distingue por la ausencia de signos de inflamación. Si el absceso es profundo puede ser más difícil el diagnóstico, pues los fenómenos flegmáticos, no son claros y la fluctuación es difícil de apreciar. Sobre todo debemos

procurar distinguir bien este signo de la falsa fluctuación de los músculos que solo se nota en un sentido determinado, y de la resistencia de los lipomas que es mas bien depresibilidad y traslación en masa, que sensación de ola. Si el absceso es muy pequeño, se busca la fluctuación con un solo dedo procurando apreciar el choque de retorno del liquido que choca contra el plano subyacente.

Los abscesos superficiales tienden á la abertura espontánea por adelgazamiento progresivo de la piel que los cubre. Sale entonces el pus y queda una fistula por la que salen los tejidos mortificados, y una vez eliminados éstos, la cavidad se recubre de granulaciones y acaba por obliterarse. En los abscesos profundos es mas frecuente que se estacionen; muerben los microbios, esterilizándose por agotamiento; desaparecen los fenómenos inflamatorios; se reabsorbe la parte liquida y reaccionando las paredes, los leucocitos acaban por limpiar el foco morbozo, de partes muertas, curándose el proceso.

Trat. El pus debe evacuarse siempre lo antes posible, así como las partes mortificadas, y para evitar que se coleccionen de nuevo, se dejará desagüe (tubos, gaza en las partes declives. Cuando es conveniente evitar

la cicatriz, que siempre deja una incisión, puede recurrirse al método de las punciones repetidas, empleando una cánula de algún calibre. Este procedimiento da á veces resultados, pero es muy infiel. En cuanto á las inyecciones de antisépticos, despues de la evacuación, no son de aconsejar. Se han empleado tambien las inyecciones de líquidos que contengan antifermmentos, para contrarrestar los efectos de los fermentos proteolíticos de los leucocitos, pero este tratamiento solo es aplicable en absesos muy limitados y es inconstante.

Lección 4ª

Flemon difuso. Es fundamentalmente igual al circunscrito, siendo producido por los mismos agentes, aunque se observan mas frecuentemente el estreptococo y el bacilo coli communi. Las causas de que estos microbios produzcan esta forma de flemon en lugar del circunscrito, son: 1). virulencia microbiana exaltada; 2), insuficiencia defensiva del organismo; 3) condiciones especiales de la región. Asi, es po-

rible producir experimentalmente flemones difusos, aumentando la virulencia de los gérmenes mediante pasos sucesivos por ciertas especies animales o asociándoles a otros microbios. La prueba de la influencia del poder defensivo del organismo nos la da el hecho de la frecuencia de estos flemones en los enfermos de procesos diabéticos o disríanos, tal como los albuminúricos y diabéticos y por análogo motivo los tejidos mortificados por una contusión intensa y repletos de sangre extravasada, ofrecen un lugar predilecto para el desarrollo de esta clase de flemones. Finalmente, ciertas regiones están más predispuestas que otras, pues si el tejido conjuntivo está dispuesto en mallas apretadas, ofrece mas resistencia a la difusión de la infección que si, como en el periné, o en la mano, el tejido celular es laxo o existen vainas serosas que favorecen la propagación del proceso.

Anatómicamente, se distingue esta afección del flemon circunscrito, por la falta de separación entre las partes sanas y enfermas y por la tendencia a la mortificación de los tejidos invadidos, la cual es á menudo tan intensa y rápida, que éstos son reconocidos despues de esfacelados. En un principio existe solo serosidad en las mallas conjuntivas, y más tarde se forma pus, pero este es siempre mal trabado y claro,

muy distinto por lo tanto del pus loable de los flemones circunscritos.

El cuadro clinico del flemon difuso se caracteriza por fenomenos generales y por fenomenos locales, predominando los primeros que preceden ordinariamente a los segundos. Se inician por un escalofrio intenso o por una serie de pequeños escalofrios seguidos de fiebre elevada, cefalalgia, lengua saburral, quebrantamiento general, etc. Los signos cardinales de la inflamación aparecen al mismo tiempo en la región enferma. Es un dolor gravativo o pungitivo primero, pulsatil despues, lo que llama la atención del enfermo hacia la parte afecta. Esta está difusamente enrojecida y caliente y al mismo tiempo tumefacta, aun cuando la tumefacción y el edema que la rodea son menos intensos que en el flemon circunscrito. Rapidamente la infección se extiende a los tejidos de alrededor, y la invasión de nuevas zonas se caracteriza por la aparición en ellas, de los fenomenos inflamatorios precedidos siempre de edema. Si el paciente resiste a la infección a los 6 o 7 dias aparecen en la piel que recubre el flemon, manchas violaceas que indican su adelgazamiento a cuyo nivel no tarda aquella en perforarse dando salida a una serosidad amarillenta mezclada con particulas solidas resultantes de la mortificación de los

tejidos; y estos fenómenos eliminatorios coinciden con la disminución del dolor y el descenso de la fiebre que á menudo adquiere el tipo intermitente. La evolución de la enfermedad es muy larga, pues la supuración continúa durante mucho tiempo, disminuyéndose grandes piltrafas de tejidos esfacelados, lo que expone al enfermo á sucumbir por caquexia ó por septicemia crónica.

Formas clínicas. Se distinguen la forma superficial, la profunda ó subaponeurótica, y la gangrenosa. La que hemos descrito es la superficial.

En la forma profunda, los fenómenos generales alcanzan mayor intensidad, al paso que los locales no son tan aparentes, por estar enmascarados por el grosor de la aponeurosis. La fiebre es pues muy alta y los trastornos nerviosos (delirio estupor) intensos. Los síntomas locales quedan reducidos, en ocasiones, al edema, en el que la presión, forma una fovea poco profunda; al dolor á la presión y durante los movimientos; al aspecto liso y brillante de la piel, en la que se observan, en ocasiones, manchas violáceas diseminadas, que le dan un aspecto jaspeado. Mas adelante, no obstante, el flemon se propaga, de la profundidad á la superficie, atraviesa la aponeurosis, y aparecen los síntomas locales propios del flemon

superficial.

A pesar de que la mortificación, es propia de todo flemon difuso, adquiere un carácter predominante en el flemon gangrenoso en que es muy intensa, al paso que la supuración es muy poco abundante. Representa la transición entre las formas anteriores y el flemon gaseoso. En la actualidad es poco frecuente, observándose exclusivamente en individuos muy debilitados ó en casos de asociación microbiana. Los fenómenos locales son muy mitigados por la poca defensa orgánica y por la rápida destrucción de los filetes nerviosos, que es causa de que el enfermo no experimente grandes dolores.

Evolución. Hay que distinguir un periodo de mortificación, que dura 6 ó 7 días y otro de eliminación, que ya hemos dicho podía ser muy largo. La curación espontánea, aunque rara, es posible. La muerte, en cambio es mas frecuente en los casos abandonados á sí mismos, pudiendo tener lugar, los primeros dias por septicemia aguda, al iniciarse la eliminación por ser esta insuficiente é intoxicarse profundamente el organismo por los productos de disgregación absorbidos, ó bien en pleno periodo eliminatorio por septicemia crónica ó por caquexia.

Diagnóstico. Es fácil en los casos típicos. Se distingue de la linfangitis que á menudo le acompaña, por la falta total de límite,

por su invasión rápida, y por la intensidad de los fenómenos generales en el flemon.

El pronóstico siempre es grave.

Trat. La aplicación de la venda de Bier durante 20 horas diarias, se ha dicho que era un trat. abortivo, pero no es mas que profiláctico. La incisión y el drenaje son lo único eficaz. La incisión se hará con anestesia general, será amplia y precoz sin esperar que esté el pus coleccionado. Son precisas varias incisiones de 10 cm. paralelas. Por ellas sale serosidad y tejidos mortificados tan solo. El desagüe se hace por medio de tubos colocados en las incisiones y pasando de una à otra; y se combate la infección por medio de baños y fomentos, sin poner impermeable que es perjudicial. El trat. general es inútil ordinariamente, pero en los casos graves recurriremos à los metales coloidales (electroargol) que favorecen la leucocitosis.

Flemon difuso gaseoso. Se caracteriza por la presencia de gases en los tejidos. Es producido frecuentemente por el vibrión séptico de Pasteur ó B. del edema maligno⁽¹⁾, pero todos los anaerobios (pseudobacillus malignus, B. de Liborius), pueden producirlo, incluso el colibacilo que es anaerobio facultativo (flemones urinosos, etc), y hasta el estreptococo que siempre es aerobio.

Anat. pat. Como en flemon difuso, falta el pus y hay grandes masas mortificadas.

⁽¹⁾ El bacilo perfringens del edema maligno (Bacillus perfringens, B. del edema maligno)

das, pero en este ademas hay gases en abundancia (mercaptanes, ácido sulfhidrico, gas de los pantanos) a los que debe su olor especial.

Sintomas. Hay casos de variada gravedad. El tipo extremo es la gangrena gaseosa ó bronceada, ó septicemia gaseosa, que aparece precozmente despues de los grandes traumatismos (aplastamientos, etc). A veces al primer dia del trauma aparece una tumefaccion enorme que gana terreno rápidamente, presentando una coloracion amoratada ó negruzca, y ampollas llenas de sanies y gases en su superficie, y estando rodeada de una zona extensa de edema, en la que la presión deja percibir la crepitación característica de la presencia de gases en los tejidos ó enfisema. El estado general está profundamente alterado. La temperatura es elevada, alcanzando 41 y 42 grados ó por el contrario es menor que la normal, pudiendo continuar la hipotermia hasta la muerte ó ser substituida por la hipertermia en el periodo agónico.

Una forma mas benigna la observamos en las fosas iliacas ó en el peroné, donde está caracterizada ó menudo por un edema pálido, en el que aparecen placas negruzcas que confluyen, se cubren de ampollas de contenido pútrido y se convierten en escaras. Hay tambien crepitación, y fenómenos gene-

^{diversos, difusos etc.}
rales, pero la marcha no es tan rápida como en el tipo anterior y la intensidad de todos los síntomas es menor.

Existen tambien casos tan atenuados que se confunden del todo con los flemones difusos ordinarios, hallándose los gases al desbridar.

El diagnóstico se basa en la presencia de gases que se traduce por la crepitación. El pronóstico varia según las formas, sin que el ser gaseoso aumente su malignidad.

^{El pronóstico es grave en los casos de abscesos y supuración.}
Trat. Es el del flemon difuso. En las formas graves es ineficaz; en las ligeras los desbridamientos y el agua oxigenada dan resultados. ^(que se ven análogos)

Flemones crónicos o leñosos. Son raros, pues se han reparado de ellos otras inflamaciones crónicas y especialmente la actinomycosis que es muy semejante. Son producidas por agentes vulgares de débil virulencia.

Síntomas. Insidiosamente aparece una placa dura, poco saliente, del tamaño de la palma de la mano como máximo, indolente ó insensible á la presión, de consistencia leñosa, de color rojo oscuro. Crece muy lentamente y al cabo de tres ó cuatro semanas empieza á retrogradar, ó aparecen en su superficie pequeñas zonas amoratadas y fluctuantes que dejan salir pus poco abundante, y dejan pequeñas fistulas que pronto se cierran al mismo tiempo que la pla-

ca disminuye.

Diagnóstico. Se distinguen de los tumores malignos, por que estos crecen más lentamente y no supuran ordinariamente; de la actinomicosis, por la presencia de granos amarillos en esta. El pronóstico es benigno pues no hay alteración del estado general. El trat. local consiste en aplicaciones calientes, y dilatación de los puntos reblandecidos. Se aumentarán las defensas orgánicas inyectando suero de caballo ó empleando las vacunas de Wright. *Se han usado los queros y los agentes microscópicos.*

Lección 5ª

Septicemias. Significa la intoxicación de la sangre, y el nombre es lo que resta del concepto antiguo de la misma. Hoy sabemos que es el conjunto de trastornos generales producidos por la penetración, en la sangre, de microbios ó de sus toxinas. De aquí la división teórica en bacterihemias y toxihemias que no puede sostenerse en la práctica, pues la permanencia de microbios en la sangre, es difícil, por las propiedades bacteriolíticas de ésta.

Etiología. Todos los microbios que

den ocasionarla. Entran por via cutánea (traumatismo, operación), endodigestiva, urogenital (septicemias puerperales) y mas raramente respiratoria: alcanzan el torrente circulatorio por via sanguínea y mas raramente por via linfática ya que los ganglios representan barreras, al paso de los gérmenes, y desde allí se reparten por todo el organismo, localizándose a veces en determinados tejidos por los que el microbio tiene afinidad (placas de Peyer para el B. tífico, riñones para el pneumococo).

Anat. pat. No existen lesiones típicas. En los casos en que la reacción de los tejidos está reducida al minimum, se encuentran tan solo alteraciones banales en el corazón, pulmones, riñon, etc, que en algunos casos van acompañadas de extravasaciones sanguíneas (hemoptisis, hematuria). Si la defensa de los tejidos tiene tiempo de obrar, éstos reaccionan a la infección y dan lugar a la formación de abscesos que es lo que caracteriza la antigua piohemia.

Síntomas. Se distinguen cuatro formas clínicas. La hiperaguda es la mas grave, y se observa después de operaciones laboriosas (laparatomías), traumatismos, punturas anatómicas. Pocas horas después de la inoculación, se experimenta escalofrío intenso, seguido de fiebre elevada, pulso frecuente e hipotenso y respiración superficial y rápida. En los casos mas graves, hay hipotermia que contrasta con

la gran taquicardia. La fàcies se demacra precozmente y adquiere un aspecto de fijeza característico. La orina es espesa y sedimentosa. Las facultades mentales suelen conservarse, ó hay delirio. Termina por la muerte à los dos ó tres días y à veces antes de las 24 horas.

La incubación de la forma aguda suele ser mas larga, no apareciendo el escalofrío inicial hasta los dos días de la contaminación. La temperatura asciende pronto hasta 38 ó 40 grados, el pulso no es tan frecuente como en la forma anterior, pero la respiración es también superficial y frecuente. El enfermo está soporoso aunque no duerme, hay relajación muscular, y agitación ó subdelirio. La lengua está roja y descamada, las encías y labios, secos y cubiertos de fuligo. La orina es escasa y concentrada. La urva febril es continua, con remisiones ligeras durante toda la enfermedad. Dura 8 ó 10 días, aunque puede prolongarse mucho mas, terminando ordinariamente por la muerte, por alteración de alguno de los órganos importantes.

La forma crónica corresponde à la toxihemia y dura à veces 3 ó 4 meses. Se caracteriza por fiebre irregular, continua ó remitente que constituye la llamada fiebre hética, con alteración de todas las funciones, hasta llegar à la muerte por degeneración visceral.

La piohemia, es una forma de septicemia caracterizada por la aparición

de focos abscesales à distancia de la lesión primitiva. Puede radicar en todo el organismo, pero son mas frecuentes en el pulmón, hígado y riñón. La fiebre es intermitente, iniciándose 5 ó 6 días después del traumatismo, por escalofrío intenso, seguido de ascenso térmico hasta 39 ó 40, y al cabo de algunas horas, de sudores profusos, que indican la terminación del paroxismo y que van acompañados del descenso de la temperatura à la normalidad ó à la hipotermia.

Estos accesos se repiten algunos días ó algunas horas después, haciéndose mas frecuentes en los casos graves y espaciándose, cuando evoluciona hacia la curación, terminando en la muerte en los primeros, después de un periodo de temperatura continua, como en la septicemia (es la llamada septicopiohemia). Cada acceso febril, corresponde à la aparición de nuevo foco metastático, que cuando es profundo, no se traduce por ningún sintoma, pero que en otros casos se señalaría por trastornos en el órgano en que asienta.

Así, en los abscesos hepáticos, puede haber sensibilidad en el hipocóndrio derecho, subictérica, dolores en las inspiraciones profundas; en los de la periferia pulmonar, hay macidez, aumento de vibraciones, disminución del murmullo vesicular: en los del riñón, sensibilidad lumbar y alteraciones de la orina, etc.

Diagnóstico. Es fácil en los casos típicos que son mas médicos que quirúrgicos.