

Marro 7/11

TRATADO
DE
PATOLOGÍA INTERNA
Y TERAPÉUTICA,

POR
F. NIEMEYER,

PROFESOR DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICAS EN LA UNIVERSIDAD DE TUBINGUE.

Traducido al francés bajo la dirección del autor, de la séptima y última edición alemana,

Y VERTIDO AL CASTELLANO

por

DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARSÉ,

LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUJÍA.

12986

Cuaderno 19

[Aug 1847]

MADRID. — 1870.

IMPRESA DE SANTOS LARRO,

calle del Río, núm. 24, entresuelo.

L47
1050

TRATADO

PATOLOGIA INTERNA

Y TERAPÉUTICA

DE NIEMÉYER

Traducción al francés por el doctor don Enrique Simancas y Larrea.

DON ENRIQUE SIMANCAS Y LARREA

15886

Guadorno 10

MADRID - 1870

Impreso en la imprenta de don Enrique Simancas y Larrea.

Calle de San Mateo, 10.

aquí tienen una duracion limitada las diferentes eflorescencias favosas, pero las costras se adhieren con más fnerza y los elementos que contienen infectan los puntos inmediatos. Cuando por fin caen estas costras, ya no desaparece la atrofia que s presion ha producido en la piel. En los puntos que han sido asiento de la enfermedad, no vuelven á formarse cabellos; el cuerpo papilar, más atrofiado en aquel sitio, no produce más que una débil capa epidérmica, quedando de este modo para toda la vida espacios calvos, lisos y deprimidos en la cabeza, al lado de los cuales se encuentra muchas veces tambien, costras favosas más recientes. El desarrollo de los parásitos favosos y la costumbre de los enfermos de rascarse con las uñas para vencer la picazon producida por los parásitos mismos, ó por los piojos que pululan por en medio de las costras, suelen provocar con frecuencia inflamaciones eczematosas é impetiginosas del cuero cabelludo. Esta complicacion da origen á que al lado de las costras favosas se formen otras, por la exudacion desecada que depositan las inflamaciones antedichas. Estas últimas, sin embargo, son fáciles de distinguir de las costras favosas propiamente tales. Mientras que bajo estas se encuentra la piel deprimida, pero revestida de una delgada capa epidérmica, no se perciben debajo de las primeras, sino superficies escoriadas.

§. III.—Tratamiento.

Es difícil desarrollar artificialmente el favus en la cabeza de un individuo sano, y no es ménos difícil destruir un favus arraigado y detener sus progresos. Como segun lo que antes hemos dicho, el desarrollo parasitario invade los folículos pilosos y los cabellos, no solamente es preciso separar las costras, sino tambien todos los cabellos de la parte enferma. Para obtener el primer objeto deben impregnarse las costras de abundante cantidad de grasa, cubrir despues la cabeza por algun tiempo con cataplasmas, y por último, hacerla limpiar varias veces al dia con jabon y un cepillo suave. Usábase antes para quitar los cabellos enfermos un método tan bárbaro como

12986/1842

incierto, el cual consiste en cubrir la cabeza con un casquete barnizado de pez, que despues se arrancaba violentamente con los cabellos que se le adherian sólidamente. Es mucho mejor arrancar los cabellos uno á uno con unas pinzas. Este procedimiento no es doloroso ni molesto, sino durante los primeros dias; al cabo de algunas sesiones, basta destinar á ello un cuarto de hora por dia. Haciendo abstraccion de la sequedad, la falta de brillo y la decoloracion de los cabellos enfermos, se distinguen tambien estos de los sanos en que se dejan arrancar con más facilidad y ménos dolor que estos últimos. Si quiere curarse radicalmente el favus, es preciso continuar por muchos meses consecutivos cepillando la cabeza y depilando todos los dias. Este tratamiento, por enojoso y pesado que sea, es, sin embargo, el único que promete buen éxito; los demás remedios que tienen reputacion de curar el favus, no conducen á resultado ninguno, si no van acompañados de la depilacion, y cuando ambos métodos se asocian, queda siempre la duda de cuál de ellos ha sido más útil. Hasta el célebre método de los hermanos Mahon (de Paris), que hacian friccionar la cabeza con una pomada formada de carbonato de sosa y cal, y espolvorear despues con polvos de carbon, parece que sólo debe su eficacia al cuidado que se ponía en depilar la cabeza. Los agentes parasiticidas que durante y despues de la depilacion merecen emplearse, son ligeras disoluciones de sublimado (10 á 20 centigramos por 500 gramos de agua ó de alcohol), la esencia de trementina, y una disolucion muy ligera de creosota.

CAPÍTULO VI.

HERPES TONDENS.—HERPES TONSURANTE.

§. I.—Patogenia y etiologia.

No solamente el herpes tonsurante, sino tambien la mayor parte de los casos de herpes circinado, y muchos de liquen circunscrito, de impetigo figurata, de pitiriasis rubra circuns-

crita, y porrigo asvertina, dependen del desarrollo de un parásito, el tricófiton tonsurans, que se desarrolla en parte entre las células epidérmicas, á las cuales trasforman en un polvo gris, y en parte penetra en los cabellos y en los folículos pilosos, provocando en estos últimos una intensa inflamacion. Por lo comun, puede positivamente comprobarse por medio de minuciosas investigaciones, que la enfermedad parasitaria en cuestion es debida á un contagio, el cual se verifica muy rara vez de hombre á hombre, y proviene casi siempre de animales, sobre todo de caballos ó de animales de cuernos, que son muchas veces acometidos de esta afeccion y la trasmiten á los individuos que se ponen en contacto con ellos.

§. II.—Sintomas y marcha.

Las formas morbosas que acabamos de citar, ofrecen entre sí grandes semejanzas; las diferencias que las separan no tienen nada de esenciales, y sólo se fundan en la distinta intensidad de la inflamacion que provoca el desarrollo de los parásitos en los folículos pilosos. En sus grados ligeros se forman pápulas y un exantema que ofrece los caracteres de un liquen; en los grados más intensos vesículas ó pústulas, y por consiguiente una erupcion herpética ó impetiginosa. Si no existe inflamacion bien manifiesta de los folículos pilosos, se produce una pitiriasis rubra ó un porrigo asvertina.

Cuando la enfermedad reside en el cuero cabelludo, se forman manchas redondas cuya extension varia entre la de una moneda de dos reales y la de un napoleon, las cuales no están absolutamente desnudas, sino que les cubre unos cabellos muy cortos, pareciéndose de tal manera á una tonsura ó corona, que es muy exacta la denominacion de herpes tonsurante. La piel entre estos cabellos cortos, está cubierta de escamillas secas. Al exámen microscópico se percibe que las raices de los cabellos están divididas en hacecillos semejantes á un pincel; entre los elementos de estos hacecillos, existe un inmenso número de

filamentos y de esporos que se extienden por el tronco del cabello, formando en él una especie de rosarios. En las escamas epidérmicas, se encuentran también los mismos elementos parasitarios. Si la enfermedad reside en sitios cubiertos solamente de bello fino, no son tan aparentes los síntomas, pero sí lo suficientemente característicos para fijar el diagnóstico aun sin acudir al microscopio. Cuando un herpes circinado, un líquen circunscrito, un impetigo figurata, etc., presentan una forma regularmente circular; cuando sus contornos están bien señalados, sus bordes muy rojos y cubiertos de pequeñas nudosidades, de vesículas ó pústulas, su centro es más pálido, más deprimido y como cubierto de polvo de harina; cuando cada una de las eflorescencias citadas está atravesada por un cabello, y puede, en fin, averiguarse que el enfermo ha estado expuesto al contacto de un animal ó alguna persona atacada de la misma enfermedad, no puede haber duda alguna en el diagnóstico. El herpes tonsurante se cura hasta sin la ayuda de tratamiento ninguno por el agotamiento de la vegetación parasitaria, la caída de los cabellos y la eliminación de las escamas epidérmicas enfermas. Sobre el cuero cabelludo se dilata mucho esta terminación, mientras que en las regiones no provistas de cabellos ó pelo, generalmente dura poco la enfermedad.

§. III.—Tratamiento.

Para el tratamiento del herpes tonsurante está igualmente indicada la depilación, pero la fragilidad de los cabellos no permite ejecutarla fácilmente; es frecuente obtener la curación en un tiempo relativamente corto, aun sin necesidad de este medio, y limitándose á lavar muchas veces al día fuertemente la cabeza con jabón de potasa, y practicando después de cada loción una fricción con la pomada de precipitado blanco.

CAPÍTULO III.

PITIRIASIS VERSICOLOR.

§. I.—Patogenia y etiología.

Eichstedt (de Greifswald) es el primero que ha demostrado que esta afección, á la que antes se hacia depender de trastornos funcionales del hígado, tiene su origen en un desarrollo de parásitos en las laminillas epidérmicas. En la pitiriasis versicolor es mayor el número de filamentos que el de esporos. La muy frecuente existencia de la enfermedad en los individuos atacados de afecciones de pecho, prueba que en la piel de estas personas se encuentra, muy á menudo, condiciones favorables para la implantacion y crecimiento de los parásitos. Por lo demás, la pitiriasis versicolor es una enfermedad muy frecuente, observándose hasta en individuos que gozan de completa salud.

§. II.—Síntomas y marcha.

El asiento más comun de esta enfermedad es el cuello, el dorso, el pecho ó los brazos; nunca se la ha visto extenderse desde el cuello á la cara. En los primeros instantes se perciben en los puntos enfermos pequeñas manchas redondas amarillas, que se descaman fácilmente; en un periodo más avanzado, las manchas se han hecho mayores, confluentes, formando figuras irregulares, que suelen ocupar grandes superficies. Las manchas amarillas se dejan fácilmente separar con la uña, distinguiéndose por esto, así como por su asiento, y ante todo por la presencia de elementos parasitarios (*microsporon furfur*) del cloasma uterino y de las pecas. La pitiriasis versicolor provoca ligeras picazones, y suele mejorarse durante el es-

tío por motivo de la más abundante traspiracion; pero casi nunca desaparece por completo, si no es sometida á un tratamiento racional.

§. III.—Tratamiento.

En otra época, constantemente usaba contra la pitiriasis versicolor una mezcla de carbonato de potasa (24 gramos), solucion titulada de nitrato mercurioso (12 gramos), y agua de rosas (180 gramos). Dando fricciones por mañana y tarde sobre las manchas de pitiriasis con esta mezcla, tomando la precaucion de agitarla bien á fin de que el óxido mercurioso que se produce no quede en el fondo del vaso, casi siempre desaparecia la enfermedad en el término de ocho ó diez dias. En estos últimos tiempos me he convencido, que las fricciones con el jabon negro, repetidas dos veces al dia, conducen al mismo término casi con la misma rapidez.

CAPÍTULO IV.

SARNA.—SCABIES.

§. I.—Patogenia y etiología.

La sarna es una dermatitis de variables manifestaciones, caracterizada por la formacion de nudosidades, vesículas y pústulas, y debida á la presencia de un parásito animal, el ácarus de la sarna ó el sarcopto del hombre. Este parásito, cuya longitud es de unos de 33 milímetros, y el espesor 25 milímetros, ofrece á simple vista el aspecto de un corpúsculo redondeado y blanco. Mirado bajo el microscopio se asemeja á una tortuga; su dorso está abombado y cruzado por estrias transversales paralelas, y guarnecido de pelos más ó menos largos. El ácarus jóven tiene seis patas cónicas y articuladas; el

ácarus completamente desarrollado tiene ocho, de las cuales los pares anteriores están provistos de ventosas. En la hembra los dos pares posteriores se terminan en largas uñas. En el macho sólo el primer par de las patas posteriores termina por uñas, mientras que el último se halla también provisto de ventosas. Por entre las patas de delante sale la cabeza, que está provista en su cara inferior de dos mandíbulas córneas, separadas por una hendidura. La hembra fecundada es algo mayor que el macho, el cual es mucho más raro y está provisto de un pene en forma de herradura; aquella, forma entre las laminillas del epidermis surcos de muchos milímetros, y en ocasiones hasta de tres centímetros de longitud. En estos surcos se encuentran huevos en diferentes períodos de desarrollo, cubiertas vacías y excrementos negruzcos. Los machos forman galerías más cortas, y son por esta razón más difíciles de encontrar. Los huevos parecen madurar en el término de ocho ó diez días. El ácarus nuevo, después de haber dejado la cubierta del huevo que le contenía, abandona el surco de la madre y se forma otro en la inmediación. Después de haber cambiado de piel diferentes veces (por lo ménos dos) y haberle aparecido sus ocho patas en la primera muda, estos animales parecen dirigirse á la superficie para fecundarse, sobre todo durante la noche, cuando la piel entra en calor en la cama. Tal vez vayan también los machos á buscar con este objeto á las hembras en sus surcos. Cuando una hembra fecundada pasa de la piel de un individuo á la de otro, esta última contrae la sarna. Como los surcos no ofrecen ninguna abertura, y como están obstruidos por detrás de los ácarus fecundados por huevos y materias fecales, puede suponerse que las hembras fecundadas no llegan á la superficie, sino cuando su surco ha sido abierto por las uñas del enfermo. Es sobre todo muy arriesgado dormir en la misma cama con un sarnoso. Sin embargo, también puede comunicarse la enfermedad una hembra extraída de su surco, por un simple apretón de manos. No se sabe exactamente por cuánto tiempo pueden vivir los sarcoptos sa-

cados del sitio donde encuentran su alimentacion y vivienda; sin embargo, parece que llegados á la ropa y los vestidos perecen en seguida. Esto lo prueba de una manera positiva y mejor que ningun otro experimento de los que se han podido hacer sobre sarcoptos aislados y extraidos de sus surcos, el hecho apreciado por Hébra en Viena, donde anualmente se trataban unos 1.500 sarnosos, y donde jamás se sometian las ropas de los enfermos á procedimientos especiales con objeto de destruir los ácarus y sus huevos; donde, en una palabra, no se hacia pasar estos objetos por hornillos ni por calderas, y sin embargo, las recidivas no excedian del uno por ciento. A las delicadas investigaciones de Eichstedt, Fürstenberg, Gudden, etc., debemos el exacto conocimiento de las costumbres del ácarus y la completa refutacion de las opiniones erróneas que tenian curso, sobre la etiología de la sarna.

§. II.—Síntomas y marcha.

El primer síntoma que constantemente hace sospechar la sarna, es la fuerte picazon que se produce sobre todo con el calor de la cama, y que lejos de sentirse exclusivamente en los sitios de predileccion de los sarcoptos, es decir, entre los dedos, en las flexuras de las articulaciones, en las partes genitales y entre las nalgas, se percibe muy especialmente en el torax, el vientre y los muslos. Pareceria casi que no es solamente la mordedura del parásito, sino tambien la secrecion de un jugo acre, lo que irrita la piel y provoca la picazon. Los síntomas objetivos más notables, son la aparicion de nudosidades, vesículas ó pústulas, en cantidad más ó ménos grande, en los puntos citados, y que sólo se encuentran en la cara en los niños muy pequeños, cuya cabeza suele estar profundamente resguardada con las gorras. Las nudosidades, vesículas y pústulas no representan diferentes formas de la enfermedad, es decir, una sarna papulosa, vesiculosa y pustulosa, sino diferentes grados de la dermatitis provocada por los parásitos, y qui-

zá más todavía, por la *accion de las uñas* del enfermo. En los niños y en otros individuos cuya piel es muy vulnerable, se exaspera fácilmente la dermatitis, hasta llegar á supurar y producir pústulas. Hay un hecho que caracteriza mejor la sarna que las nudosidades, las vesículas y las pústulas, que suelen ser destruidas por los frotos y trasformadas en costras de sangre seca, y son los surcos, que con un poco de atencion y ejercicio generalmente se encuentran con bastante facilidad. Forman rayas punteadas, sinuosas ó angulosas, que parecen arañazos hechos con la punta de un alfiler recientemente curados. En su origen, y por consiguiente en el punto en que el ácarus se ha introducido en el epidermis, suele verse una vesícula, mas rara vez una pápula ó una pústula, y en la extremidad opuesta, un punto negruzco ó blanco, algo mayor que los que forman el surco, y que corresponde al sitio ocupado por el ácarus. Los surcos se presentan por lo comun entre los dedos, en la cara anterior de la muñeca y del antebrazo, y principalmente tambien en el pene. Para apoderarse del ácarus, se introduce la punta de una aguja en el principio del surco, y se la hace avanzar lentamente hasta la otra extremidad, rompiendo su pared superior. El pequeño punto blanco que entonces se encuentra sobre la punta de la aguja, y que mirándole con atencion se le ve agitarse lentamente, es el ácarus. No es raro contenga en su interior un huevo que se hace salir de su cuerpo, oprimiéndole ligeramente sobre el vidrio que le cubre bajo el microscopio. Los surcos que se encuentran en el pene, constantemente están acompañados de una rubicundez é infiltracion de la piel subyacente. Cuando se multiplican de una manera excesiva, suelen producir los ácarus, en lugar de eflorescencias diseminadas, una dermatitis eczematosa difusa, dando lugar á costras que están habitadas por millares de parásitos. Este grado de la sarna, que entre nosotros rara vez se observa, pero que es bastante frecuente en Noruega, ha recibido el nombre de sarna costrosa ó sarna de Noruega.

Abandonando á sí misma la enfermedad, jamás se cura; pero

es muy accesible á los medios curativos, y por lo tanto una enfermedad muy benigna. Actualmente ningun médico instruido cree ya en los numerosos accidentes que antes se admitia podrian producirse por una metastasis de la sarna, debida á su demasiado rapida curacion. Hasta los homeopatas puros, y á pesar de los anatemas lanzados por Hahnemann contra la supresion de la sarna por un tratamiento tóxico, prescriben hoy el azufre y el jabon negro, sin temer perjudicar en nada á los pacientes por estas prescripciones; pero si bien la sarna no ofrece peligro ninguno y se considera como una de las enfermedades más fáciles de curar, no deja por eso de ser temida por las clases acomodadas de la sociedad, puesto que se considera como una enfermedad proletaria y vergonzosa. Es tan grande esta preocupacion, que todas las seguridades que puede dar el médico sobre su poca gravedad y rápida curacion, no podrian disminuir el horror que inspira á las personas, el saber que la erupcion que padecen es una sarna.

§. III.—Tratamiento.

El objeto único que hay que llenar en el tratamiento de la sarna, consiste en separar los sarcoptos y sus huevos de la piel de los individuos, ó destruirlos sobre el mismo sitio. Una vez conseguido esto, no tardan en curarse las erupciones debidas á la presencia del parásito y á los frotés que este provoca. Existen numerosos métodos á beneficio de los cuales se obtiene la curacion segura de la sarna; sin embargo, para que un método sea preferido, se necesita que proporcione una curacion todo lo rápida posible, que ocasione pocas molestias y que (al ménos por lo que toca á la práctica de los hospitales) exija pocos gastos. Los remedios más usados son el jabon negro y el azufre. Si nos servimos exclusivamente del primero, es preciso friccionar con él dos veces, por lo ménos, al dia todos los puntos sospechosos de la piel, hasta que se produzca una dermatitis eczematosa bastante considerable. Durante la desca-

macion del epidermis que de aquí resulta, son tambien eliminados los parásitos y sus huevos, que jamás penetran hasta el dermis. Este tratamiento es muy seguro, pero dura de seis á ocho dias; durante este tiempo no debe el enfermo lavarse ni mudar de ropa, debiendo estar constantemente en casa bajo una temperatura de 18 á 20° R. Sólo despues de seis ú ocho dias puede tomar un baño, que pone fin al tratamiento. En la clientela particular no es conveniente este tratamiento, á causa de que á la mayor parte de los enfermos les parece muy largo y muy desagradable. Se obtiene el mismo efecto, con alguna más rapidez, mandando hacer una mezela de dos partes de jabon negro y una de azufre pulverizado, con la cual se hacen las mismas fricciones que con el jabon solo. El *método inglés* consiste tambien en emplear una mezela de jabon negro y azufre, unida á otras sustancias. Principiase el tratamiento por un baño caliente, despues del cual se envuelve al enfermo en mantas de lana, en las cuales se le hace permanecer en dos ó tres veces veinticuatro horas, y teniendo cuidado de mantener durante este tiempo entre 25 y 28° R. la temperatura de la habitacion. Doce horas despues se friccionan los puntos sospechosos de la piel con la tercera parte de una pomada compuesta de azufre (30 gramos), elevero blanco (8 gramos), nitrato de potasa (50 centígramos), jabon de potasa (30 gramos) y manteca (90 gramos). Pasadas doce horas se usa la segunda tercera parte, y despues de un periodo de igual duracion, el resto de la pomada. Doce horas despues de la última friccion se finaliza el tratamiento por un gran baño. Este tratamiento, aunque rápido, no es tampoco conveniente para la práctica civil, por ser incómodo y desagradable. Méenos conveniente todavia es la pomada de Wilkinson, que contiene además del jabon negro y azufre, brea y creta. Lo más preferible para tratar los enfermos particulares, son las pomadas simplemente compuestas de azufre (15 gramos) y de manteca (30 gramos), ó bien la pomada de Helmerich, compuesta de carbonato de potasa (8 gramos), azufre sublimado (15 gramos) y manteca (30 gramos). Despues

de hacer preceder el empleo de estas pomadas, de algunos baños generales, se manda dar fricciones por todo el cuerpo, ménos la cara, dos ó tres veces al día, ó por lo ménos por todas las partes donde se observen erupciones y surcos. A beneficio de este tratamiento se cura con toda seguridad la sarna en ocho ó quince días lo más tarde. Si tienen los enfermos necesidad de continuar desempeñando sus ocupaciones, puede mandárseles tomen por la noche un baño de jabon, friccionen despues de este todos los puntos sospechosos ó todo el cuerpo, excepto la cara, con la pomada de Helmerich, y vuelvan á tomar otro baño por la mañana. Aplicase tambien esta pomada en el *tratamiento rápido de la sarna por Hardy*. Consiste este en dar una fricción por espacio de media hora con jabon negro, administrar despues un baño de una hora, durante la cual se continúa la fricción, y despues de salir de él, en practicar otra de media hora sobre todo el cuerpo con la pomada de Helmerich. Este tratamiento se termina en pocas horas; es, por lo tanto, muy conveniente, pero sin embargo, no ofrece absoluta seguridad. A todos los métodos hasta ahora mencionados, debería preferirse el tratamiento por la disolucion de Vleminkx, como el más sencillo, más propio y ménos costoso, si no provocara á veces en las personas de piel fina, eczemas violentos y de larga duracion. La prescripcion para el empleo de la disolucion de Vleminkx, tal como ha sido introducida en el ejército belga, es la siguiente: fricción durante media hora de todo el cuerpo con el jabon negro; despues un baño de media hora; despues de este una fricción durante media hora con la disolucion de sulfuro de cal, y para terminar otro baño de media hora. En dos horas está terminada la cura.

Partiendo de la idea de que basta destruir los sarcóptos y los huevos contenidos en los surcos, y que obtenido este resultado es inútil abrir estos, provocando artificialmente un eczema y expulsando de este modo los parásitos y sus huevecillos, se ha propuesto dar fricciones en la piel con sustancias parasiticidas, que penetren fácilmente el epidermis. Nada hay que

objetar contra la exactitud de esta teoría; por lo demás, poseemos una serie de observaciones concluyentes respecto á la eficacia de las fricciones practicadas con las sustancias dichas. Otros autores, sin embargo, que han ensayado este método sin preocupacion ninguna, dudan de su eficacia, y en la mayor parte de los hospitales donde se ha intentado introducir su uso, no ha podido reemplazar al método antiguo. Únicamente cuando el empleo del jabon negro y de las preparaciones sulfurosas parezca contraindicado, conviene hacer un ensayo con el bálsamo del Perú, y si este remedio fuese muy caro, con el aceite de petróleo.—Antes se creía que para matar los sarcoptos y los huevos alojados en las ropas, era preciso exponer estas á la temperatura de coagulacion de la albúmina. Poníase la ropa blanca en agua hirviendo, y las ropas de paño se colocaban sobre un hornillo ó á la estufa. Como ya antes hemos dicho, Hébra considera inútiles todos estos procedimientos de desinfeccion. Segun esta incontestada autoridad, el tratamiento de la sarna seria, por lo tanto, mucho ménos difícil y más seguro en la clientela privada de lo que antes se creía, siendo una vana quimera el peligro de las recidivas, ocasionadas despues de curada la enfermedad por las ropas, los muebles, las camas y otros objetos análogos, no desinfectados.

VIII.—ANOMALIAS DE SECRECIÓN DE LA PIEL.

Sabido es que la superficie cutánea segrega materias gaseosas, acuosas y adiposas. Es indudable que estas secreciones pueden ofrecer anomalías, tanto bajo el aspecto de su cantidad como del de su calidad; pero tanto estas anomalías como las condiciones que las provocan, no las conocemos sino muy imperfectamente.

La *secrecion gaseiforme*, sobre todo la del vapor de agua (traspiracion insensible), está muy *aumentada* en las enfermedades febriles, que aumentan considerablemente la temperatura en la superficie cutánea; este aumento de la secrecion gaseosa

parece, pues, depender de condiciones puramente físicas. Si se pesa un individuo despues de haber atravesado una intensa fiebre, se le encuentra mucho más ligero que antes de su enfermedad; y si teniendo en cuenta el peso de las sustancias ingeridas se deduce de la pérdida de peso, el de las materias fecales, los esputos y la orina evacuados durante la enfermedad, se observa que la cantidad de materias segregadas por la piel (y por el pulmon), ha excedido con mucho sus proporciones normales. Es sabido que al aumento de la traspiracion insensible, no siempre corresponde un aumento en la secreccion del sudor, sino que, por el contrario, generalmente está seca la piel en el momento en que en ella se ejerce con mayor fuerza la evaporacion. La ingestion de una gran cantidad de líquidos lleva á un alto grado la evaporacion cutánea. Un estudiante de medicina de formas atléticas, que para un experimento de fisiología-patológica estuvo tomando durante un tiempo bastante largo las mismas cantidades de alimentos y bebidas que dos individuos afectados de diabetes, presentaba, es cierto, un considerable aumento de la secreccion urinaria; pero calculando la cantidad de materiales consumidos diariamente, y deduciendo las perdiciones diarias, tanto por las orinas como por las cámaras, así como el aumento del peso de su cuerpo, del peso de los alimentos y líquidos ingeridos, se observaba que la evaporacion por la piel y los pulmones habia sufrido un aumento considerable: la produccion del sudor no habia aumentado. Es muy probable que además de las condiciones que acabamos de citar, existan otras que tiendan tambien á exagerar la evaporacion cutánea.—Quizá se presente bastante á menudo una *disminucion* de esta; por ejemplo, en los casos de descenso de la temperatura exterior, ó bien cuando el aire atmosférico contiene fuertes proporciones de vapor de agua; pero hasta ahora sólo en los individuos afectados de diabetes sacarina, ha podido comprobarse esta disminucion por medio de exactas pesadas.—Por el momento, no sabemos nada de positivo respecto á las anomalias cualitativas de la evaporacion cutánea, estándonos permitido, cuando más, sos-

pechar que en las enfermedades febriles esté, no solamente aumentada la evaporación de la piel, sino también modificada su composición. El dato que parece indicar semejante modificación, es el olor característico que exhalan las emanaciones de los enfermos, en los exantemas agudos.

La *secreción del sudor aumenta* considerablemente en la mayor parte de los hombres, cuando sufren la acción de ciertas influencias. Tanto hombres sanos como personas afectadas de enfermedades crónicas no febriles, y á quienes se ha pesado exactamente antes y después de una fuerte diaforesis provocada artificialmente, han perdido algunas veces en el espacio de algunas horas, 2 y 3 kilogramos del peso de su cuerpo. Las condiciones que presiden á este aumento de la secreción del sudor, están lejos de ser exactamente conocidas. Las personas sanas, por ejemplo, generalmente sudan mucho cuando se las envuelve en una manta gruesa y se las manda beber en abundancia; en la mayor parte de las enfermedades febriles no transpiran los enfermos cuando se les trata del mismo modo, mientras que hay otras enfermedades, también febriles (y entre ellas no solamente el sudor miliar, sino también numerosos casos de neumonía, reumatismo agudo, etc.), que son acompañadas de abundantes sudores durante toda su existencia. Una prueba, entre otras, de que la secreción del sudor está bajo la dependencia del sistema nervioso, lo mismo que la de la saliva, la tenemos en la influencia que ejercen las emociones sobre este fenómeno. Unos individuos sudan con más facilidad y en mayor abundancia que otros. Llámase *hiperidrosis*, á la exagerada tendencia á sudar. Depende esta en su mayor parte de causas desconocidas, pero puede también ser provocada manifiestamente por abundantes transpiraciones, muy repetidas y producidas á voluntad de los individuos. Baerensprung refiere muchos casos de hiperidrosis, positivamente producidos de esta manera. Por mi parte, jamás he observado el fuerte aumento de la secreción de sudor al principio de un tratamiento diaforético, sino exclusivamente en in-

dividuos sometidos desde más ó ménos tiempo antes á diarias diaforesis, y estoy, por consiguiente, dispuesto á confirmar que una abundante traspiracion aumenta la tendencia á sudar.— Cuando el sudor producido en las glándulas sudoríparas no se vierte al exterior por estar obliterados los conductos excretores de ellas, ó por no ser suficientes para dar paso á todo el sudor producido, pasa el líquido á las partes vecinas de las glándulas sudoríparas por debajo del epidermis, al cual eleva en pequeñas vesículas, cuyo contenido muy claro está dotado de una reaccion ácida. A estas vesículas se les ha dado el nombre de *sudamina*. La obliteracion de los conductos excretores de las glándulas sudoríparas, se observa principalmente en los casos en que la secrecion del sudor ha estado suspendida durante un tiempo bastante largo, como sucede en las primeras semanas de la fiebre tifoidea. Los sudamina, á que tambien se llama *miliar blanca*, no tienen más de comun con la miliar roja, que el hecho de que ambas formas morbosas tienen su punto de partida en las glándulas sudoríparas; en la miliar roja no se trata de retencion ninguna del sudor, sino de un proceso inflamatorio y exudativo, provocado por abundantes traspiraciones; hemos, por lo tanto, descrito la miliar roja entre los eczemas. La erupcion de sudamina no tiene influencia ninguna sobre la terminacion de una enfermedad, y lo mismo acompaña á los sudores críticos, que á los que se producen cuando aquella toma un giro fatal; aparece, hasta durante el sudor de la agonía.

En los sudores de la edad media, seguramente las abundantes diaforesis no eran de naturaleza crítica, como tampoco en el sudor miliar, que todavía se observa en nuestros dias; pero se producian precisamente en los casos en que la enfermedad tomaba un mal giro, y por esta razon pasaba la erupcion miliar por un signo de mal agüero.—Un hecho más comun que la hiperidrosis general, es la hiperidrosis parcial limitada á la palma de las manos, la planta de los piés, el hueco de la axila y los alrededores de las partes genitales y del ano. Las ma-

nos y los piés de las personas afectadas de traspiracion habitual en estas extremidades, generalmente presentan cierta frialdad; el olor nauseabundo que exhala la traspiracion de los piés y del sobaco, no parece depender de la secrecion de un sudor mezclado con sustancias fétidas, sino de ciertos productos de descomposicion formados á expensas del sudor mismo, de la materia sebácea y del epidermis macerado por la secrecion, los cuales exhalan muy mal humor. Seguramente exagera Hébra al pretender que esta clase de descomposiciones no se producen más que en los calzados impregnados de sudor, y que las personas de quienes se dice les huelen los piés, huelen más bien de las botas. Antes considerábase casi generalmente como saludables eliminaciones, las traspiraciones fétidas de los piés y de los axilas, creyendo que debia respetárselas, puesto que se hacia depender una infinidad de enfermedades de la *supresion de una traspiracion local habitual*. En estos últimos tiempos Hébra ha rechazado estas ideas como vanas preocupaciones. Y en efecto, no solamente es muy fácil suprimirlas, sino que su desaparicion completa al principio de cualquiera enfermedad, es indudablemente *en la mayor parte de los casos, efecto, y no la causa* de la enfermedad. Pero á mi parecer es avanzar demasiado el rechazar de un modo absoluto la posibilidad de que en *algunos casos* pueda tambien ser la causa de una dolencia la supresion de las traspiraciones de los piés. Es indudable que las personas que se enfrían en el momento en que su piel está en traspiracion pueden caer malas, mientras que el mismo enfriamiento sufrido en el instante en que la piel no se halla en mador, no les produce daño ninguno; tambien es positivo, que una traspiracion provocada artificialmente suele producir la más favorable influencia sobre las enfermedades debidas á un enfriamiento. Convenidos en la exactitud de este hecho, no debe, pues, considerarse como un contrasentido el que el enfriamiento de los piés en traspiracion, pueda ocasionar ciertas enfermedades, y que el restablecimiento de una abundante traspiracion en estas extremidades, pueda ejercer

sobre dichas afecciones muy favorable influencia. Cuando más, puede considerarse como inexacto decir, que «la supresion» del sudor local es lo que ha provocado la enfermedad, supuesto que se ignora por completo por qué un enfriamiento sufrido estando el cuerpo sudando ocasiona tan á menudo enfermedades. Yo creo que es muy racional que en los casos en que es positivo, ó por lo ménos muy probable, que una enfermedad haya sido precedida de la supresion de un sudor habitual, se precure restablecer dicha secrecion, haciendo usar medias y zapatos más abrigados, ó bien por medio de baños de piés, irritantes, ó echando polvos de harina de mostaza en las medias.

Esto no quiere decir que las personas afectadas de traspiraciones abundantes y fétidas de los piés, no deben lavarse y bañarse frecuentemente en agua fria. Por el contrario, los baños y las lociones con agua fria usados con precaucion, no tienen nada de perjudicarles para las personas predispuestas á las abundantes traspiraciones y á los enfriamientos. Estas medidas, por el contrario, les hace mucho provecho. Hasta me parece posible, sin estar en contradiccion con las ideas antes sostenidas, que el procurar disminuir con precaucion una hiperidrosis local, lo mismo que general, es el medio mejor de prevenir el peligro de los enfriamientos que son su consecuencia. De todos modos, las personas que padezen de traspiracion de los piés deben cambiar muy á menudo de medias y zapatos. Para los casos en que el epidermis es reblandecido por la maceracion, hasta el punto de caer y dejar al descubierto la red de Malpighi, lo cual hace que sea muy doloroso y difícil andar, recomienda Hébra, como un excelente medio, cubrir durante algunos dias la planta de los piés y dedos con una capa de su unguento de diaquilon, y cubrirlos despues con un trapo. Bajo el influjo de esta aplicacion, no solamente se formaria una capa epidérmica nueva y sólida despues de la eliminacion de la antigua reblandecida, sino que la secrecion del sudor disminuiria por un tiempo más ó ménos largo. Debo añadir, que personalmente no he hecho experimentos que confirmen los efectos fa-

vorables y la inocuidad de este procedimiento.—La *disminución* de la secreción del sudor puede ser un fenómeno dependiente del marasmo senil, según ya antes hemos dicho. En otros casos, depende evidentemente, como también hicimos ver, de un trastorno de la inervación; en otros, en fin, resulta de una afección cutánea tal como la psoriasis ó la ictiosis; y por último, hay también casos de anidrosis y hasta algunos de anidrosis unilateral, cuyas causas son completamente oscuras.—Entre las *modificaciones cualitativas* del sudor, la existencia de la materia colorante de la bilis en el de los individuos ictéricos, de que depende el tinte amarillo de su ropa interior, es la más conocida de todas. Baerensprung es, sin embargo, de opinión de que no es en el líquido del sudor, sino en las células epidérmicas que con él están mezcladas, donde va contenida la materia colorante de la bilis. Otras sustancias que á veces se presentan en el sudor, y tiñen también la ropa blanca, son todavía desconocidas bajo el aspecto de su composición y de su origen. En algunos casos, observadores fidedignos han encontrado sobre la piel, estando suprimida la secreción urinaria, cristales de urea.

La *secreción de la materia sebácea se aumenta* de tal modo en ciertos individuos, que su piel, sobre todo la de la cara, y sus cabellos, relucen constantemente como si se les acabara de dar un poco de pomada; en otros individuos, por el contrario, está de tal modo disminuida la secreción sebácea, que su piel y sus cabellos parecen faltos de todo brillo, ásperos y secos cuando no se sustituye con una pomada, el sebum que les falta. El primero de estos dos estados se observa de preferencia, en aquellas personas en quienes está aumentada la producción de grasa en todo el organismo; el segundo, en aquellas que, en general, producen poca grasa ó están enflaquecidas por enfermedades extenuantes. Es muy frecuente observar modificaciones *cualitativas* de la secreción sebácea, las cuales consisten, en que en vez de sostenerse líquido el sebo segregado, á la temperatura ordinaria de la superficie del cuerpo, adquiere

una mayor consistencia. Bærensprung cree que la mayor consistencia del sebo cutáneo depende de un predominio de los cuerpos grasos sólidos, y de una mayor eliminacion de epithium glandular. El aumento de la consistencia de dicha secrecion, ordinariamente se complica de una mayor produccion de esta sustancia, lo cual justifica hasta cierto punto la denominacion de *seborrea* que se ha concedido á este estado en el cual se cubre la piel de costras de materia sebácea seca. Donde más á menudo se presenta la seborrea es en la cabeza de los niños de pecho; el sebo condensado y ordinariamente de color moreno por su mezcla con el polvo, y que la supersticion prohibe arrancar, suele formar en aquel punto placas foliáceas de una línea de espesor. Hasta el segundo año ordinariamente no son desprendidas del cuero cabelludo estas placas de sebo, por el crecimiento más abundante de los cabellos; entonces se separan en escamillas sueltas que son arrastradas por el peine. Muchos casos considerados como pertenecientes á la pitiriasis cápitis, y en los cuales se ven escamillas blancas adheridas al cuero cabelludo ó á los cabellos, y que hasta caen en parte sobre los vestidos, son pura y simplemente casos de seborrea. El exámen microscópico, el cual demuestra que las escamas contienen abundantes glóbulos de grasa, es el mejor medio de distinguir esta forma de la seborrea, de un eczema seco del cuero cabelludo. En fin, se perciben gruesas capas sebáceas, ordinariamente teñidas de color oscuro por el polvo y divididas en su superficie en numerosas partes (ictiosis sebácea de Rayer), las cuales se encuentran en la mejilla, la nariz, los párpados, pabellon de la oreja, los pezones y otros puntos de la piel en donde existen numerosos folículos sebáceos, y en que un abundante bello impide la caida de las costras. En estos casos puede verificarse la secrecion anormal del sebo con tal rapidez, que las costras desprendidas se reproducen á los pocos dias, estando sumamente desfigurados por ellas los enfermos, que ordinariamente son mujeres mal regladas. Las costras gruesas y sólidas deben reblandecerse con una sustancia grasa

líquida, y arrancadas con precaución, á causa que el epidermis subyacente es muy sensible. El mejor medio de prevenir la formación de nuevas costras sin impedir, no obstante, la formación de un sebo anormalmente constituido, es hacer frecuentes lociones con jabón y agua caliente, ó con alcohol poco diluido. Contra la seborrea del cuero cabelludo, recomiendan los peluqueros hacer por la noche lociones con el honey-water y fricciones por la mañana en la cabeza con el aceite makassar. Este precepto es muy racional, puesto que el honey-water, que contiene alcohol, disuelve las escamas secas, y la mezcla del aceite de makassar líquido con el sebo condensado, impide á este último desecarse y formar nuevas costras. En lugar del honey-water puede seguramente emplearse otro líquido cualquiera que contenga alcohol, tal como el coñac ó agua de Colonia diluida, y en vez del aceite de makassar puede aprovecharse otro aceite cualquiera. En el tratamiento de la ictiosis sebácea de Rayer, debe ante todo fijarse la atención en las anomalías que ordinariamente existen por parte de los órganos sexuales, á causa de que la experiencia ha demostrado que la curación de estas últimas, suele poner fin á esta tendencia á la exagerada producción de materia sebácea.

Los remedios locales en estos casos, sólo sirven para impedir el acumulo del sebo, pero no previenen la secreción misma anormal. Cuando la materia demasiado consistente no sale del folículo, sino que se detiene en su interior hasta el punto de formar una masa dura, análoga á la que en la seborrea forma las placas duras ya descritas en la superficie libre de la piel, se forma los *barros*, los *miliums* y los *ateromas*. En el *barro*, el conducto excretor del folículo está obstruido por un sebo endurecido, y de color negro por su mezcla con el polvo. Si se comprime el folículo dilatado, su contenido, como toda papilla que se hace pasar por un conducto, toma una forma vermicular. Por *milium* se entiende el folículo distendido por el sebo endurecido, hasta el volumen de un grano de mijo pero cubierto de epidermis, y no presenta por lo tanto ningún punto

negro en el centro. En fin, bajo el nombre de *ateromas* se designan las glándulas sebáceas distendidas, por el sebo endurecido, hasta el volúmeu de una avellana, una nuez ó un huevo de paloma. Se comprende fácilmente que un folículo sebáceo distendido de un modo tan extraordinario, debe confundirse con el folículo piloso, cuyo orificio es comun á las dos glándulas. El tratamiento de los barros se reduce á separar el producto de secrecion acumulado, supuesto que no conocemos medio alguno que impida la secrecion misma. En las personas que son lo bastante presumidas para someterse hasta á un tratamiento incómodo que les desembarace momentáneamente de sus barros, pongo en uso el siguiente procedimiento preconizado por Richter, y que siempre me ha dado un resultado, si no muy rápido, por lo ménos muy seguro. Se manda preparar una pasta compuesta de harina de centeno, miel y levadura de cerveza; se espera á que entre en fermentacion, y en este momento se le aplica al paciente por la noche antes de acostarse, sobre todas las partes de la cara cubiertas de barros. A la mañana siguiente se exprimen únicamente los que se vea están reblandecidos y algun tanto elevados por encima del nivel de la piel. Para esta operacion no debemos servirnos de la uña, ni de una llavecita de reloj, como muchas personas acostumbran á hacerlo, sino ejerciendo con el dedo una simple presion lateral. Es preciso se continúe este procedimiento, por espacio de muchas semanas. Ya hicimos constar la favorable accion de los preparados de azufre, al hablar del tratamiento del acné. Contra el milium, recomienda Hébra desprender la capa epidérmica por la aplicacion de una disolucion de potasa cáustica poco concentrada (4 gramos por 500 de agua) ó de un pedazo de franela cubierto de una capa de jabon negro. El tratamiento del ateroma consiste en la incision y extirpacion del folículo degenerado.

ENFERMEDADES

DE

LOS ÓRGANOS DEL MOVIMIENTO.

Creemos facilitar el estudio de estas enfermedades, reuniendo en una misma seccion todas las afecciones de las articulaciones, los huesos y los músculos que son del dominio de la patología interna, ya sean de naturaleza idiopática, ó ya constituyan el síntoma más culminante de una enfermedad general, una caquexia ó una discracia.

CAPÍTULO I.

REUMATISMO.

La série de procesos morbosos comprendidos antes bajo la denominacion comun de reumatismo, ha disminuido en verdad conforme ha avanzado el tiempo; de ella se han separado todas las afecciones de las mucosas y de los órganos parenquimatosos, que antes figuraban en ella como si fuesen de naturaleza reumática, habiendo desaparecido tambien la costumbre que habia de llamar reumáticas todas las pleuresías, pericarditis y peritonitis que se atribuian á un enfriamiento, ó que no podian referirse á ninguna causa; á pesar de esto, el número y diversidad de los procesos morbosos colocados en la categoría

del reumatismo, son todavía demasiado considerables para poder dar una idea bien clara de lo que se entiende por esta palabra.

Los caracteres comunes de las formas morbosas que hoy se hace todavía entrar generalmente en el reumatismo, son, sobre poco más ó ménos, los siguientes: 1.º, el asiento de la enfermedad en los tejidos fibrosos, en los aparatos articulares, las aponeurosis, las vainas tendinosas, el neurilema, el periostio ó en los músculos y tendones; 2.º, el carácter doloroso de estas afecciones, el cual depende positivamente en muchos casos, y tal vez en todos, de una distension y tirantez que sufren los elementos de estos tejidos por parte de los capilares dilatados y del edema inflamatorio; 3.º, la ausencia de causas traumáticas, y el carácter, hasta cierto punto idiopático del mal, es decir, su independencia de otros procesos morbosos, agudos ó crónicos. Yo creo que la proposicion negativa anterior, es más exacta que la afirmacion positiva, por la cual hubiera podido sustituirse, y la cual tendria, por ejemplo, que hacer depender las afecciones reumáticas de enfriamientos y de influencias atmosféricas. Si bien es cierto que los enfriamientos y las influencias atmosféricas suelen conducir al reumatismo, no está, sin embargo, probado que sean la causa *única* de esta afeccion; pero en la práctica se llama reumáticas á todas las afecciones inflamatorias y dolorosas de los tejidos citados, cuando no son secundarias y simpáticas, sino primitivas é idiopáticas, sin ser de origen traumático, pueda ó no comprobarse que haya habido un enfriamiento como causa de la enfermedad. Entre los caracteres de una afeccion reumática, se incluye tambien generalmente la desproporcion entre los fenómenos subjetivos, comunmente graves, y las modificaciones anatómicas, muchas veces mínimas, así como la tendencia de la enfermedad á pasar desde su asiento primitivo, á otras partes de estructura y funciones análogas. Sin embargo, la intensidad, relativamente considerable, de los dolores reumáticos, parece más bien debida á su asiento que á su naturaleza; por lo ménos las

inflamaciones traumáticas, gotosas y de otra clase, aunque sean moderadas, son también acompañadas de dolores muy intensos cuando acometen á los tejidos fibrosos; y en cuanto á la movilidad de las afecciones reumáticas ó su tendencia á saltar de un punto á otro, tampoco es un signo característico suyo, puesto que nadie vacilará en incluir entre las afecciones reumáticas á una enfermedad articular idiopática y dolorosa, que no presente esta movilidad, y que quizá permanezca localizada durante muchos años sobre una sola y misma articulación.

ARTÍCULO PRIMERO.

Reumatismo articular agudo.—Artritis reumática aguda.

§. I.—Patogenia y etiología.

En el reumatismo articular agudo, las cápsulas sinoviales de un número más ó ménos grande de articulaciones se hacen asiento de lesiones inflamatorias ó nutritivas. El simple nombre de poliartritis aguda bastaría perfectamente para designar la enfermedad en cuestión, si no existiese una poliartritis aguda secundaria que se desarrolla en el curso de las enfermedades infectivas, y de la cual debe distinguirse el reumatismo articular agudo, como una poliartritis reumática aguda idiopática. En la mayor parte de los casos, la inflamación de las cápsulas sinoviales no llega á un grado muy intenso en el reumatismo articular agudo. Comúnmente la exudación depositada en las cavidades articulares no es ni muy considerable ni muy rica en fibrina, no conteniendo tampoco grandes cantidades de células purulentas. La tumefacción exterior de las partes enfermas depende, en su mayor parte, del edema inflamatorio del tejido conjuntivo que rodea la articulación. Sin embargo, este ligero grado de la inflamación y la expresada naturaleza de la exudación, de ningún modo constituyen un carácter constante de la

poliartritis reumática aguda; por el contrario, hay cierto número de casos en que la inflamacion adquiere un grado mucho mayor, y en los que se deposita una exudacion rica en fibrina ó purulenta.

La *predisposicion* al reumatismo articular agudo es muy distinta en los diferentes individuos, sin que conozcamos la causa de esta desigualdad. En algunos, parece innata esta mayor disposicion á contraer el reumatismo. Donde más fácilmente se declara, es sobre todo en aquellos sujetos que ya han padecido una ó varias veces esta afeccion. En la primera infancia y en los viejos es raro el reumatismo articular agudo; se le observa con más frecuencia entre los quince y cuarenta años. El número de los hombres atacados es igual al de mujeres, ó más bien algo mayor. En los individuos robustos y vigorosos parece ser mayor la predisposicion, que en las personas débiles y anémicas.—Entre las causas ocasionales, los enfriamientos bruscos juegan indudablemente un importante papel, ya cuando el cuerpo estando sudando se ha mojado súbitamente, ó ya cuando se expone á una corriente de aire seco, ó está sometido por largo tiempo á la influencia de una habitacion ó de un taller húmedo. Precisamente esta es la razon por la cual los individuos de la clase obrera, que está muy expuesta á estas causas morbificas, padecen con más frecuencia el reumatismo articular agudo que los que viven en una posicion desahogada. En la mayor parte de los casos no pueden apreciarse las causas determinantes. Esta enfermedad está repartida por toda la tierra, pero se encuentra con mayor frecuencia en la zona templada que en las regiones polares y ecuatoriales. En ciertas épocas, sobre todo durante el invierno y la primavera, se encuentran en mayor número estas afecciones, de suerte que á veces presentan el carácter de una verdadera epidemia. Durante el estío y el otoño comunmente no aparece la enfermedad más que de una manera aislada.

§. II.—Anatomía patológica.

No se tiene á menudo ocasion de hacer la autopsia de individuos muertos durante un reumatismo articular. Las modificaciones de las articulaciones observadas en estos casos, suelen ser con mucha frecuencia insignificantes, limitándose á una hiperemia moderada de la cápsula sinovial, á un ligero aumento y á una pequeña opacidad coposa de la sinovia. Hasta en algunos casos se ven faltar estos residuos del proceso inflamatorio que indudablemente ha existido durante la vida, siendo el resultado del exámen microscópico, tan negativo como en la mayor parte de los casos de dermatitis erisipelatosa. Por otro lado, algunas veces se encuentra en la autopsia las cápsulas sinoviales de algunas articulaciones, de un color rojo oscuro, por causa de una considerable hiperemia y de un gran número de equimosis; su tejido está relajado é hinchado, la cavidad articular dilatada y llena de un líquido purulento, y hasta las estremidades de los huesos están inyectadas y sembradas de extravasaciones sanguíneas. La sangre contenida en el corazon y los grandes vasos, presenta en todos los casos recientes coágulos fibrinosos muy grandes. Además, se encuentran muy á menudo las modificaciones anatómicas pertenecientes á las diferentes complicaciones del reumatismo articular agudo, sobre todo de la pericarditis, la endocarditis y la miocarditis.

§. III.—Síntomas y marcha.

En algunos casos es precedida durante algunos dias la invasion de la enfermedad de prodromos, que consisten en un mal-estar general y un estado doloroso de los miembros. En otros casos faltan estos prodromos, principiando súbitamente la enfermedad y de una manera inesperada.—No es muy frecuente se inicie la afeccion por un violento escalofrío, segun le hemos visto presentarse como síntoma inicial en la pneumonía y en otras enfermedades inflamatorias. Algunas veces sólo se

observa una ligera horripilacion, que suele repetirse en los primeros dias; en otros casos falta tambien este síntoma y principia la enfermedad por una sensacion subjetiva de calor, que de ordinario no se presenta hasta despues de los escalofríos. Al mismo tiempo que se declaran los síntomas febriles ó inmediatamente despues, se quejan los enfermos de dolores en una, ó lo que es más frecuente, en varias articulaciones, los cuales son al principio moderados, pero aumentan rápidamente de intensidad, adquiriendo en poco tiempo un grado elevado. Mientras los enfermos no intentan mover las articulaciones enfermas y que no se toca á estas últimas, puede soportarse el dolor; pero toda tentativa de mover la articulacion toda presion, por ligera que sea, ejercida sobre esta última, y en los casos graves el peso sólo de una pluma, aumentan los dolores hasta el punto de que los enfermos muchas veces lloran y se quejan, mientras vuelven á pasar algun tiempo en una posicion tranquila y cómoda, y al abrigo de toda irritacion. Examinando las articulaciones enfermas, se las halla unas veces hinchadas moderadamente, y otras de un modo considerable. La tumefaccion, que como acabamos de decir, sólo en parte depende del derrame intra-articular, y en parte del edema de la piel y del tejido subcutáneo, ordinariamente se extiende algo tambien á las partes vecinas de la articulacion, y á primera vista pudiera creerse que están hinchadas las extremidades de los huesos. La piel que cubre las articulaciones enfermas, ó bien conserva su tinte normal ó está ligeramente inyectada, siendo excepcional que ofrezca un color rojo oscuro. El grado del infarto y la violencia de los dolores, no siempre están en razon directa: muchas veces son muy violentos los últimos, mientras que el infarto apenas se percibe. Las grandes articulaciones, sobre todo las de la rodilla, del pié, de la mano, del codo y del hombro, son las que con más frecuencia se afectan; sin embargo, las pequeñas articulaciones, principalmente las de los dedos, la articulacion externo-clavicular, y las de la columna vertebral, no están de ningun mo-

do exentas de esta afeccion. Sólo por excepcion son acometidas las articulaciones de las falanges. Algunas veces es tambien afectada la sínfisis de los pubis. Con bastante frecuencia se extiende tambien el proceso, á los músculos y á las aponeurosis que rodean las articulaciones enfermas.

El número de las articulaciones afectadas es variable. Es raro que ni aun en el principio sea acometida una sola articulacion; mucho más á menudo se desarrolla el proceso al mismo tiempo en dos ó tres, y á veces en un número mayor de articulaciones. En un periodo más avanzado de la enfermedad generalmente se ve contaminarse nuevas articulaciones que al principio se habian conservado sanas, llegando en estas los fenómenos morbosos á su punto culminante, cuando disminuyen en las articulaciones primeramente enfermas, ó ya han desaparecido por completo. Si en estas no desaparecen los dolores y la tumefaccion sino de un modo muy lento, y á la vez se inician en otras, puede llegar á ser muy considerable el número de las articulaciones enfermas á la vez, y encontrarse los pacientes en una posicion muy penosa; en ocasiones les es imposible ejecutar el menor movimiento. No pueden cambiar espontáneamente la posicion que han tomado ó que se les ha hecho adoptar; temen todo movimiento pasivo, por grandes que sean las precauciones que se tomen para trasladarles, cuando tienen necesidad de orinar ó de hacer alguna deposicion, ó cuando hay que darles de comer ó beber. Hasta la más ligera conmocion de la cama aumenta sus dolores y les hace lanzar quejas y gritos. Sin embargo, esta grande extension y grado de violencia de los fenómenos, no son frecuentes. En la mayor parte de los casos sólo dos ó tres articulaciones, ó por lo ménos un corto número, son simultáneamente asiento de dolores muy vivos, mientras que las demás están libres ó se hallan todavía algo rígidas, no percibiéndose dolores sino al ejecutar movimientos extensos, y presentando á veces la crepitacion.

En casi todos los casos acompaña la fiebre al principio de la enfermedad; á veces preceden las manifestaciones locales, y

sólo por excepcion tardan más en unirse á ellos; su intensidad ordinariamente corresponde á la violencia y extension de los fenómenos locales, y ofrece todos los caractéres de una fiebre inflamatoria esténica. La temperatura del cuerpo no suele adquirir la gran elevacion que observamos en las enfermedades infectivas, no pasando en la mayor parte de los casos más que uno ó dos grados de la temperatura normal, si bien por excepcion puede llegar á 40 y 40°, 5 centígrados ó más. La frecuencia del pulso está aumentada; ordinariamente se cuentan de 90 á 100 pulsaciones por minuto, siendo por lo general lleno y blando. Sólo en los casos en que la temperatura adquiere una extraordinaria elevacion, se hace muy considerable la frecuencia del pulso, contándose de 120 á 130 pulsaciones. Auscultando el corazon, se percibe en un gran número de casos, hasta en aquellos en que el reumatismo no va acompañado de endocarditis, ruidos de fuelle, á los que se han llamado ruidos sanguíneos. La respiracion es más frecuente; la piel está cubierta por lo general de sudores muy copiosos, que exhalan un olor fuertemente ácido, y á los cuales no deberá de ningun modo atribuirse un valor critico, supuesto que son tan abundantes en el período de aumento y de estado, como en el de declinacion de la enfermedad. Suele con mucha frecuencia cubrirse la piel de los enfermos de una miliar roja. Anteriormente hemos demostrado que este exantema pertenece á los eczemas, y que resulta de una fuerte irritacion de la piel al nivel de los orificios de las glándulas sudoríparas, debida á la exagerada traspiracion. Al lado de unas vesículas llenas de un líquido opaco y lactescente, suelen tambien observarse erupciones que representan papulas rojas, y en las cuales, por consiguiente, no ha sido bastante abundante la exudacion para elevar el epidermis en forma de vesículas. Mas rara vez se observa sobre la piel el sudamina, es decir, la miliar blanca.

La abundante pérdida de agua que sufre el cuerpo, tanto por la perspiracion considerablemente aumentada bajo el influjo de la fiebre violenta, como por la copiosa traspiracion

explica, no solamente la violenta sed de los enfermos, sino tambien la muy notable disminucion de sus orinas. Muchas veces sólo son excretados en las veinticuatro horas de 300 á 400 centímetros cúbicos de orina. Como la produccion de urea no está disminuida, sino por el contrario, aumentada por causa de la exagerada desasimilacion, la orina concentrada tiene un peso específico muy considerable; y como la cantidad de agua que contiene no basta para mantener los uratos en disolucion á una temperatura algo baja, forman estas sales abundantes sedimentos en cuanto que la orina se enfria. Preséntanse estos con un color rojo más oscuro todavía que de ordinario, á causa de que la materia colorante que contienen las orinas, y que se precipita al mismo tiempo que las sales, se halla tambien en mucha mayor cantidad en este líquido. No porque sea muy abundante la precipitacion de uratos puede siempre predecirse que la cantidad de ácido úrico eliminada en las veinticuatro horas está aumentada; por lo ménos, no excedia de su cantidad normal en dos enfermos de la clínica de Greiswald, afectados de reumatismo articular agudo, y cuya orina, analizada por Hoppe-Seyler, era sumamente densa y presentaba abundantes sedimentos. Con mucha frecuencia se consideran estas orinas como un signo casi patognomónico de reumatismo articular agudo, y hasta cierto punto hay razones para ello, supuesto que tal vez no haya enfermedad en que al lado de una considerable perspiracion, sea tan considerable la pérdida de agua por la exageracion de la secrecion sudorífica, y tan concentrada la orina, por consiguiente, como en el reumatismo articular agudo.

Entre las complicaciones de esta enfermedad, debe sobre todo citarse la pericarditis, la endocarditis y la miocarditis. Al hablar de las afecciones del corazon (tomo I), dejamos demostrado que se ha exagerado mucho la frecuencia de estas complicaciones, sobre todo por Bouillaud. Parece que este autor ha referido tambien á lesiones inflamatorias los «ruidos sanguíneos» que antes hemos mencionado, y que probablement-

te deben atribuirse á una anormal tension de las válvulas y de las paredes vasculares, á consecuencia de la cual se producirán vibraciones irregulares. Hemos dicho, que segun los cálculos de Bamberger, de cada 100 individuos afectados de reumatismo articular agudo, venia á observarse la endocarditis unas veinte veces y la pericarditis catorce, mientras que era mucho más rara la miocarditis. Segun el mismo autor, es tanto mayor el peligro de que sobrevenga la inflamacion del corazon y del pericardio, cuando más considerable es el número de las articulaciones atacadas. Es completamente evidente que en semejantes casos se trata de verdaderas complicaciones y no de metastasis; en efecto, ordinariamente no sufre modificacion ninguna en su marcha la afeccion de las articulaciones, cuando se desarrolla una de las formas de la carditis. En cuanto á los síntomas y marcha de las inflamaciones del corazon, remitimos igualmente á lo que antes dijimos; bástenos, pues, llamar una vez más todavía la atencion sobre el siguiente hecho, á saber: que en un gran número de casos faltan todos los síntomas subjetivos, y sólo pueden reconocerse las complicaciones por medio del exámen fisico. Con mucha ménos frecuencia que las diferentes formas de carditis, se presentan como complicacion del reumatismo articular agudo, la pleuresía, la pneumonía, y ménos aun la meningitis cerebral y la meningitis espinal. En los casos de larga duracion, puede conducir la fusion icorosa de las articulaciones á la puohemia; sin embargo, estos son sumamente raros, puesto que la fusion icorosa sólo por excepcion se presenta en la artritis idiopática.

La enfermedad no tiene una marcha fija, y dura, variando de intensidad, de ocho á quince dias en los casos ligeros, y muchas semanas en los casos graves. Por la madrugada, ordinariamente presentan una remision los dolores y la fiebre, y se exasperan por la tarde; sin embargo, estas oscilaciones no guardan un tipo regular. Sucede muchas veces, que casos que al principio eran muy ligeros y benignos, se distinguen más tarde por su gran tenacidad y malignidad; se observa

tambien, que en medio de una sensible mejoría que hace concebir esperanzas de una próxima curacion, se exasperan de nuevo los fenómenos locales, y adquieren una gravedad que hasta entonces no habian tenido.

En cuanto á las *terminaciones* del reumatismo articular agudo, debe ante todo considerarse que no sólo terminan por la curacion los casos ligeros, en los cuales sólo está afectado un corto número de articulaciones y no adquieren gran intensidad los fenómenos locales ni la fiebre, sino que tambien forma esta terminacion la regla general para los casos graves, en que está atacado un gran número de articulaciones, los dolores y el infarto de aquellas son muy considerables, y la violencia de los fenómenos locales es acompañada de una fiebre correspondiente. Pero ni aun en los casos más felices se establece la curacion por la desaparicion súbita de los fenómenos morbosos, sino por una lenta disminucion, que no siempre es continúa. A pesar de la marcha insidiosa de esta enfermedad y de la frecuencia de sus complicaciones por inflamaciones de los órganos más importantes, rara vez termina por la muerte. Esta última sólo se presenta en los casos en que las inflamaciones concomitantes del corazon son de naturaleza muy complicada, sumamente violentas y acompañadas de inflamacion del pulmon y de la pleura, aunque tambien en estos casos puede establecerse la curacion, muchas veces, contra toda nuestra esperanza. Fuera de estos casos, sobreviene algunas veces la muerte sin complicaciones, en medio de los fenómenos de un colapso súbito, y despues de haber sido precedida por espacio de poco tiempo de delirio ó de coma y otros síntomas de un grave trastorno de la inervacion. En la autopsia de semejantes casos generalmente no se descubre modificacion ninguna en los órganos centrales del sistema nervioso, por cuya razon se ha admitido que dependen de una intoxicacion de la sangre, la cual todavia no ha sido por cierto comprobada. Sin embargo, mientras no se haya probado por exactas apreciaciones termométricas, que en los casos en cuestion no ha sido ocasionada la ter-

minacion fatal por la fiebre y el aumento de la temperatura del cuerpo, llegados hasta un grado incompatible con la vida, no me parece admisible esta hipótesis, tanto más, cuanto que se ha probado que en el reumatismo articular agudo la temperatura del cuerpo, de ordinario poco aumentada, sube en ciertos casos á un grado muy elevado. Por lo demás, algunas veces los síntomas cerebrales graves que se presentan en el curso de esta afeccion, dependen de lesiones inflamatorias en las meninges, es decir, de modificaciones análogas á las de las articulaciones. Yo he observado un enfermo en el cual el aumento moderado de la temperatura del cuerpo, la existencia del delirio al principio, y más tarde el desarrollo de un estado comatoso, acompañado de una excesiva lentitud del pulso y de repetidos vómitos, no permitian duda ninguna sobre la naturaleza del mal. Este caso se curó, de suerte que no pudo confirmarse el diagnóstico por la autopsia; pero en la tesis del doctor Flamm, titulada: *De los síntomas meningíticos en el reumatismo agudo*, sostenida bajo la presidencia de mi colega Koehler, se citan tambien casos en que ha podido comprobarse en la autopsia, la existencia de una afeccion inflamatoria de las meninges. No se sabe todavía si el trastorno cerebral crónico que algunas veces queda despues del reumatismo articular agudo, está ligado con modificaciones anatómicas apreciables. Griessinger se expresa sobre esta cuestion en los términos siguientes: «El grado de trastorno cerebral debido al reumatismo articular agudo, y que algunas veces persiste durante algunos ó muchos meses, se manifiesta como una locura apirética con el carácter de la depresion, muchas veces como una melancolia pronunciada, con estupor. Pueden sucederla y alternar con ella estados de excitacion; algunas veces es acompañado este trastorno de movimientos convulsivos coreiformes; su pronóstico por lo general es favorable; parece verificarse con más rapidez y seguridad la curacion, cuando durante el curso del trastorno cerebral vuelven las articulaciones á ser asiento de la afeccion reumática.»

Es muy frecuente termine el reumatismo articular agudo por curacion incompleta. En numerosos casos se ve desaparecer, es cierto, la fiebre, los dolores violentos y la tumefaccion de la mayor parte de las articulaciones; pero queda en algunas de estas un reumatismo crónico, que ofrece una gran tenacidad, y no desaparece nunca por completo. Es más comun todavía que sufran los enfermos el reumatismo articular agudo y sus complicaciones, pero contraigan durante la enfermedad anomalías valvulares, que no se curan jamás, y á las cuales pronto succumben. Si ha sido larga la duracion de la enfermedad, sobre todo si la fiebre ha sido violenta, generalmente quedan los convalecientes muy anémicos, y se percibe en ellos ruidos anormales en el corazon y en los grandes vasos, que pueden hacer creer en la existencia de lesiones valvulares cuando no se les examina exactamente, y no se tiene en cuenta el estado general.

§. IV.—Tratamiento.

Contra el reumatismo articular agudo se ha empleado toda la série de los medios antiflogísticos, sobre todo las sangrías generales y locales, los nitratos de potasa y de sosa y el tártaro estibiado á dosis refractas, pretendiéndose que era posible abreviar la duracion de la enfermedad y prevenir sus complicaciones á beneficio de un tratamiento antiflogístico enérgico. De cuanto sobre la marcha, muy irregular, y la duracion muy variable de la enfermedad hemos dicho, resulta que seria muy difícil presentar pruebas eficientes en apoyo de estas aserciones. Por un lado, se ha visto con mucha frecuencia que, á pesar de este tratamiento, persistia la enfermedad por algunas semanas, y no se prevenia las complicaciones por parte del corazon. No puede, por lo tanto, sostenerse la infalibilidad del tratamiento antiflogístico enérgico, aun admitiendo que este método haya podido ser favorable en algunos casos. Así pues, con justicia se han abandonado en nuestros dias en el tratamiento de esta afeccion, las sangrías repetidas, la administra-

cion de dosis muy fuertes y hasta peligrosas de nitro usadas antes, así como el uso sistemático del tártaro estibiado, y se usan otros remedios que, aunque tan inciertos, presentan por lo ménos la ventaja de ser ménos nocivos. El nitrato de sosa á dosis moderadas (8 gramos por 180, para tomar una cucharada cada dos horas), es el único que sigue usándose en el tratamiento del reumatismo articular agudo, prescribiéndole la mayor parte de los médicos, sin esperar, por lo demás, de él ningun efecto maravilloso, al principio de esta afeccion, de la misma manera que casi en todos los casos de pneumonia y otras enfermedades acompañadas de fiebre. Como el nitro cúbico (nitrato de sosa), administrado á pequeñas dosis, no puede ser nocivo; como jamás ha sido refutada su accion antiflogística, la cual es verosímil; y por último, como quiera que no conocemos remedio ninguno que pueda detener el reumatismo articular agudo en su marcha, ó abreviar su duracion, no puede oponerse objecion ninguna contra el empleo de este medicamento. Tal vez se ha cometido una falta al imitar á Rademacher, empleando en lugar del nitrato de potasa el nitrato de sosa, que si bien es mucho más inocente, es tambien, á lo que parece, mucho ménos activo. En estos últimos tiempos se han levantado voces autorizadas, aconsejando con insistencia á los médicos abandonaran el nitro cúbico para volver al nitro ordinario (Kœhler). Los remedios más usados despues del nitro, son el colchico (tintura ó vino de simientes de colchico, 15 gramos; láudano de Sydenhan, 2 gramos; para tomar de 15 á 20 gotas cada tres horas); el jugo de limon (15 gramos, tres veces al dia), el yoduro de potasio (2 á 4 gramos disueltos en 90 ó 120 gramos de agua, para tomar en el trascurso del dia), la quinina y los narcóticos, especialmente el opio y la morfina. Segun los experimentos hasta ahora hechos, no ha sido posible marcar indicaciones especiales para la administracion del colchico, del jugo de limon y del yoduro de potasio, que si bien parecen ejercer una favorable accion en ciertos casos, en la inmensa mayoría positivamente no ejercen ninguna

en la marcha de la enfermedad. En los casos muy rebeldes, con frecuentes recidivas, se recurrirá, entre otros varios, á estos agentes, por pequeñas que sean sus probabilidades de éxito.

Respecto á la *quinina*, tiene seguramente tan poco de específico contra el reumatismo articular agudo como contra la pneumonía, la fiebre tifoidea y gran número de otras enfermedades, en el tratamiento de las cuales no juega un papel ménos importante. Pero es uno de los *antipiréticos más poderosos*, y merece tambien emplearse contra el reumatismo cuando la fiebre adquiere gran intensidad. Ordinariamente se hace tomar á los enfermos uno ó dos gramos de quinina por dia, siendo razonable prescribir tan fuertes dosis, puesto que segun lo que yo tambien he observado, no debe esperarse que tenga una marcada influencia sobre la temperatura del cuerpo y la frecuencia del pulso, sino empleando este remedio á dosis elevadas. Segun los experimentos de Weber y de Billroth, no puede ponerse en duda la posibilidad de que la composicion de la sangre de los febricitantes, favorezca esencialmente la formacion de lesiones nutritivas inflamatorias. Si así sucede, el tratamiento antipirético tendria tambien un efecto antiflogístico, y la quinina, lo mismo que los demás remedios antipiréticos, llenaria no sólo la indicacion sintomática, sino tambien la indicacion de la enfermedad, sobre todo en el reumatismo articular agudo, en el cual á cada instante se inflaman nuevas articulaciones mientras dura la fiebre. En todo caso, el tratamiento del reumatismo por la quinina cuando la temperatura del cuerpo es algun tanto elevada, merece tomarse en mucha consideracion.—En cuanto á los narcóticos, podemos seguramente pasarnos sin la mayor parte de ellos; por el contrario, *el opio y la morfina*, no solamente son remedios indispensables para moderar los dolores de los enfermos, sino que tambien parece que á consecuencia de su administracion disminuyen de intensidad los fenómenos inflamatorios en las articulaciones atacadas. No me atrevo á afirmar que estos remedios abrevien la duracion de la enfermedad, como han sostenido muchos autores; pero lo

que si puedo certificar es que se toleran bien, fuertes dosis de ópio ó de morfina, aun cuando la fiebre sea violenta. En todos los casos en que los dolores perturban el descanso de la noche, conviene hacer tomar al enfermo cinco centigramos de opio ó un centígramo de morfina por la noche, y en los casos en que aquellos son muy violentos, puede darse la misma dosis cada dos horas hasta que se produzca algun alivio. En la mayor parte de los casos de enfermedad me limito á prescribir la quinina y los preparados de opio.—Entre los remedios externos, se han recomendado las compresas calientes y frias, las sanguijuelas, los vejigatorios, lo mismo que un gran número de lociones y fricciones narcóticas ó irritantes. Estos remedios tan á menudo empleados, han prestado mucho ménos servicios de los que pretenden los que los han propinado; por lo demás, sólo su gran número permitiría ya sospecharlo así: debemos, pues, confesar que los remedios externos ordinariamente no tienen tampoco influencia ninguna sobre la marcha de la enfermedad, teniendo cuando más un efecto paliativo. Ningun médico experimentado negará, que con mucha frecuencia casos de reumatismo articular agudo tratados desde el principio suelen resistirse durante tres ó seis semanas, y más tiempo todavía, á todo tratamiento externo como á toda medicación interna.

En los casos de mediana intensidad, conviene rodear de algodón en rama las articulaciones enfermas; cuando son muy vivos los dolores se mandará dar fricciones con sustancias que por su rápida evaporacion hacen descender la temperatura en el sitio de aplicacion, tanto más cuanto que las compresas heladas y de agna fria están reputadas entre el público como malos «antireumáticos,» y que por esta razon suelen emplearse con poco método. El cloruro de hidrógeno bicarbonado (licor de los holandeses) recomendado por Wunderlich, es un excelente paliativo (2 á 4 gramos en fricciones ligeras); sin embargo, las fricciones con éter, que por razon de economía empleaba en la clínica de Greisfwal en lugar del cloruro de hidrógeno bicarbonado, prestan los mismos servicios. Las sangrías locales

no deben emplearse más que en los casos en que una sola articulación permanece durante largo tiempo considerablemente hinchada y dolorosa. Si después de repetidas evacuaciones sanguíneas no desaparecen los dolores y la tumefacción; si permanecen concentradas en esta sola articulación después de haber abandonado todas las demás, se la cubrirá de vejigatorios ó se dará una fricción á la piel con tintura de yodo.—Respecto al régimen del enfermo, debe prevenirse con anticipación la extenuación que resulta de la fiebre. Es preciso prohibir las bebidas calientes, á causa de que aumentan inútilmente la secreción del sudor. La alcoba no debe tampoco estar muy caliente, pero se tendrá cuidado de sostener en ella la temperatura á un nivel siempre igual.—Las complicaciones deben ser tratadas según las reglas establecidas en otras partes. Si en el curso de la enfermedad sobrevienen graves fenómenos cerebrales, es preciso examinar si dependen de un excesivo aumento de la temperatura del cuerpo, ó de una afección inflamatoria de las meninges. En el primer caso conviene hacer enérgicas sustracciones de calor, ya envolviendo todo el cuerpo en sábanas mojadas, ó colocando al enfermo en un baño frío. Estos dos medios deben repetirse tantas veces como la temperatura amenaza ascender hasta un grado excesivo. Si la temperatura no está considerablemente aumentada al principio de estos fenómenos cerebrales graves, se aplicarán sanguijuelas á la cabeza y se cubrirá esta de compresas heladas.

CAPÍTULO II.

REUMATISMO ARTICULAR CRÓNICO.—ARTRITIS REUMÁTICA CRÓNICA.

§ I.—Patogenia y etiología.

Bajo el nombre de reumatismo articular crónico se designa una inflamación idiopática y crónica, que por lo comun

sólo ataca á una articulacion ó á un corto número de ellas; salta con mucha ménos frecuencia que el reumatismo articular agudo de una articulacion á otra, y á pesar de su larga duracion, no da lugar más que á modificaciones anatómicas relativamente poco considerables. Cuando las inflamaciones articulares crónicas conducen á la supuracion de la articulacion y á la cáries de las extremidades huesosas que la forman, generalmente se acostumbra á separarlas del reumatismo articular crónico y designarlas con el nombre de artritis crónica por excelencia, colocándolas entre las afecciones quirúrgicas, lo mismo que el artrocece y el tumor blanco. En cuanto á la artritis crónica deformante, nos ocuparemos de ella en el artículo siguiente.

El reumatismo articular crónico se desarrolla en muchos casos á continuacion de un reumatismo agudo, de tal modo que despues de extinguirse la enfermedad en casi todas las articulaciones, queda una ó varias que no recobran su estado normal, sino que se hace asiento de lesiones persistentes. En otros casos se presenta desde un principio con los caractéres de una afeccion crónica.—Muchas veces es congénita la predisposicion al reumatismo articular crónico, habiendo por otro lado gran número de casos en que dicha predisposicion es evidentemente adquirida. Entre las causas predisponentes, debemos ante todo mencionar los accesos anteriores de reumatismo articular agudo, puesto que despues de ellos suele con frecuencia quedar una marcada predisposicion al reumatismo articular crónico, la cual no existia antes. Lo mismo sucede con un acceso de reumatismo articular crónico, y con mayor razon cuando son muchos los accesos, puesto que ordinariamente dejan tras de sí lo que se ha llamado una diatesis reumática. Las causas ocasionales más frecuentes son los enfriamientos, sobre todo la permanencia continua en sitios frios, húmedos y expuestos á las corrientes de aire. Así es, por ejemplo, que casi todas las lavanderas viejas son afectadas de reumatismo articular crónico.

§. II.—Anatomía patológica.

En los casos, relativamente escasos, en que se tiene ocasion de disecar las articulaciones que han sido asiento de un reumatismo articular crónico, ordinariamente se encuentra la cápsula fibrosa y el aparato ligamentoso de las articulaciones engrosados, las membranas sinoviales hipertrofiadas y degenerados muchas veces por infiltración grasosa, los cartílagos articulares blandos y tomentosos, la sinovia más ó menos abundante y de un aspecto turbio.

§. III.—Síntomas y marcha.

El reumatismo articular crónico se presenta bajo dos formas distintas. En la primera, algunas articulaciones son asiento de dolores continuos durante largo tiempo, muchas veces por espacio de muchos meses ó de algunos años. Estos dolores se exasperan considerablemente ejerciendo una presión sobre las articulaciones enfermas, y sobre todo, por los movimientos activos ó pasivos. Al lado de estos dolores existen también paroxismos violentos que se presentan al parecer espontáneamente, sobre todo por la noche. Cuando se aplica la mano por encima de las articulaciones, al mismo tiempo que se las mueve, suele muchas veces percibirse un crujido ó una crepitación manifiesta. En ciertos casos están las articulaciones considerablemente hinchadas; pero esta hinchazón no es debida en parte, como en el reumatismo articular agudo, á un edema inflamatorio del tejido celular subcutáneo, sino que exclusivamente depende de un aumento de la cantidad de sinovia en el interior de la articulación, y del engrosamiento de la cápsula fibrosa y del aparato ligamentoso. En otros casos no hay tumefacción, puesto que no existe derrame sensible en la cavidad articular, ó bien sólo es aparente el abultamiento de la articulación; esta parece formar una prominencia más considerable á

causa de que los músculos situados á lo largo de las diafisis de los miembros enfermos, se han atrofiado por el continuo reposo. Cuando es muy antigua esta forma de la afeccion, fácilmente se producen anquilosis falsas ó incompletas; por el contrario, rara vez da origen á la formacion de un tumor blanco ó de un artroace.

La segunda forma del reumatismo articular crónico está en el fondo constituida por una série de ligeros accesos de reumatismo articular agudo, repetidos con mucha frecuencia y con intervalos muy cortos, y en cada uno de los cuales sólo son atacadas algunas articulaciones. Los individuos que padecen esta forma vaga del reumatismo articular crónico, perciben á cada instante dolores, muchas veces á cada cambio de tiempo, despues de exponerse á una corriente de aire, y muchas veces tambien sin que pueda apercibirse causa ninguna parecida. Tan pronto es acometida una articulacion como otra; aquella en que reside la afeccion está ligeramente hinchada, muy sensible á la presion, y sobre todo muy dolorosa cuando se la imprime movimientos. La moderada fiebre que casi siempre existe, se traduce por la frecuencia persistente del pulso, la continua traspiracion, por una orina más encendida, muchas veces sedimentosa y en fin, por la debilidad general y enflaquecimiento progresivos de los enfermos. Esta forma del reumatismo articular crónico es tambien muy tenaz, y una vez arraigada suele durar por toda la vida. Se complica con mucha frecuencia de reumatismo muscular, y muchas veces tambien de esas formas de neuralgias y parálisis que ordinariamente se llaman reumáticas.

§. IV.—Tratamiento.

La forma del reumatismo articular crónico que está circunscrita á un corto número de articulaciones, exige principalmente un tratamiento local, mientras que el reumatismo vago pide de preferencia una medicacion general.—En los casos re-

cientes, el tratamiento local debe consistir ante todo en emisiones sanguíneas locales, practicadas por medio de sanguijuelas ó á beneficio de ventosas escarificadas. Si quiere llegarse á un resultado satisfactorio, debe empleárselas muchas veces y con intervalos bastante cortos; de este modo prestan los mejores servicios, y no pueden ser reemplazados por ningun otro remedio. Hasta en los casos inveterados conviene principiar el tratamiento por una aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas escarificadas, á ménos que estas emisiones sanguíneas estén contraindicadas por el estado general del enfermo. Segun el resultado que nos dé esta primera sustraccion de sangre, podremos decidir el repetirla, aunque sea en los casos crónicos, ó bien en pasar á los derivados. Entre estos últimos, aquellos que irritan la piel determinando en ella una inflamacion superficial, deben preferirse á los que por su volatilidad son muy sensibles á la mucosa de la nariz, pero no provocan sobre la piel modificacion ninguna visible ni sensacion particular. Aunque sea algun tanto arriesgado, no podemos contener el deseo de decir que el opodeldoc, el linimento volátil, el alcohol alcanforado, y entre los remedios de olór ménos detestable, la mixtura óleo-balsámica, deben principalmente su eficacia á la accion mecánica de la friccion, en los casos en que estos remedios han sido seguidos de un favorable resultado. Apoyan esta idea, entre otras cosas, la circunstancia de que estos medios, que antes se creia era necesario emplear en todas las afecciones de naturaleza reumática, han sido abandonados por el mismo vulgo, siendo reemplazados por una disolucion de sal en coñac. La aplicacion de sinapismos y las fricciones con aceite de mostaza, que enrojecen momentáneamente la piel, ejercen en algunos casos un efecto paliativo innegable, pudiendo proporcionar una mejoría persistente cuando se les emplea de una manera continuada. Las fricciones con la veratrina y con el cloroformo dan lugar siempre á sensaciones especiales en la piel, y que hasta cierto punto hablan en favor de su accion derivativa. En los casos ligeros he usado con mucha frecuencia una disolucion

de veratrina (30 á 50 centigramos) en una mezcla de cloroformo (15 gramos), y de mixtura óleo-balsámica (60 gramos), remedio que me parece haber ejercido una accion muy favorable. Son remedios mucho más activos que los rubefacientes, los vesicantes, á los cuales puede referirse las fricciones de la piel con la tintura de yodo, supuesto que tambien producen estas una renovacion del epidermis, y con mucha frecuencia ampollas cuando no ha sido diluida. En los casos muy rebeldes deben mantenerse en supuracion por espacio de algun tiempo las partes desnudas de la piel, si quiere obtenerse un resultado satisfactorio. El derivativo más poderoso preferible hasta al hierro candente y á los moxas, que tambien ha sido recomendado en el reumatismo articular fijo, es la aplicacion de un fuerte chorro sobre la piel que recubre la articulacion enferma. Es muy fácil convencerse de que un chorro enérgico es seguido de una hiperemia cutánea, que persiste por espacio de algunas horas. Por lo que toca al chorro de vapor, jamás he experimentado personalmente su efecto. Fuera de los medios locales citados, y á los cuales se agrega el uso muy frecuente de emplastos resinosos y narcóticos, la aplicacion de papel antireumático, de pieles de animales, de algodón, lana y otros remedios, á beneficio de los cuales se procura obtener ya una derivacion á la piel ó bien el sostenimiento de una temperatura uniforme, se emplean tambien tópicamente ciertas sustancias que se procura hacer absorber, á fin de que obren de un modo favorable sobre la marcha del proceso reumático. Entre estos remedios citaré primeramente las pomadas yoduradas y mercuriales. Estoy muy distante de querer aconsejar las fricciones mercuriales en estas afecciones en general; sin embargo, en los casos inveterados de reumatismo articular fijo, contra los cuales han sido empleadas sin éxito ninguno las emisiones sanguíneas y los derivativos, aconsejo vivamente las fricciones continuadas por largo tiempo con la pomada de yoduro potásico, ó con el unguento gris adicionado al yoduro de potasio (1 gramo por 15). Con esta última pomada se produce al mis-

mo tiempo sobre la piel una ligera derivacion, puesto que al cabo de algunos dias se presenta una inflamacion eczematosa en el punto de las fricciones. Las unturas repetidas una ó dos veces por dia con la disolucion de Lugol (yodo puro, 50 centigramos, yoduro potásico, 2 gramos; agua destilada, 30 ó 60 gramos), presta excelentes servicios. Uno de los métodos de tratamiento más eficaces, es la aplicacion de la corriente constante. Es verdad que mis propias observaciones sobre los resultados de este medio no son muy numerosas, pero confirman plenamente las de Remak y de Erb, segun las cuales hasta casos muy rebeldes de reumatismo articular crónico se han curado, generalmente despues de un corto número de sesiones. Yo hago pasar corrientes bastante fuertes por la articulacion enferma, y en lugar de servirme de los electrodos ordinarios de forma olivar, aplico unas delgadas láminas de metal sobre los lados opuestos de la articulacion. Cuando los dolores que se desarrollan en el punto en que se aplica el electrodo negativo se hacen demasiado fuertes para el enfermo, cambio los electrodos. Los resultados eminentemente favorables de la corriente constante en el reumatismo articular crónico, me confirman en la opinion de que los éxitos obtenidos á beneficio de este agente en las neuralgias y las parálisis, dependen tambien de un efecto catalítico.

En cuanto al tratamiento general que en la forma vaga del reumatismo crónico debe jugar el principal papel, y en la forma fija secundar el tratamiento local, el que más confianza ofrece es el empleo metódico de los baños calientes. Ningun médico que tenga alguna experiencia puede negar que muchas personas se han curado completamente de sus dolores reumáticos despues de pasar una ó varias temporadas en Wildbad, Gasteim, Pfæfers, Ragaz, Tœpliz, Wiesbaden ó Rehme. La circunstancia de que aguas termales de composicion química muy diferente, y algunas que precisamente se distinguen por su débil contenido en elementos mineralizadores, gozan de igual reputacion para el tratamiento del reumatismo crónico, esta

circunstancia, decimos, prueba suficientemente que en esta enfermedad no es de tanta importancia tomar baños de tal ó cual disolucion salina, como tomar simplemente baños calientes. En los hospitales bien acondicionados que contienen sus correspondientes establecimientos de baños, se obtienen tan favorables resultados en el reumatismo articular crónico, como en Aix-la-Chapelle, Tœpliz y en Wildbad, en confirmacion de lo cual podria citar varios ejemplos recogidos en la clínica de Greiswald, que si bien no son muy numerosos, son por lo ménos muy concluyentes. En la práctica particular es muy difícil poder administrar á domicilio los baños con las precauciones y cuidados necesarios, y generalmente es mejor enviar á uno de los puntos citados á esta clase de enfermos, por poco que lo permita su estado de fortuna.—Una temperatura de 28 á 30° Reaumur, basta, y quizás es preferible á temperaturas muy elevadas; al ménos por lo que yo he visto, los baños de vapor rusos dan, en el reumatismo crónico, resultados mucho ménos favorables que los baños de agua caliente. En otras localidades se han hecho tambien iguales observaciones. El establecimiento de un baño de vapor ruso en un punto donde antes no existia, suele ser muy productivo en el primero y segundo año, á causa de que casi todos los enfermos de reumatismo crónico buscan estos baños de vapor, esperando curarse con ellos; pero en el tercero y cuarto año, por lo general disminuye considerablemente el número de bañistas, lo cual no es seguramente porque en este espacio de tiempo se hayan curado los reumáticos, sino porque han sido engañados en sus esperanzas. Parece conveniente, al ménos segun los experimentos practicados en Wildbad, Leuck y otras localidades, prolongar poco á poco la duracion de cada baño y dejar permanecer los enfermos por espacio de una hora ó más en él al final del tratamiento. Es de la mayor importancia preservar cuidadosamente á los enfermos despues del baño de todo enfriamiento, siendo conveniente hacerles entrar en seguida en traspiracion, cubiertos con mantas de lana. Ordinariamente no se hacen tomar de se-

guido más que 28 ó 30 baños, y parece, en efecto, que no debe pasarse mucho de este número, sino que es mejor, cuando el resultado no es completo, volver á principiar algunos meses más tarde el mismo tratamiento. En los establecimientos hidroterápicos ordinariamente no se cura el reumatismo crónico, sobre todo cuando no es reciente y ha tenido tiempo de arraigarse. Yo sé de bastantes enfermos de este género, que después de haber pasado muchos meses consecutivos en un establecimiento hidroterápico, han vuelto más enfermos que habían ido. En los casos recientes parece haber prestado la hidroterapia, por el contrario, muy buenos servicios. En clase de remedios antireumáticos, el que goza de más favor es la tintura de simientes de colchico (15 gramos), adicionada con extracto de acónito (2 gramos) y de tintura de ópio (4 gramos), tomando 15 á 20 gotas por día; siendo también, la fórmula que con más frecuencia se prescribe contra el reumatismo articular crónico. Desgraciadamente ignoramos hasta ahora en qué casos el colchico, al cual no puede seguramente negarse cierta eficacia, está indicado y en cuáles otros no debemos esperar nada de él. La tintura de guayaco volátil ó amoniacal, que se obtiene haciendo digerir la resina de guayaco en una mezcla de una parte de amoniac cáustico con dos de alcohol, y los antimoniales, que también antes se miraban como muy buenos remedios antireumáticos, rara vez se emplean hoy. En algunos casos de reumatismo articular crónico, á lo que parece, principalmente en aquellos en que el aparato ligamentoso está de preferencia afectado, presta excelentes servicios el yoduro potásico á altas dosis (de 1 á 4 gramos por día). Ordinariamente coincide el alivio con el desarrollo de una ligera intoxicación yódica, siendo conveniente aumentar la dosis hasta que se produzca un coriza ó un exantema yódico.

En los casos recientes y en los individuos jóvenes, debe prescribirse un régimen totalmente distinto que en los casos inveterados y en las personas de avanzada edad; mientras que en los primeros conviene, sobre todo, después de obtener al-

gun alivio robustecer el cuerpo por lociones frias hechas con precaucion, baños de rio y de mar y paseos regulares, que deben verificarse haga el tiempo que quiera; es preciso, por el contrario, resguardar á los segundos de todo enfriamiento, prohibirles los baños de mar y de rio, y hacerles gastar ropa interior de lana. Nunca se recomendará lo bastante á los enfermos, que escojan para alcoba la pieza más ventilada y seca de la habitacion.

ARTÍCULO TERCERO.

Artritis deformante.—Artritis nudosa.—Artritis de los pobres.—Artritis crónica seca.

§. I.—Patogenia y etiologia.

Bajo el nombre de artritis deformante se designa, aquella forma de la inflamacion articular en la que no solamente la cápsula sinovial y el aparato ligamentoso de las articulaciones ofrecen los síntomas de una inflamacion crónica, sin ninguna tendencia á la supuracion, sino que al mismo tiempo se producen modificaciones particulares de los cartilagos y de las superficies articulares de los huesos, completamente características de esta forma de la artrofibrosis. Estas modificaciones consisten esencialmente, en una especie de desgaste de los cartilagos articulares y de las superficies de los huesos, y en una osteoporosis central de las epífisis, coincidente con una hipergenesis ósea en su periferie.—La artritis deformante es considerada por varios autores como una forma particular del reumatismo articular crónico, y completamente separada por otros, de las afecciones reumáticas. La gran latitud del sentido que debe darse á la palabra «reumatismo», justifica tanto una como otra opinion. La circunstancia de que no siempre pueden apreciarse como causas de la afeccion los enfriamientos, ó la permanencia en lugares húmedos y expuestos á las

corrientes de aire, es tan comun para la artritis deformante como en la forma descrita en el capítulo anterior, á la cual, sin embargo, todo el mundo considera como una enfermedad reumática.

La infancia goza de una inmunidad casi absoluta para esta enfermedad. Se ha visto, sin embargo, presentarse algunos casos en la pubertad. Cuando con más frecuencia se la observa es entre veinte y cuarenta años; no obstante, aparece tambien más tarde, y hasta en el último período de la vejez; las mujeres están más sujetas á esta afeccion que los hombres. Es tan comun en los pobres, comparativamente á lo que sucede en la clase rica, que por esta razon se le ha dado tambien el nombre de *arthritis pauperum*, ó artritis de los pobres... ¿Procede esta diferencia de las habitaciones bajas y húmedas, de la mala alimentacion ó de otras fatales condiciones que gravitan más sobre la clase proletaria que sobre la clase rica? Hé aquí una cuestion que no podemos resolver por el momento.

II.—Anatomía patológica.

Al examinar las articulaciones hinchadas y deformes, se encuentra la cápsula articular considerablemente engrosada y cubierta de vegetaciones vellosas; la cavidad de la articulacion contiene muy poca sinovia, de donde dimana el nombre de artritis crónica seca. Los cartilagos articulares están disgregados y reducidos á manojos fibrosos osificados algunas veces, y en los casos avanzados, enteramente chafados por un desgaste lento en el punto en que las extremidades de los huesos se tocan por superficies pulimentadas. Las partes centrales de las epífisis se presentan porosas de resultas de una atrofia inflamatoria, mientras que bajo el influjo de un desarrollo de osteofitos, aumenta su circunferencia de una manera bastante uniforme ó de un modo desigual, en forma de eminencias papilares y angulosas ó de estalactitas huesosas.

§ III.—**Síntomas y marcha.**

La artritis deformante constituye con mucha ménos frecuencia que la inflamacion articular crónica descrita en el capítulo anterior, una terminacion del reumatismo articular agudo; en la mayor parte de los casos, por el contrario, se desarrolla de un modo insensible, y lentamente llega á su punto culminante. Puede ofrecer en su marcha momentos de detencion, pero jamás sufre una evolucion regresiva ni desaparecen las deformidades adquiridas. Al principio de la enfermedad acusan los pacientes dolores en las articulaciones enfermas, poco intensos de ordinario, pero tan violentos algunas veces que privan á los enfermos del sueño. Los dolores aumentan por la presion exterior, y más todavía por los movimientos de las articulaciones, durante las cuales casi siempre se percibe, colocando sobre ellas la mano, una manifiesta crepitacion. Semejantes modificaciones invaden por lo comun las articulaciones de las manos y de los piés, principalmente las de los dedos, de los huesos metacarpianos y de los metatarsianos, pero pueden tambien invadir todas las demás del cuerpo, hasta las de la columna vertebral. Se observan casos de este género en los cuales suelen terminar los enfermos por permanecer acostados en su cama casi sin movimiento, ó están por el dia sentados en un sillón y se hacen trasladar por la noche á la cama, en todos los grandes hospicios de pobres. Esto es lo que el vulgo llama estar baldado. Es un hecho muy curioso la simetría que suelen presentar el principio y los progresos de la enfermedad en las dos mitades del cuerpo. Casi nunca sucede que sólo sea atacada al principio una mano, y en un período posterior la otra; por el contrario, ordinariamente principia el proceso en las dos manos á la vez, presentándose tambien á un tiempo en ambos piés, etc. En casi todos los casos se forman en las articulaciones enfermas, sobre todo en las de los dedos, subluxaciones muy características, que no pueden explicarse por la prolon-

gacion de las epífisis sobre las cuales pasan los tendones, por la destruccion de los cartílagos articulares y por el desgaste de las superficies articulares de los huesos. Casi siempre están las falanges, no solamente dobladas sobre los metacarpianos, sino inclinadas al mismo tiempo hácia el borde cubital, y de este modo se encuentran aplicados los dedos, unos sobre otros, á manera de las tejas. En las mismas articulaciones de las falanges alternan algunas veces subluxaciones en el sentido de la flexion, con otras en el de la extension. En esta enfermedad, sumamente larga, pueden llegar los enfermos á una edad avanzadísima. Es un hecho singular, que á pesar de la larga duracion de la enfermedad rara vez se produzcan anquilosis completas.—Tambien se encuentra este proceso limitado exclusivamente á la articulacion de la cadera, en cuyo caso ocasiona ya un desgaste muy considerable de la cabeza articular, ó ya la formacion de estalactitas huesosas muy abundantes al rededor de ella. Esta enfermedad, que lleva el nombre de *malum coxae senile*, pertenece al dominio de la cirujía.

§ IV.—Tratamiento.

Aunque no debe esperarse hacer retrogradar las deformidades una vez producidas, por tratamiento ninguno, no puedo tampoco participar de la opinion de aquellos autores que creen que el tratamiento de la artritis deformante, no ofrece probabilidad ninguna de éxito. Los trastornos de la motilidad están ordinariamente lejos de depender exclusivamente de las deformidades, sino que tambien están ligados, en gran parte, al proceso inflamatorio todavia existente. Más recuérdese que este último se modifica, al ménos en gran número de casos, de un modo muy ventajoso por los remedios que hemos recomendado en primera línea contra el reumatismo articular crónico, á saber: los baños calientes y las aplicaciones de tintura de yodo. En Toepliz y en Wildbad he visto todas las temporadas (lo que sin duda sucederá tambien en los otros establecimientos) males ci-

tados ya), algunos enfermos atacados de artritis deformante experimentar un alivio tan considerable, que podían abandonar la silla de ruedas de que se servían, llegando en ocasiones á encontrarse en disposición, al fin de la temporada, de empujar las de otros enfermos para conducirlos al baño.

ARTÍCULO CUARTO.

Reumatismo muscular.

§. I.—Patogenia y etiología.

Entiéndese generalmente por reumatismo muscular, no solamente las afecciones reumáticas de los mismos músculos, sino también las de las aponeurosis, del periostio y de otros órganos fibrosos, á excepcion, sin embargo, de los aparatos articulares. Las modificaciones que estos órganos sufren en las afecciones reumáticas no son exactamente conocidas. El resultado negativo de la mayor parte de las autopsias, parece indicar que estas alteraciones anátomo-patológicas ordinariamente son de aquellas que dejan muy pocas señales en el cadáver y son difíciles de apreciar, que consisten, en una palabra, en simples hiperemias y en exudaciones serosas poco abundantes. En algunos casos, sin embargo, no parece detenerse en este punto el proceso reumático, sino que conduce á proliferaciones inflamatorias del tejido conjuntivo. Frerichs y Virchow han encontrado en los músculos sitios en los cuales los haces musculares estaban reemplazados por un tejido conjuntivo calloso (callosidades reumáticas), y Vogel ha observado en muchos casos de reumatismo crónico, engrosamientos y adherencias del neurilema de los nervios correspondientes á las partes afectas. Son tan raros estos casos comparativamente á aquellos en que es imposible apreciar modificación ninguna, que no podemos permitirnos, tomarlos por base de una definición de la afección reumática. Aun suponiendo que en las enfermedades

reumáticas exista una hiperemia y exudaciones serosas, y en los casos graves hasta una proliferacion inflamatoria del tejido conjuntivo, no puede, sin embargo, saberse si los nervios sensitivos que recorren los músculos, son puestos en un estado de excitacion morbosa por las modificaciones que en las fibras musculares y el sarcolema se producen, ó por la alteracion que al mismo tiempo se verifica en su neurilema. En este último caso, el reumatismo muscular no seria más que una especie de neuralgia reumática de los filetillos nerviosos que se distribuyen en el músculo. Para la etiología del reumatismo muscular podemos remitir á lo que hemos dicho sobre la etiología del articular agudo y crónico, tanto más, cuanto que con mucha frecuencia se complican ambos entre sí. Los enfriamientos son seguramente la causa más comun del reumatismo muscular; pero la súbita aparicion de ciertas formas, por ejemplo, el lumbago, hace muy probable que, aparte de los enfriamientos, puede tambien ser debida la enfermedad á otras causas, tales como una fuerte distension ó un cansancio de los músculos.

§. II.—Síntomas y marcha.

El síntoma más esencial, y ordinariamente el único del reumatismo muscular, consiste en dolores que ofrecen el carácter de una traccion ó de un arrancamiento. Los movimientos ejecutados con las partes afectas ó los cambios de posicion de sus fibras, exageran estos dolores, mientras que una presion uniforme comunmente los modera. A los dolores acompaña algunas veces la imposibilidad de contraer los músculos enfermos y de hacerlos ejecutar movimientos activos. La piel que cubre las partes atacadas de reumatismo no está roja, tumefacta ni más caliente que la piel vecina. Por la noche se exasperan los padecimientos, y al amanecer, generalmente disminuyen. El frio y la humedad generalmente ejercen una perniciosa accion, mientras que el calor seco produce buenos efectos. Sin embargo, sucede algunas veces que se aumentan los dolores reumá-

ticos, con el calor de la cama. Unas veces el reumatismo muscular es vago, es decir, que desaparecen de un sitio los dolores para presentarse en otro; otras veces es fijo, y permanece limitado á músculos, aponeurosis, etc., determinadas. En la mayor parte de los casos constituye una afeccion aguda, que despues de una corta duracion desaparece sin dejar señal ninguna; algunas veces, sin embargo, representa un mal crónico, cuyo carácter tanto puede pertenecer al reumatismo vago como al reumatismo fijo, absolutamente igual, que el reumatismo articular vago puede hacerse crónico de la misma manera que el reumatismo articular fijo.—Segun las diferentes localizaciones de esta enfermedad, se distinguen numerosas formas de ella, de las cuales algunas han recibido nombres particulares. Cuando la afeccion reumática ocupa los músculos frontal, occipital, temporal, la aponeurosis epicraneana y el pericráneo, recibe el nombre de *cefalalgia reumática*. Debemos imponernos por regla no abusar de este nombre, y en cada caso, antes de diagnosticar una cefalalgia reumática, procurar asegurarse bien de si realmente dichas partes son el asiento del dolor, de si este aumenta por un cambio de posicion ó una contraccion de sus fibrillas musculares, y en fin, de si la afeccion es primitiva é idiopática. Con quien más fácilmente puede confundirse el reumatismo de la cabeza, es con las neuralgias y la periostitis sífilítica. Es un vicio muy general atribuir á una afeccion reumática de la cabeza los numerosos casos de cefalalgia violenta y tenaz, cuya verdadera causa no puede descubrirse. Las personas extrañas á la ciencia que no establecen gran diferencia entre el reumatismo y la gota, acostumbran á llamar gota de cabeza á todos los dolores de este órgano, pertinaces.

Quando los músculos del cuello y de la nuca son afectados de reumatismo, se hacen muy dolorosos los movimientos de la cabeza; los enfermos los temen y los evitan, y se desarrolla una *rigidez de la nuca*, afeccion muchas veces complicada de una angina gutural. Cuando los músculos del cuello y de la nuca no se afectan de reumatismo más que en un solo lado,

constantemente está inclinada la cabeza hácia él, produciéndose un *torticolis reumático*. Esta afeccion ligera ordinariamente, que se disipa en pocos dias, se prolonga en ciertos casos, que son, sin embargo, muy difíciles de distinguir de la forma espasmódica del torticolis de que ya hemos tratado, pudiendo entonces ser seguida de un encogimiento definitivo de los músculos.—El reumatismo del pecho ó *pleurodinia reumática* tiene principalmente su asiento en el músculo pectoral mayor y en los intercostales. En el primer caso se hace sentir el dolor, sobre todo en los movimientos del brazo hácia adelante, y cuando se disloca las fibras musculares enfermas; en el segundo caso, los movimientos respiratorios, sobre todo la tos y el estornudo, y la inclinacion lateral del toraz, son los que ocasionan los dolores. Comunmente la dificultad de respirar hace creer á los enfermos que los dolores residen más profundamente, y que la enfermedad existe en los pulmones ó en la pleura; y como quiera que la dislocacion de la fascia superficial y de las fibras musculares del pectoral mayor no aumentan los dolores, pudiera tambien engañarse el médico si al deprimir los músculos intercostales con la extremidad de los dedos de delante á atrás, no se exasperaran los dolores hasta un grado insufrible, mientras que ejerciendo una presion uniforme con la palma de la mano comunmente se calma; y si la ausencia de la tos, y ante todo el exámen físico del pecho, no viniera á esclarecer suficientemente el diagnóstico.

El reumatismo del dorso, y principalmente el reumatismo del hombro, *omodinia reumática*, se incluye entre las formas más frecuentes del reuma muscular; se les reconoce fácilmente en la dificultad de los movimientos del omoplato y del brazo, así como en los fuertes dolores que se ocasionan al mover las fibras del trapecio, del gran dorsal y del deltoides, ó bien, cuando padecen las capas profundas de los músculos dorsales, en la actitud recta de los enfermos y en los dolores que experimentan cuando quieren bajarse.—Obsérvanse afecciones dolorosas de los músculos abdominales, principalmente cuando

los individuos han hecho grandes esfuerzos de tos, pudiendo fácilmente hacer sospechar alguna otra afección más grave por razón de su gran intensidad. El mejor medio de evitar también aquí el error, es asegurarse de que los dolores disminuyen ejerciendo una presión uniforme con la mano aplicada de plano, y que aumentan por el contrario, cuando nos limitamos á dislocar las fibras musculares con la extremidad de los dedos.—El reumatismo de los músculos lumbares y de la aponeurosis lumbo-dorsal, llamado por otro nombre *lumbago reumático*, se distingue por su gran violencia y por la rapidez, muchas veces sorprendente, de su desarrollo. Sucede bastante á menudo que una persona que momentos antes ejecutaba libremente y sin molestia ninguna toda clase de movimientos, de repente no puede levantarse de su asiento, ó al verificarlo experimentan intensísimos dolores. De la misma manera, al querer acostarse ó salir de la cama, ó solamente al ponerse sobre el orinal, ó al intentar ejecutar algun otro movimiento que exige el concurso de la mitad inferior de la columna vertebral, contraen dolorosamente la cara, gritan y hacen todo género de maniobras más ó ménos extrañas para reservar las partes enfermas, y conseguir su objeto sin hacer entrar en acción estas partes. Hé aquí por qué los individuos atacados de lumbago excitan no solamente lástima, sino también algunas veces la risa.—En fin, pueden ser acometidos de reumatismo todos los músculos de las extremidades, ya separadamente ó ya por grupos, lo cual da origen á que tan pronto se haga doloroso ó imposible tal movimiento como tal otro.

§. III.—Tratamiento.

En el tratamiento del reumatismo muscular, rigen iguales principios que para el del reumatismo articular crónico, es decir, que la forma fija debe combatirse por un tratamiento más especialmente local, y la forma vaga por un tratamiento más bien general. Pero como el reumatismo muscular ordinaria-

mente es una enfermedad más ligera y ménos rebelde que el reumatismo articular, no se necesita emplear para triunfar de él medios tan enérgicos. Para el tratamiento local, lo más conveniente son las emisiones sanguíneas y locales, y entre estas, mientras sea posible, las ventosas escarificadas. Produce un efecto completamente análogo al de las ventosas escarificadas, el instrumento conocido con el nombre de excitador, cuyos efectos sobre las afecciones reumáticas fueron ridiculizados hace ya algun tiempo hasta por los médicos. En cuanto á las fricciones irritantes, los sinapismos, vejigatorios, emplastos, papel antireumático y las pieles de animales, medio de que tanto se usa en el reumatismo muscular, puede aplicarse á su empleo en esta enfermedad todo cuanto dijimos de su eficacia en el reumatismo articular crónico. Uno de los rubefacientes más eficaces, pero tambien de los más dolorosos, es la aplicación de la corriente de induccion por medio de la brocha eléctrica. Por lo que corresponde al empleo de la corriente constante, todo cuanto de este remedio dijimos al hablar del reumatismo articular se aplica tambien al reumatismo muscular. Estoy dispuesto á confirmar los brillantes resultados referidos por Erb. Las fricciones y el amasaje de los músculos doloridos, medio que ciertas mujeres viejas practican con gran habilidad, constituyen uno de los recursos más preciosos para el tratamiento local del reumatismo muscular.—Como tratamiento general, la que más confianza merece, es la medicacion diaforética. Es raro que haya necesidad de recurrir á un tratamiento regular por los baños; este medio conviene sólo para los casos inveterados, y por lo comun complicados de reumatismo articular crónico. Ordinariamente, basta provocar una ó varias traspiraciones abundantes por medio de algunas tazas de infusion de sauco ó alguna otra bebida caliente, teniendo cuidado de abrigar bien al enfermo, para mejorar ó hacer desaparecer el reumatismo muscular. En los casos recientes suele procurarse á veces un baño de vapor un alivio inmediato, y si en el reumatismo articular crónico me he levantado contra

el empleo repetido de los baños de vapor, no puedo por ménos de recomendar con insistencia el uso de uno ó dos baños rusos contra el reumatismo muscular reciente.

CAPÍTULO II.

GOTA.—PODAGRA, ETC.—ARTRITIS.

§. I.—Patogenia y etiología.

Tal vez no exista enfermedad ninguna cuyos síntomas ofrezcan desde su primera aparicion tan constante uniformidad como los de la gota, y caractericen de tal modo la enfermedad á que pertenecen como una especie morbosa particular. Algunos casos inveterados pueden, es cierto, ofrecer en sus síntomas cierta analogía con otros procesos morbosos, y sobre todo con procesos reumáticos; pero aun en estos, basta atender al modo de principiar la enfermedad para evitar toda confusion entre la gota y el reumatismo. Sin embargo, por más que sepamos positivamente que la gota representa una especie morbosa particular, y por más que se haya comprobado que la sangre de los gotosos (Garrod) ofrece una modificacion química constante, y que en los productos de las inflamaciones artríticas (1) se acumula la sustancia que se encuentra en exceso en la sangre, es decir, el *ácido úrico*, no por eso es ménos cierto que la patogenia de esta enfermedad es todavía muy oscura. Ignoramos si la *diatesis úrica* constituye en la gota la anomalía primitiva y esencial, y si con ella coinciden otras anomalías más importantes de la crisis sanguínea, no conociendo tampoco las lesiones nutritivas bajo el influjo de

(1) Advertimos, para evitar toda confusion, que las palabras artritis y artrítico, se toman aquí exactamente en el mismo sentido que gota y gotoso.

(Nota del autor.)

las cuales se forma en exceso en la sangre, uno de los productos constantes de la desasimilacion normal, el ácido úrico. Se conocen algo mejor las causas lejanas de la gota. Desde luego está probado por la estadística, que la *predisposicion hereditaria* á la gota juega el papel más esencial en la etiología de esta afeccion. Esta causa puede comprobarse en casi la mitad de los casos. Cuando esta predisposicion hereditaria existe, basta la más débil accion de las causas morbificas que vamos á enumerar, para hacer que se desarrolle la enfermedad, mientras que los individuos que no presentan tal predisposicion, rara vez la contraen, aun cuando se expongan sin reserva á la accion de estos mismos agentes. En los niños jamás se observa la gota; en las mujeres es mucho más rara que en los hombres, y en estos últimos generalmente no se presenta hasta despues de los 30 años. En los pobres es tan rara, que forma verdaderamente una excepcion la entrada de un gotoso en un hospital; en la clase acomodada ataca principalmente á los individuos aficionados á los placeres de la mesa, que acostumbran á beber vino ó cerveza, haciendo muy poco ejercicio á la vez que siguen este régimen. Estos hechos hacen suponer que el elemento etiológico más importante en la produccion de la gota, despues de la predisposicion hereditaria, es la desproporcion entre la cantidad de sustancias nutritivas ingeridas y el desgaste orgánico. En los niños, las mujeres, los obreros y los pobres es excepcional esta desproporcion; y hasta en la edad viril, en la cual es bastante comun en las clases acomodadas de la sociedad, están libres de la gota los individuos que no tienen la mala costumbre de comer y beber más de lo que necesitan para reparar las pérdidas del organismo. La hipótesis de que este género de vida da lugar á una mayor produccion de ácido úrico, á causa de que se forman en el cuerpo principios azoados en tanta abundancia, que no basta el oxígeno introducido por la respiracion para trasformarlos en urea, por una oxidacion superior á la del ácido úrico, y que la exagerada produccion de este y su acumulo en la sangre, se traduce por los sín-

tomas de la gota; esta hipótesis, decimos, por admisible que parezca, debemos previamente refutarla como una hipótesis arbitraria, y que no se apoya sobre hecho alguno positivamente comprobado. Si así sucediera realmente, sería infinito el número de gotosos; y sin embargo, sólo vemos un corto número de sibaritas padecer esta enfermedad.

Las observaciones experimentales de Hoppe-Seyler y de Zaleski, que investigando la esencia de la uremia habian ligado los ureteres en algunos patos y gallinas, y encontraron pocos dias despues de la operacion cubiertas de cristales de uratos casi todas las vísceras de estos animales, depositados tambien en las articulaciones y representando exactamente las incrustaciones de la gota, hacen muy admisible la siguiente hipótesis *sobre la relacion que existe entre la diatesis gotosa y el ataque de gota.*—La diatesis gotosa depende de una anomalía de la nutricion, bajo el influjo de la cual se produce el ácido úrico en menor cantidad, es cierto, que en las aves y los reptiles, pero en mucha mayor abundancia, sin embargo, que en las personas sanas. Mientras que el ácido úrico, producido con exceso, es fácilmente eliminado por los riñones, se encuentran los individuos en un estado bastante soportable ó sin experimentar molestia alguna. Pero sucede todo lo contrario, cuando los canaliculos uriniferos están obliterados por uratos precipitados, hallándose de esta manera impedida la eliminacion del ácido úrico, puesto que en estos casos se verifica, lo mismo casi que sucede en los animales antes mencionados, un acumulo de ácido úrico en la sangre y un depósito de esta sustancia en las articulaciones y en otros órganos, ó en otros términos, un ataque de gota normal ó anormal. Si inmediatamente despues es arrastrado y eliminado con la orina el precipitado de ácido úrico, lo cual da lugar á esos sedimentos rojos y terrosos formados por esta última, y que se perciben hasta en los pañales de los recién nacidos afectados de infartus úrico, se disipa el acceso de gota; mas si no tiene lugar la eliminacion de los precipitados y el riñon se atrofia, el ataque de gota aguda se tras-

forma en gota crónica. Esta hipótesis encuentra también un gran apoyo en la circunstancia de que Garrod y otros observadores muy fidedignos, han encontrado en *todos* los casos de gota los riñones enfermos, es decir, desigualmente atrofiados y con infartos úricos. Estoy muy distante de creer, que esta teoría, á la cual parece también afiliarse Traube, está libre de objeciones; pero creo está más de acuerdo que ninguna otra con los hechos fisiológicos y patológicos. Si aparte de esto llegara á confirmarse que la sangre de los gotosos constantemente contiene fuertes cantidades de ácido úrico, y que la orina, por el contrario, siempre presenta durante el ataque ligeras proporciones de este principio, constituiría un argumento más en apoyo de la teoría que hemos emitido.

§. II.—Anatomía patológica.

En la autopsia de individuos gotosos, que por lo demás rara vez hay ocasión de practicarla en los hospitales, se encuentra en las articulaciones enfermas los residuos de una inflamación más ó menos intensa, y como sello característico de la verdadera gota, incrustadas las superficies articulares de masas análogas á la creta, formadas de uratos. Cuando es leve la enfermedad, son pocas las articulaciones modificadas de este modo. Muchas veces sólo está atacada la primera articulación del dedo gordo del pié. Al contrario, en los casos graves é inveterados, ordinariamente ocupan un gran número de articulaciones; las superficies articulares están cubiertas de gruesas capas de uratos; los cartílagos, que se han puesto rugosos, presentan una disposición fibrosa; los ligamentos articulares, el periostio y las bolsas mucosas de alrededor de las articulaciones enfermas, están llenas de enormes concreciones de estas sales. En tales casos, están muy deformes las articulaciones, y suele verse por transparencia masas cretáceas blancas, á través de la piel de color rojo líbido. También otras partes, sobre todo el pulpejo de los dedos, los párpados, y ante todo los

cartilagos de la oreja, presentan concreciones parecidas. En el pabellon de la oreja, cuando están cubiertas de una piel fina, forman especie de perlas blancas rodeadas de vasos varicosos, signo cierto de la *arthritis*.—No conozco por observaciones personales las modificaciones del riñon, de que antes hemos hablado. Segun Garrod, que ha descrito y dibujado con mucha exactitud el riñon gotoso, es muy semejante al riñon en el tercer período de la enfermedad de Bright, con la diferencia, sin embargo, de que en las pirámides constantemente se encuentran estrias blancas formadas de uratos, y que siguen la direccion de los tubos rectos, y en el vértice de cada papila un punto blanco formado por la misma materia.

§. III.—Síntomas y marcha.

La mayor parte de los gotosos, mucho antes de su primer ataque de podagra, han presentado en su aspecto exterior y en su estado de salud las otras consecuencias de sus costumbres desarregladas. Ordinariamente están muy robustos; su cara, sobre todo la nariz, está encendida por un desarrollo de vasos varicosos, y padecen hemorroides; sin embargo, estos y otros fenómenos análogos que se encuentran combinados y modificados de mil maneras distintas en muchos individuos, no pueden considerarse como los prodromos de la gota.

Pero aparte de estos fenómenos, tanto el primer acceso de gota como los siguientes, son generalmente precedidos de verdaderos *prodromos*, los cuales afectan los caracteres de una enfermedad general, conocida bajo el nombre de *gota imperfecta ó estado artrítico*. Se sienten los enfermos deprimidos, el sueño es agitado, el apetito disminuye y la digestion se perturba; se quejan de palpitations del corazon y de opresion, tienen fuertes sudores, y suelen arrojar orinas escasas y concentradas. Los individuos despreocupados no suelen dar gran importancia á estos signos precursores, los ocultan al médico, y continúan haciendo la misma vida.

El *ataque*, aunque precedido de prodromos, casi siempre

se presenta inesperadamente sorprendiendo de pronto al enfermo en medio de la noche. Este, que completamente descuidado se ha acostado y dormido con toda tranquilidad, es despertado súbitamente, por lo general, poco despues de media noche, por un violento dolor quemante ó terebrante en la articulacion metatarso-falángica de uno de los dedos gordos de los piés. El dolor llega muy pronto hasta un grado insufrible; parece al enfermo que la articulacion acometida es apretada dentro de un estuche, llora, se queja y agita en la cama; muchas veces la pierna ó todo el cuerpo tiembla por el dolor. Inmediatamente despues de aparecer este, principia á enrojecerse é hincharse la piel que cubre la articulacion enferma, y á esto se une una fiebre con pulso ancho y lleno, piel seca, sed ardiente, orina concentrada y una gran irritacion psíquica. Hacia el amanecer se presenta la remision, y en el trascurso del dia suele ser bastante pasadero el estado del paciente, por más que no se hayan completamente disipado los dolores, que la base del dedo gordo se presente más tumefacta, reluciente y muy rojiza, y que aun esté hinchada toda la pierna por un ligero edema. A la noche siguiente se repite la misma escena con una violencia igual ó algo menor, durante el dia se experimenta un nuevo alivio, y de este modo alternan dias pasaderos con noches fatales; este estado se prolonga próximamente una semana, rara vez más, al ménos en el primer acceso. Al cabo de este tiempo queda libre el paciente de sus tormentos, hasta el ataque siguiente. La rubicundez é hinchazon de la base del dedo grueso que ha sido el asiento de la podagra, se disipan lentamente, se descama despues el epidermis, y todo termina recobrando su estado normal. Casi nunca deja tras de sí el primer ataque de gota, una deformidad de la articulacion. Es raro que la primera vez ataque á otras articulones que la primera del dedo gordo, ó en otros términos, que el primer ataque, en lugar de ser una *podagra*, sea una *quiragra*, una *gonagra* ó una *omagra*. Despues que los enfermos se han re-
puesto de sus padecimientos y de su insomnio, se sienten me-

cartilagos de la oreja, presentan concreciones parecidas. En el pabellon de la oreja, cuando están cubiertas de una piel fina, forman especie de perlas blancas rodeadas de vasos varicosos, signo cierto de la *arthritis*.—No conozco por observaciones personales las modificaciones del riñon, de que antes hemos hablado. Segun Garrod, que ha descrito y dibujado con mucha exactitud el riñon gotoso, es muy semejante al riñon en el tercer período de la enfermedad de Bright, con la diferencia, sin embargo, de que en las pirámides constantemente se encuentran estrias blancas formadas de uratos, y que siguen la direccion de los tubos rectos, y en el vértice de cada papila un punto blanco formado por la misma materia.

§. III.—Síntomas y marcha.

La mayor parte de los gotosos, mucho antes de su primer ataque de podagra, han presentado en su aspecto exterior y en su estado de salud las otras consecuencias de sus costumbres desarregladas. Ordinariamente están muy robustos; su cara, sobre todo la nariz, está encendida por un desarrollo de vasos varicosos, y padecen hemorroides; sin embargo, estos y otros fenómenos análogos que se encuentran combinados y modificados de mil maneras distintas en muchos individuos, no pueden considerarse como los prodromos de la gota.

Pero aparte de estos fenómenos, tanto el primer acceso de gota como los siguientes, son generalmente precedidos de verdaderos *prodromos*, los cuales afectan los caracteres de una enfermedad general, conocida bajo el nombre de *gota imperfecta ó estado artrítico*. Se sienten los enfermos deprimidos, el sueño es agitado, el apetito disminuye y la digestion se perturba; se quejan de palpitaciones del corazon y de opresion, tienen fuertes sudores, y suelen arrojar orinas escasas y concentradas. Los individuos despreocupados no suelen dar gran importancia á estos signos precursores, los ocultan al médico, y continúan haciendo la misma vida.

El *ataque*, aunque precedido de prodromos, casi siempre

se presenta inesperadamente sorprendiendo de pronto al enfermo en medio de la noche. Este, que completamente descuidado se ha acostado y dormido con toda tranquilidad, es despertado súbitamente, por lo general, poco despues de media noche, por un violento dolor quemante ó terebrante en la articulacion metatarso-falángica de uno de los dedos gordos de los piés. El dolor llega muy pronto hasta un grado insufrible; parece al enfermo que la articulacion acometida es apretada dentro de un estuche, llora, se queja y agita en la cama; muchas veces la pierna ó todo el cuerpo tiembla por el dolor. Inmediatamente despues de aparecer este, principia á enrojecerse é hincharse la piel que cubre la articulacion enferma, y á esto se une una fiebre con pulso ancho y lleno, piel seca, sed ardiente, orina concentrada y una gran irritacion psíquica. Hacia el amanecer se presenta la remision, y en el trascurso del dia suele ser bastante pasadero el estado del paciente, por más que no se hayan completamente disipado los dolores, que la base del dedo gordo se presente más tumefacta, reluciente y muy rojiza, y que aun esté hinchada toda la pierna por un ligero edema. A la noche siguiente se repite la misma escena con una violencia igual ó algo menor, durante el dia se experimenta un nuevo alivio, y de este modo alternan dias pasaderos con noches fatales; este estado se prolonga próximamente una semana, rara vez más, al ménos en el primer acceso. Al cabo de este tiempo queda libre el paciente de sus tormentos, hasta el ataque siguiente. La rubicundez é hinchazon de la base del dedo grueso que ha sido el asiento de la podagra, se disipan lentamente, se descama despues el epidermis, y todo termina recobrando su estado normal. Casi nunca deja tras de sí el primer ataque de gota, una deformidad de la articulacion. Es raro que la primera vez ataque á otras articulones que la primera del dedo gordo, ó en otros términos, que el primer ataque, en lugar de ser una *podagra*, sea una *quiragra*, una *gonagra* ó una *omagra*. Despues que los enfermos se han re-
puesto de sus padecimientos y de su insomnio, se sienten me-

por y más á su gusto que antes del ataque, razon por la cual ha solido atribuirse al ataque gotoso una significacion crítica, pretendiéndose que durante él ó por su aparicion, era eliminada del cuerpo una materia dañina. No hay razon ninguna de recurrir á esta hipótesis para explicar el bienestar que sigue al ataque de gota. Este, coloca al individuo en condiciones diametralmente opuestas á aquellas que más han contribuido á ponerle enfermo. Por la fiebre, aumenta considerablemente el desgaste orgánico, mientras que las pérdidas sufridas por el organismo son muy insuficientemente reparadas; el insomnio y los dolores aumentan tambien el desgaste ó impiden su reparacion; y de esta manera la desproporcion entre la asimilacion y la desasimilacion, en la cual hemos reconocido la condicion etiológica más esencial para el desarrollo de la gota, y que tambien es la causa de ciertas complicaciones, tales como la obesidad, hemorroides, etc., se encuentra más que reparada por el ataque de gota y la fiebre que le acompaña. En este hecho es en el que debe buscarse la sencilla explicacion del bienestar experimentado despues del ataque.

Si no se olvidaran por lo general tan pronto los padecimientos que se han disipado sin dejar señal ninguna, indudablemente el primer ataque de gota seria siempre tambien el último. Pero la mayor parte de los gotosos, despues de seguir fácilmente durante algunos meses sus buenas determinaciones y las prescripciones del médico, vuelven poco á poco á sus antiguos hábitos; el primer ataque es seguido de un segundo, este de un tercero, y de esta manera aparece toda una série de ataques que en su evolucion se asemejan más ó ménos al primero. Al principio, los intervalos que median entre los diversos accesos son de uno ó varios años; más tarde se repiten varios accesos en uno solo. A medida que se hacen más cortos estos intervalos, se separan más de su primer tipo los ataques; se hace ménos franca la intermitencia, y de este modo la gota *regular aguda ó tónica*, se convierte insensiblemente en gota *irregular crónica ó atónica*.

Por *gota crónica* se entiende, aquella forma de la gota irregular en la cual son precedidos los accesos durante un tiempo más ó ménos largo de prodromos, sobre todo de fenómenos de dispepsia; los accesos son acompañados de dolores ménos vivos y una fiebre ménos intensa, pero que se prolongan por espacio de algunos meses y semanas, y en la cual, en fin, suele suceder que durante los ataques caen varias articulaciones enfermas á la vez, ó unas despues de otras. Por otro lado, durante la gota crónica especialmente, es cuando se ve formarse las concreciones voluminosas de uratos descritas en el párrafo II en las articulaciones y tejidos que las rodean. La hinchazon y la rubicundez, que en los ataques de gota aguda ordinariamente adquieren al segundo dia su mayor intensidad, se desarrollan con mucha más lentitud en la gota crónica; la rubicundez generalmente no es tan intensa, y la hinchazon es más difusa y más edematosa. Al final del ataque no se disipa el infarto, como despues del ataque de gota aguda con descamacion del epidermis, sino que persiste por espacio de más ó ménos tiempo; al principio blandos y pastosos, presentan más tarde los tejidos en su espesor pequeños cuerpos sólidos más ó ménos grandes, que terminan por trasformarse en un tofus duro. Este último, comparado con el tumor cuyo residuo forma, es bastante pequeño; pero concreciones nuevas que se forman durante los accesos ulteriores, aumentan poco á poco su volumen, que puede llegar á ser muy considerable.—Los depósitos que se forman en el interior de las articulaciones, los tofus voluminosos, las modificaciones inflamatorias, en fin, de la cápsula y del aparato ligamentoso, que provoca la irritacion continua de estas partes por las masas acumuladas, terminan por poner las articulaciones enfermas dolorosas, dificiles de mover y deformes, aun fuera de los momentos del ataque. Muchas veces no pueden andar los enfermos sino con trabajo y apoyándose sobre un baston, no pudiendo servirse sino incompletamente de sus brazos y manos, cuando tambien han sido atacadas estas extremidades. En algunos casos ocasionan las con-

creciones, inflamaciones flemonosas por la irritacion que ejercen sobre el tejido vecino. Se forman al rededor de ellas abscesos, y muchas veces el pus que de estos sale está mezclado con masas que tienen una consistencia pétrea ó con concreciones sólidas. Con este continuo desórden en las funciones de los miembros, que se desarrolla lentamente en la gota crónica, coincide un estado de perturbacion de toda la economía. Pierden los enfermos su robustez, se debilitan las fuerzas y se perturba sus digestiones; quéjanse de acideces, flatulencia y de irregularidad en las cámaras; á esto suelen acompañar trastornos de la circulacion, y en casi todos los casos un alto grado de irritabilidad y de tristeza. Generalmente se atribuyen los numerosos trastornos funcionales y nutritivos que se desarrollan en el curso de la gota crónica, á la anomalía de la crisis sanguínea, ó sea á la discrasia gotosa; sin embargo, no tiene nada de imposible que acompañe á esta enfermedad una fiebre lenta apreciable solamente al exámen termométrico, y sea la causa de la caquexia general.—La gota crónica generalmente, como antes hicimos ver, ha sido precedida de una gota aguda, y se produce cuando la constitucion de los enfermos ha sido debilitada por repetidos ataques de esta última, ó por un tratamiento debilitante; sin embargo, se citan tambien algunos casos en que la gota ha sido crónica desde el principio.

Por gota *atónica* y *anómala* se entiende generalmente aquella forma en la cual no se produce ataque propiamente dicho, ó en que, segun la opinion tradicional expresada por la palabra «gota atónica,» el organismo debilitado ya es incapaz, por decirlo así, de producir ataques de gota normal. Cometíanse antes verdaderos abusos con el diagnóstico de la gota atónica ó anómala; pero por otro lado, hoy evidentemente se exagera al considerar, como muchos autores lo hacen, todas las formas morbosas que se presentan en los gotosos, y algunas de las cuales son acompañadas de fenómenos morbosos muy extraordinarios, como complicaciones puramente accidentales y sin relacion ninguna directa con la gota misma.—No es raro, desde luego, observar

en los individuos afectados antes de gota aguda regular, un estado que con toda razon puede designarse con el nombre de gota atónica. En estos individuos se ha desarrollado una afeccion constitucional continua, traducida principalmente por una hiperestesia general muy intensa, por la debilidad muscular, fenómenos dispépticos, y generalmente tambien por una produccion de sudor muy exagerada y una orina densa y turbia. A esta perturbacion del estado general se agregan á la menor ocasion, cuando, por ejemplo, cometen los pacientes ligeros excesos, experimentan alguna emocion, se exponen á la accion del frio, cambia el tiempo, y con igual frecuencia tambien cuando no puede percibirse ninguna de estas causas ocasionales, dolores en tal ó cual articulacion, los cuales son muy violentos y simulan un acceso de gota durante su desarrollo. Pero á estos dolores corresponde una rubicundez moderada y un infarto insignificante, desapareciendo estos fenómenos al cabo de algunas horas. En otros casos falta totalmente la rubicundez y el infarto, y los dolores, que son muy intensos, forman el único síntoma del ataque gotoso. Si la preexistencia de ataques normales facilita la interpretacion de semejante estado morbozo, que no deja de ser frecuente, los ataques intercurrentes y de gota aguda dan al diagnóstico de la atónica, un carácter de certeza absoluta. Es bastante más difícil conocer la significacion del conjunto de síntomas que acabamos de describir, y distinguirlos de un reumatismo vago crónico, cuando no han preexistido accesos de gota propiamente dicha, ni se manifiestan tampoco de una manera intercurrente. Me parece indudable que la forma de gota atónica de que aquí tratamos, puede tambien en ciertos casos presentarse como enfermedad primitiva, y creo que en los casos en que pueda comprobarse una predisposicion hereditaria á la enfermedad y costumbres muy regadas, precediendo á aquella, debe diagnosticarse esta forma, aun suponiendo que no hayan existido accesos anteriores de gota normal; sobre todo, cuando las sensaciones dolorosas, acompañadas á veces de un ligero grado de rubicundez é hinchazon,

se manifiestan de preferencia en las pequeñas articulaciones de los piés y de las manos, y con los accesos dolorosos coincide una caquexia pronunciada. Yo he observado casos de este género en que fué poderosamente facilitado el diagnóstico por el estudio de las condiciones *favorables y desfavorables*. Así, no solamente habian notado los enfermos mismos que podian exponerse impunemente á la accion del frio, y que, por el contrario, el volver á usar el régimen prohibido y á beber vino y cerveza agravaba siempre su estado, sino tambien que los tratamientos antireumáticos no les procuraba el menor alivio, mientras que una medicacion que tuviera por efecto activar los cambios orgánicos era seguida de una mejoría radical y duradera, tanto de los fenómenos locales como de la caquexia general.

Para mí es indudable que algunas veces, en lugar de verificarse la precipitacion de uratos con la hiperemia é inflamacion que le acompaña, en las articulaciones, pueda tener lugar en otros órganos, ó en otros términos, que la *gota anómala interna ó artritis metastática retrógrada* de los antiguos, es un hecho real. Para sostener esta opinion, concedo mucha más importancia á ciertas observaciones clínicas que no admiten otra interpretacion de los hechos, que á las observaciones de Zalesky, el cual, despues de haber ligado los ureteres de patos y gallinas, encontró depósitos de uratos, no sólo en las articulaciones, sino casi en todos los demás órganos, y entre ellos el estómago, el corazon y los pulmones. Así, observaba hace algun tiempo en un señor anciano afectado de gota de muchos años atrás, una angina que se manifestaba al mismo tiempo que inflamaciones articulares esencialmente artríticas, distinguiéndose por un color azulado especial de la faringe, seguía una marcha completamente distinta que la de las formas ordinarias de la angina, y no desaparecia sino con las inflamaciones articulares. No me cabe la menor duda de que en este caso se trataba de una angina gotosa. En otros dos enfermos, afectados tambien de gota bien pronunciada, observé

encefalopatías, que debo considerar como inflamaciones gotosas circunscritas, de las meninges. Podía con toda seguridad excluirse todas las demás enfermedades del cerebro ó de sus membranas, tanto más, cuanto que los fenómenos que habían presentado un carácter muy grave, y despertado grandes inquietudes, desaparecieron en pocos días y sin dejar señal ninguna en uno de los dos enfermos, después de una abundante eliminación de uratos con la orina, y en el otro durante el desarrollo de una inflamación articular gotosa. Es cierto que ninguna autopsia ha demostrado directamente hasta ahora, la existencia de una gota interna. Sin embargo, debe tenerse presente cuán raro es tener ocasión de practicar la autopsia de los gotosos, y cuán minuciosas deben ser las investigaciones para poder apreciar la presencia de uratos en la mucosa del estómago, en el pulmón ó en el corazón, tanto más, cuanto que es muy posible puedan desaparecer estos depósitos después de terminar el acceso. Los órganos que con más frecuencia son afectados de gota, parecen ser el estómago, el cerebro y el corazón. 1.º, la *gota del estómago* se manifiesta con los síntomas de una cardialgia intensa, acompañada de violentos vómitos, y algunas veces de hematemesis. 2.º, la *gota del cerebro* puede ofrecer los síntomas de una apoplejía fulminante, mientras que en otros casos se traduce por una violenta cefalalgia circunscrita, vértigos y vómitos. 3.º, la *gota del corazón* se distingue por una irregularidad y debilidad de la acción cardíaca y por una dispnea intensa ó síncope, debidos á los trastornos circulatorios. En fin, también se han descrito metastasis gotosas á la médula espinal, determinando una paraplejía súbita, y metastasis gotosas al pulmón, traducidas por accesos análogos á los de asma.—Debemos guardarnos de tomar por un ataque de gota anómala, cualquiera otra enfermedad intercurrente que acometa á un individuo afectado de una diatesis gotosa. No hay derecho para hacer semejante suposición, sino cuando la enfermedad presenta fenómenos insólitos, separándose de los de las enfermedades frecuentemente observadas y bien

conocidas, ó cuando el enfermo padece simultáneamente una inflamacion articular gotosa, ó bien, por último, cuando se presenta súbitamente una afeccion de un órgano interno, mientras desaparece una afeccion articular gotosa, ó aparece de pronto en el curso de esta última; y en fin, cuando la terminacion de la enfermedad coincide con una grande eliminacion de uratos por los riñones.

La *marcha* de la gota es larga é insidiosa. La terminacion por una curacion radical, que es en suma bastante rara, se observaria con bastante frecuencia si los enfermos pudieran decidirse á cambiar por completo su género de vida, antes de arraigarse el mal. Tambien la muerte es una terminacion rara de la gota, y casi exclusivamente sobreviene en los violentos accesos de gota anómala interna. La mayor parte de los gotosos mueren de complicaciones ó de enfermedades intercurrentes

§. IV.—Tratamiento.

Puesto que hemos considerado la desproporcion entre la asimilacion y el gasto orgánico, como el elemento más importante de la gota despues de la predisposicion hereditaria, la *indicacion causal* debe reclamar evidentemente medios propios para extinguir esta desproporcion, *disminuyendo la asimilacion y aumentando el gasto*. En el curso de la gota, sobre todo cuando despues de durar más ó ménos tiempo la enfermedad ha pasado de la forma regular á la irregular, llega un momento en que el estado de la nutricion del enfermo no permite disminuir la asimilacion, ni debe tampoco aumentarse el desgaste, sino con grandes precauciones; pero en todos los casos recientes de gota regular, y en todos los enfermos cuyo estado general y nutricion presenten la desproporcion de que acabamos de hablar, sólo procurando llenar el objeto antes indicado, puede esperarse el alivio y la curacion de la enfermedad.— Concibese, segun esto, que en el tratamiento de la gota debe

relegarse al segundo lugar la prescripcion de las sustancias medicamentosas, siendo lo más importante, y la base de todo, la regularizacion del régimen. Importa ante todo prescribir al enfermo de una manera precisa la cantidad y calidad de los alimentos que debe tomar. Todo gotoso debe saber exactamente qué es lo que puede comer y qué cantidad de ello puede tomar; porque aunque con estas condiciones suele todavía cometer algunas infracciones; no serán, sin embargo, tan grandes sus excesos, como si pudiera excusarse con el pretexto de ignorar la extension de las restricciones impuestas á su régimen. ¡Cuántos enfermos no hay que despues de contravenir las prescripciones de su médico temen más los regaños de éste que las fatales consecuencias de su imprudencia! Debe mandarse á los gotosos se abstengan por completo de asistir á los banquetes y las grandes comidas, aunque prometan ser muy sóbrios en ellas. Sus comidas deben principalmente componerse de sustancias vegetales, de verduras, legumbres, frutas, etc.; no debiendo permitírseles usar carne más que una sola vez al dia. El vino y la cerveza disminuyen la renovacion orgánica, y por esta razon perjudican á los gotosos. Todo el mundo puede notar en sí mismo, que necesita tomar muchos ménos alimentos cuando toma vino ó cerveza con la comida, y que usando moderadamente de estos líquidos soporta mejor los fuertes ejercicios. Las personas que estén algun tanto predispuestas á la obesidad, se cargan de grasa cuando beben regularmente abundantes cantidades de vino ó cerveza, y la mayor parte de ellos tienen la cara encendida y una fuerte turgencia venosa, hasta que se perturban sus digestiones y se declara en ellos otras fatales consecuencias para la economía. Esta consideracion, y la circunstancia de ser sumamente raro el desarrollo de la gota en individuos que no beben vino ni cerveza, exigen que ordenemos se abstengan de estos líquidos, ó por lo ménos, vayan poco á poco perdiendo su costumbre (véase más abajo). La misma observacion se aplica al té y al café. Por más que estos líquidos contengan muy pocos elementos nutri-

tivos, y no pueda por consiguiente considerarse su uso como causa de un sensible aumento de la nutricion, es, sin embargo, innegable que el té y el café ejercen sobre el desgaste orgánico la misma accion que el vino y la cerveza; que conservan las fuerzas, disminuyen la necesidad de la alimentacion, restringen las pérdidas del organismo, y son por consiguiente perjudiciales á los gotosos.—En oposicion con el vino, la cerveza, el café y el té, la ingestion de agua caliente bebida en gran cantidad favorece la desasimilacion. Nadie siente despues de ingerir grandes cantidades de agua menores deseos de alimentacion, y nadie se pone por este medio más apto para soportar fuertes ejercicios, ni se adquiere tampoco mucho vientre, ni muchos colores en la cara, cuando durante mucho tiempo se bebe agua en abundancia; se ha observado, por el contrario, que la cantidad de urea eliminada en las veinticuatro horas es mucho mayor en los individuos que beben mucha agua que en aquellos que, en igualdad de circunstancias, beben poca; como quiera que este aumento de la cantidad de urea arrojada por los individuos que beben mucha agua, no se observa de un modo momentáneo, sino de una manera permanente, tenemos derecho á concluir que el hábito de beber agua aumenta el desgaste orgánico y es útil á los gotosos, en tanta proporcion como la costumbre de beber vino, cerveza, café y té, les es perjudicial. En fin, como quiera que la actividad muscular acelera tambien el movimiento de desasimilacion y de gasto orgánico, se comprende fácilmente que una vida cómoda é indolente perjudique á los gotosos, y que un ejercicio regular juegue un gran papel en la terapéutica de la gota. No hubiéramos entrado en todos estos razonamientos teóricos, si precisamente en el tratamiento de la enfermedad que nos ocupa no estuviera completamente acorde la teoría con la práctica. Las reglas que para el tratamiento de la gota hemos podido deducir, de los efectos hasta ahora conocidos de ciertas sustancias sobre la renovacion de la materia orgánica, han recibido desde hace mucho tiempo la sancion de la práctica.

Hay un medio que forma en cierto modo la transición entre las prescripciones dietéticas y las medicamentosas, que son las curas de aguas minerales tomadas al interior, las cuales gozan de mucho más favor en el tratamiento de la gota que en el de ninguna otra enfermedad. Las aguas anti-artríticas por excelencia, son las de Vichy, Karlsbad, Mariembad, Kissingen y Hombourg. El favorable efecto de estas aguas parece también depender de su eficacia contra la plétora, que se desarrolla en caso de desproporción entre el gasto y la asimilación orgánica, ya que esta plétora dependa exclusivamente de una hipertrofia de la sangre, es decir, de un aumento de sus elementos celulares y de una mayor densidad de la sustancia intercelular, ó por otro nombre del suero sanguíneo, ó ya consista en un aumento absoluto de la sangre contenida en el cuerpo. Es un hecho muy curioso que la saludable influencia, conocida desde hace mucho tiempo, de estas disoluciones salinas naturales sobre los estados pletóricos, la cual supera con mucho á la eficacia del agua simple, concuerda perfectamente con las observaciones de C. Schmidt y de Vogel, según las cuales la riqueza del suero sanguíneo en albúmina y su abundancia en sales, están en razón inversa mutuamente. No me atrevo á decir cuál de estas aguas que acabamos de citar debe preferirse para el tratamiento de la gota, si, por ejemplo, la disolución salina que constituye el agua de Kissingen y de Hombourg hace desaparecer la plétora más rápida y completamente que el agua de Karlsbad y Mariembad, ó bien si sucede lo contrario. De la misma manera, me abstengo por completo de examinar si la ingestión de estas disoluciones salinas tiene una acción favorable, no sólo sobre la plétora, sino también sobre esa anomalía de la nutrición que en ciertos individuos pletóricos engendra precisamente la diatesis gotosa (úrica). En fin, la cuestión de saber si en un caso determinado, cierta particularidad debe hacer preferir el agua mineral de Kissingen, y tal otra las de Karlsbad, Wiesbad, Hombourg ó Vichy, y cuál es la circunstancia que reclama más bien una que otra: esta cues-

tion, decimos, no se ha resuelto tampoco en el estado actual de la ciencia. Es innegable, que aun actualmente el uso regular de la sal llamada de Bullrich, mezcla de bicarbonato de sosa y de sulfato de sosa, compite ventajosamente con las ya célebres curas obtenidas en los establecimientos citados, lo cual es un hecho que forma un argumento muy poderoso contra las pretendidas virtudes *ocultas* de las disoluciones salinas naturales. Cualesquiera que sean los servicios prestados en los casos recientes de gota regular por el método mencionado, cuando se ha entablado con prudencia y precaucion, no es ménos cierto que la exagerada restriccion de alimentos, la abstinencia súbita y completa de los espirituosos, que por costumbre venian bebiéndose metódicamente desde hace muchos años, y todas las demás medidas debilitantes empleadas imprudentemente y con precipitacion, son seguidas de las más fatales consecuencias. Semejante exageracion y precipitacion libran algunas veces, es cierto, al enfermo de la gota aguda, pero le hacen caer en la gota irregular, crónica ó atónica, con cuyo cambio seguramente no gana mucho. En el momento que principia á manifestarse en los gotosos los signos de una caquexia general, agrava su enfermedad la continuacion de un método curativo debilitante; entonces es preciso prescribirles un régimen nutritivo y hasta permitirles el uso de un poco de vino, pero debe tambien evitarse las exageraciones en lo que concierne al método corroborante indicado en este caso. Si es cierto que llegado á este período de la enfermedad no debe someterse al gotoso á un régimen demasiado severo, conviene, sin embargo, seguir siempre ayudando prudentemente la desasimilacion. Bajo ningun pretexto deben abandonarse los enfermos á un reposo indolente; deben siempre hacer todo el ejercicio que les permitan sus fuerzas; tampoco debe permitirseles que usen más vino del que es necesario para confortarlos ligeramente, y siempre será tambien bueno enviarles á las aguas alcalino-salinas y alcalino-muriáticas ligeramente ferruginosas, tales como Eger, Kissigen, Hombourg, más bien que á las aguas ferrugi-

nosas puras, y mejor que prescribirlas simplemente preparaciones ferruginosas. Cuando nada parece indicar el uso de las disoluciones salinas, siempre es conveniente aconsejarles *beban grandes cantidades de agua*. A fin de que esta prescripción sea bien seguida, es preciso marcar de un modo terminante la cantidad de agua que debe beber el enfermo durante el día. Basta la simple probabilidad de que la retención del ácido úrico en los canaliculos uriníferos, y la obliteración de estos provoca el ataque de gota, para que se considere como muy racional sostener á cierto nivel la presión del líquido segregado por el riñón, y diluir la orina, supuesto que los uratos no se disuelven sino en grandes cantidades de agua.—En los periodos avanzados de la enfermedad presta excelentes servicios el uso de las aguas acrato-termales. Tales son Wilbad, Gastein, Pfeffers, etc. Conviene combinar en estos establecimientos el uso interno del agua mineral con los baños; es posible que el primer medio arrastre por una especie de locion los infartos que obliteran los canaliculos renales, mientras que el segundo ejerce la más favorable influencia sobre la inflamación articular.

Para la *indicación de la enfermedad*, no podemos dar reglas fijas, supuesto que la gota, enfermedad *sui generis* y todavía muy oscura, no puede curarse directamente por una medicación racional, ni por un remedio específico. Es cierto que algunos médicos han dado al *colchico* el nombre de específico de la gota; sin embargo, su efecto parece ser simplemente paliativo. Poco á poco se ha ido perdiendo la costumbre de hacer tomar el colchico de una manera continua, y hoy se contentan con administrarle durante los accesos de gota aguda. La mayor parte de los médicos del siglo pasado, que generalmente tenían una alta idea de los resultados de la intervención terapéutica, consideraban á la gota como un *nolli me tangere*, y hoy mismo no sabrá encarecerse bastante no se haga un empleo intempestivo y perjudicial de los medicamentos, en el tratamiento de la gota.

El objeto de la *indicación sintomática*, consiste, ante todo,

en abreviar el ataque y en hacerle lo más soportable posible para los enfermos, puesto que en la actualidad ha dejado con razon de existir la idea de que debe respetarse el ataque, á causa de que ejerce sobre el organismo una influencia depurativa y bienhechora. La experiencia nos ha enseñado, que en la inflamacion gotosa los remedios antiflogísticos no pueden disminuir notablemente los dolores ni abreviar la duracion del acceso; pero lo que principalmente ha sido probado, es que una medicacion de este género, principalmente las sangrías generales y locales y los purgantes salinos fuertes, tienden á transformar la gota aguda regular, en gota crónica irregular y atónica. Debe tambien rechazarse la aplicacion del frio, así como los fomentos calientes y narcóticos sobre las articulaciones dolorosas; por el contrario, el uso interno de los narcóticos, y ante todo del colchico, merecen usarse mucho, tanto contra los accesos de gota aguda como crónica. Hasta ahora no ha podido averiguarse sobre qué propiedad se funda la eficacia del colchico contra los ataques de gota. La opinion de que esta eficacia es principalmente debida á su accion diurética, por la cual tiende á arrastrar fuera del cuerpo el acido úrico, ha sido refutada por Garrod. Ordinariamente se prescribe 20 ó 30 gotas de tintura ó de vino de simiente de colchico, para tomar cuatro veces por dia. Mayores dosis provocan cólicos y diarrea, sin ser más eficaces que las dosis moderadas antedichas. Durante el ataque puede hacerse beber además, grandes cantidades de agua acidulada; quizá la favorable influencia de esta prescripcion consista, como ya antes hemos dicho, en que la orina se pone más diluida, y en que se aumenta la presion del líquido segregado por el riñon. La teoría que hemos emitido está tambien conforme con el método de Cadet y Vaux, el cual consiste en hacer beber cada cuarto de hora un vaso de agua, todo lo caliente que pueda sufrir el enfermo. Parece que se han obtenido realmente algunos brillantes resultados á beneficio de este remedio; sin embargo, no deja de tener sus inconvenientes.—Durante el *ataque* debe colocarse el miembro enfermo en

una posición elevada, cubrirle con algodón ó lana, y someter al enfermo á un régimen bastante severo.

Si despues de los ataques queda alguna dificultad en los movimientos, debe enviarse á los enfermos á Wilbad, Tœplitz ó Wiesbaden.—Si se forman abscesos en las articulaciones afectadas de gota, debe cubrirselas de cataplasmas, y si los abscesos ocasionan úlceras, continuar aquellas hasta la curacion de estas últimas.—Para el tratamiento de la gota anómala interna es imposible dar reglas generales. El empleo de las emisiones sanguíneas ocasiona fácilmente un colapso peligroso, siendo por lo general más conveniente una medicacion estimulante, á casa del peligro de la parálisis. Cuando coincide la desaparicion de una afeccion periférica con un ataque del cerebro, del estómago ó del corazon, es siempre bueno cubrir la parte antes enferma de tópicos irritantes y vesicantes, si bien ciertamente rara vez responde el éxito al empleo de estos medios.

CAPÍTULO III.

RAQUITIS Ó RAQUITISMO.

§. I. — Patogenia y etiología.

Las modificaciones esenciales sufridas por los huesos en el raquitismo, son: 1.º, la extension morbosa de la hipergenesis de los cartilagos epifisarios y del periostio, que determina el crecimiento normal de los huesos en longitud y espesor; 2.º, la osificacion más tardía é incompleta que en la osteogenia normal, de los tejidos cartilaginoso y fibroso procedente de esta hipergenesis. No se trata, pues, en el raquitismo de un *reblandecimiento* morboso de tejidos antes duros, como en otro tiempo se admitia, sino de una *blandura persistente* de tejidos, que en condiciones normales se hubieran vuelto duros por un depósito de sales calcáreas. La circunstancia de que los huesos

raquíticos se encorvan y rompen con mayor facilidad que antes de presentarse la enfermedad, no está de ningún modo en contradicción con esta proposición. El conducto medular se aumenta en los huesos raquíticos de la misma manera que en los huesos sanos; pero mientras que en estos últimos la neoplasia periférica de una sustancia huesosa sólida, predomina sobre la reabsorción de esta misma sustancia en el interior, de suerte que á pesar de ella el hueso se hace más resistente, sucede lo contrario en los huesos raquíticos, en los cuales la reabsorción de la sustancia compacta del centro no está compensada por una neoplasia correspondiente de sustancia compacta en la periferie, por cuyo hecho necesariamente debe disminuir la resistencia de los huesos raquíticos.

La excesiva hipergénesis de los cartílagos epifisarios y del periostio por la cual principia el raquitismo, es considerada por varios autores como una lesión inflamatoria de la nutrición. La gran riqueza en sangre y la notable imbibición de las partes enfermas, los dolores que acompañan al primer período de la enfermedad y las grandes analogías que ofrece esta hipergénesis con otras lesiones nutritivas notoriamente inflamatorias, apoyan esta opinión; pero por otro lado, las condiciones etiológicas, la marcha y la constante terminación del raquitismo, están en contradicción con ella.—Muchos autores han intentado explicar que el retraso de la osificación de los elementos cartilaginosos recientemente formados, y de la neoplasia fibrosa del periostio, suponiendo que en los niños raquíticos las sales calcáreas absorbidas con los alimentos no pueden depositarse en las capas de osificación terminales y periféricas de los huesos, á causa de que son mantenidas en disolución por el ácido láctico contenido en la sangre, y eliminadas del cuerpo con la orina. Parte de los análisis de la orina practicados hasta ahora, es favorable á esta explicación, demostrando que la orina de los niños raquíticos es con bastante frecuencia muy rica en ácido láctico, y contiene cuatro ó seis veces más de fosfato calizo que la orina normal de los niños. Del

mismo modo, la circunstancia de contraer el raquitismo, principalmente aquellos niños que padecen dispepsias de larga duración, puede invocarse en apoyo de esta hipótesis. En las descomposiciones que se operan con extraordinaria actividad en el estómago de estos niños, se producen enormes cantidades de materias ácidas, y especialmente de ácido láctico, siendo posible que la reabsorción de este último y su presencia en la sangre mantenga el fosfato de cal en disolución, y que por consiguiente su eliminación con la orina robe á la sangre los materiales necesarios para la producción de la sustancia huesosa.

Sin embargo, tampoco esta hipótesis resiste un detenido análisis; el aumento del ácido láctico y del fosfato de cal en la orina de los niños raquíticos no es constante. Muchas veces se desarrolla el raquitismo sin haber sido precedido de trastornos de la digestión y de una formación de ácidos, y la hipergénesis de los cartilagos epifisarios y del periostio, que en el desarrollo de esta enfermedad juega tan importante papel como el retraso sufrido en la precipitación de las sales calcáreas, no puede explicarse por la eliminación del fosfato de cal con la orina. Virchow, á quien debemos los más importantes esclarecimientos sobre la historia de los huesos raquíticos y la patogenia del raquitismo, hace notar, que la disminución en la llegada de los elementos calcáreos parece ser una causa aun más probable del retraso de la osificación, que su excesiva eliminación por los niños. Recuerda los elogios que aun hoy mismo se hacen del carbonato y del fosfato de cal, como remedios contra el raquitismo, y sienta, sobre todo, el hecho de que en la dispepsia de los niños que ordinariamente precede á la raquitis, la disminución en la absorción de los albuminatos, generalmente coincide con una disminución en la absorción de las sales térreas necesarias para el crecimiento normal de los huesos, atendiendo á que estas últimas penetran en gran parte en el organismo, formando parte integrante de los albuminatos. Virchow mismo no niega que tambien esta opi-

nion es puramente hipotética. No explica, en efecto, por qué la lesion sufrida en la absorcion de los elementos nutritivos se hace sentir más en los huesos que en los otros tejidos; hay un hecho que está tambien en contradiccion con esta hipótesis, y es, que no se observa exclusivamente el raquitismo en los niños que han padecido dispepsia, sino que se presenta tambien en otros bien nutridos. En fin, todo el mundo convendrá en que un trastorno en la absorcion de los elementos nutritivos no basta para explicar la hipergenesis de los cartilagos epifisarios y del periostio. Despues de esta exposicion, creo la más admisible de todas la opinion de los autores, que consideran que forma la base del raquitismo *una lesion nutritiva de los cartilagos epifisarios y del periostio, parecida á las lesiones inflamatorias*. En otros tejidos, por ejemplo en la piel, en las mucosas, etc., observamos tambien con frecuencia lesiones difusas de la nutricion (exantemas, catarros) cuyas causas próximas no podemos descubrir. Estas lesiones, como el raquitismo, se observan de preferencia, pero no exclusivamente, en los individuos caquéticos y mal nutridos, y están además con mucha frecuencia complicadas de raquitis. Nada tiene de extraño, que en el punto culminante de la enfermedad los trastornos circulatorios en los tejidos que ofrecen una hipergenesis patológica, impidan depositarse en ellos las sales calcáreas, si se recuerda, como muy oportunamente hace notar Virchow, lo que sucede en la periostitis. En fin, la eliminacion de excesivas cantidades de fosfato de cal, tanto puede ser consecuencia como causa de la no precipitacion de las sales calizas en los tejidos osteoides.

El raquitismo es una enfermedad de la infancia, y puede dudarse si los pocos casos que se han descrito como raquitismo de los adultos y raquitismo del feto, deben considerarse como casos realmente de raquitis. Comunmente se observa la enfermedad entre la edad de seis meses y la época de la segunda denticion; en los primeros meses de la vida, y despues de los siete años, es más rara. En algunas familias parece hereditaria

dicha predisposicion. La causa ocasional más frecuente es, sin duda, una alimentacion irracional, siendo tambien indudable para mí que los catarros gastro-intestinales que se desarrollan bajo el influjo de dicha alimentacion, favorecen mucho el desarrollo de la raquitis, si bien de ningun modo considero como un hecho completamente probado, que este desarrollo esté ligado á la reabsorcion del ácido láctico. La existencia de raquitismo en niños bien nutridos, y cuyas digestiones se desempeñan normalmente, prueba, que además de las causas ocasionales citadas, hay todavía otras que nos son desconocidas.

§. II.—Anatomía patológica.

Para los detalles histológicos que resaltan del estudio de los huesos afectados de raquitismo, remitimos á los trabajos de Virchow, Kœlliker y de H. Mayer. Virchow resume las modificaciones observadas en el curso del raquitismo sobre los cartilagos epifisarios, de la manera siguiente: 1.º, la línea de osificacion queda por detrás, mientras que la línea de proliferacion preparatoria del cartilago, sufre un aumento relativo; 2.º, formacion de espacios medulares que avanzan hasta la línea de osificacion, ó más aún, al mismo tiempo que continúa verificándose la proliferacion cartilaginosa; 3.º, formacion de espacios medulares fibrosos, trasformacion osteoide del tejido vecino y de partes más lejanas, sin incrustacion calcárea. Las modificaciones observadas sobre las diafisis en el curso de la enfermedad, han sido reasumidas por Virchow de este modo: 1.º, mayor espesor de la proliferacion perióstica, continuando separada la sustancia en areolas y en una red de trabéculas; 2.º, osificacion incompleta de las redes trabeculares con persistencia de la capa profunda de la sustancia completa; 3.º, formacion parcial de tejido cartilaginoso en las areolas.

La conformacion maciza de los huesos raquíticos y la tu-

meformacion de las epífisis, se explican perfectamente por la proliferacion del periostio y de los cartilagos epifisarios. Si las epífisis son simplemente más gruesas sin ser al mismo tiempo más largas, esto no es debido, segun Virchow, á una proliferacion simplemente verificada en el sentido de la longitud, sino á la compresion que experimenta la blanda capa de nueva formacion por las partes superiores que gravitan sobre ella, y que de este modo produce una especie de separacion lateral. Las desviaciones de los huesos dependen en parte de corvaduras, y en parte tambien de fracturas incompletas de estos mismos. Las corvaduras se observan sobre todo en las epífisis y en los puntos de union cartilaginosa, de los huesos desprovistos de epífisis propiamente dichas, y las fracturas incompletas ocupan más bien un punto de la diafisis. Los huesos largos de las extremidades suelen presentar un aspecto que hace creer que las epífisis han experimentado una especie de torsion sobre la diafisis. La corvadura de las extremidades posteriores de las costillas de un solo lado, suele dar lugar á una asimetría ú oblicuidad del torax. En muchos casos, los puntos de union de las extremidades anteriores de las costillas con los cartilagos costales se invierten hácia dentro, al mismo tiempo que el esternon con la extremidad esternal de los cartilagos costales forma una eminencia hácia adelante. Esta deformidad, conocida con el nombre de pecho en forma de quilla de barco, se explica por la blandura de las partes que acabamos de citar, por cuya condicion no pueden resistir la presion del aire exterior durante la dilatacion inspiratoria del torax. Todo punto de las costillas en que un ligamento flexible sustituyera á la rigidez huesosa, forzosamente se deprimiria durante la inspiracion. La incurvacion de las extremidades superior é inferior de cada vértebra, da origen á las desviaciones de la columna vertebral; la de los huesos de la pelvis en sus puntos de union, á las deformidades de la pelvis, y entre estas últimas especialmente á la forma llamada raquítica, la cual se caracteriza por la disminucion del diámetro antero-posterior, y algunas veces tambien la forma

llamada de corazon de naipe cuando las incurvaciones, en lugar de existir en los puntos de la union del sacro con el innominado, ocupan los puntos de reunion del pubis con el isqueon y el ileon. En caso de fractura incompleta, sólo hay simple corvadura del hueso en el lado de la convexidad, y fractura verdadera en el lado de la concavidad. El conducto medular de un hueso semifracturado se asemeja á la cavidad de un cañon de pluma que se hubiera doblado por la mitad; presenta una fuerte estrechez en el punto correspondiente á la rotura, donde más tarde es completamente obliterado por la formacion de un callo. Tambien se encuentran fracturas totales de huesos raquíuticos, que sin embargo se distinguen de las fracturas de los huesos sanos, en que casi nunca son acompañadas de lesiones del periostio, estando separado este último de la sustancia ósea fracturada, por una capa blanda incompletamente osificada.—Las suturas del cráneo que corresponden á las epífisis de los huesos largos se osifican sumamente tarde en los niños raquíuticos, y no es raro encontrar en ellos á la edad de dos ó tres años abiertas todavía las suturas ó tan sumamente grandes, que dan tentaciones de creer en la existencia de un hidrocéfalo crónico. Los huesos del cráneo y de la cara, que corresponden á las diafisis de los huesos largos, sufren modificaciones análogas á las de estos últimos; se forma en ellos, sobre todo cerca de los bordes, excrecencias del periostio, que se osifican incompletamente y dan á la cara y al cráneo un aspecto deforme. Pero aparte de estos engrosamientos se encuentra tambien en el raquitismo un adelgazamiento parcial de los huesos craneanos (occipucio blando de Elssæser, craneotabes). Este adelgazamiento, por efecto del cual pueden llegar á tocarse la dura madre y el pericráneo, es el resultado de la atrofia lenta de la pared huesosa bajo la presion del cerebro, el cual continúa desarrollándose sin que la produccion de sustancia huesosa compacta en la superficie del cráneo, marche á la par con este crecimiento. Estos espacios membranosos en los huesos craneanos se presentan comunmente en el hueso occipital,

la cama y cogerlos en brazos. A estos fenómenos se agrega el abultamiento de las epifisis, que se nota sobre todo en las articulaciones cubiertas de partes blandas poco gruesas, y que en las condiciones normales no forman fuertes prominencias, tales como la rodilla y el codo. Así, se percibe este abultamiento epifisario en la extremidad del rádio y del cúbito, y en los puntos de union de las costillas con los cartilagos costales.

Llábase rosario raquíptico á esta série de abultamientos de la extremidad external de las costillas. Si el raquitismo viene á unirse de la manera indicada á una diarrea de deteste; si por consiguiente corresponde su principio á una época en que no hacen todavía los niños pruebas para andar, suelen quedar libres de toda desviacion de las extremidades, aun suponiendo se prolongue la enfermedad por muchos años. Basta este hecho para probar, que las corvaduras y fracturas incompletas de los huesos raquípticos, son principalmente producidas por la presion del cuerpo que gravita sobre ellos, y por la contraccion de los músculos. Para la manera de desarrollarse el pecho en forma de quilla, hemos dado una explicacion diferente, no estando de ningun modo en contradiccion, que algunos niños que en el primer año de su vida se vuelven raquípticos y conservan no obstante rectas las piernas, contraigan sin embargo muy á menudo dicha deformidad de las paredes torácicas. Los niños afectados de raquitismo durante el primer año de su existencia, es en quienes tambien se forma más á menudo el cráneotabes, probablemente á causa de la presion que durante el prolongado decúbito dorsal ejerce el cerebro sobre la cara interna del cráneo, y sin duda tambien á causa de la presion ejercida por el lecho sobre su cara externa. Falta saber si los movimientos espasmódicos de rotacion de la cabeza, la atrofia de los cabellos de la region occipital, la agitacion del sueño, los accesos de espasmo de la glotis, de eclampsia y otros fenómenos de alteracion funcional del cerebro que se observan en estos niños, deben considerarse como consecuencias del cráneotabes, ó como simples fenómenos concomitan-

tes. Ejerciendo con precaucion una presion sobre los sitios blandos de la cabeza, muchos niños la soportan bien, pero en otros provoca ataques convulsivos. Debemos tambien recordar, que el catarro crónico de los bronquios es la complicacion más frecuente del raquitismo en el primer año de la vida, hasta el punto que su ausencia debe considerarse como un hecho excepcional (tomo I). En estos niños casi siempre salen muy tarde los dientes, y muchas veces tambien de una manera irregular, sucediendo en ocasiones que pasan todo el primer año sin que se perciba uno solo en la boca. En fin, es positivo que los niños raquíuticos que han contraído su enfermedad en los primeros meses, generalmente se distinguen de los de su misma edad por lo acordes de sus respuestas y la precocidad de su inteligencia. Sin embargo, no creemos, á pesar del gran volumen de la cabeza, que deba atribuirse esta precocidad á una hipertrofia del cerebro, puesto que lo observamos tambien en otros niños obligados á guardar cama por cualquier dolencia, y tienen sólo relaciones con personas maduras y razonables, estándoles prohibido el reunirse con otros niños y los juegos propios de su edad; además, en lo que se llama hipertrofia del cerebro, no existe aumento de los elementos nerviosos sino un exagerado desarrollo de la nevroglia. Agréguese á esto que el contraste entre la inmovilidad física y el desarrollo intelectual hace aparecer á este último más avanzado de lo que en realidad es, y que ordinariamente los niños que á los tres años no saben todavía andar, se les suele tomar por más jóvenes de lo que son.

Cuando el raquitismo tiende á la curacion, generalmente suele desde luego percibirse que disminuye el marasmo, que llega á ser excesivo en esta enfermedad. La piel que flotaba al rededor de los miembros vuelve á rellenarse, la cara arrugada y semejante á la de un viejo recobra su tersura, al mismo tiempo que el vientre dilatado pierde parte de su volumen. Poco á poco principian los niños á sostenerse sentados en la cama y á entretenerse en jugar. Pero precisamente este es el

momento en que corren más peligros de sufrir una incurvacion superior é inferior de las vértebras, y por lo tanto una desviacion permanente de la columna vertebral. De la misma manera, precisamente durante la convalecencia, intentan salir demasiado pronto de la cama y andar por la alcoba apoyándose en los muebles, y entonces es cuando se producen por lo comun, corvaduras y fracturas incompletas de las extremidades.—Cuando el raquitismo se manifiesta en niños de más edad, difiere bajo ciertos aspectos de la forma que acabamos de describir. En estos no son precedidos los fenómenos raquiticos de los síntomas de un catarro crónico del intestino y de un enflaquecimiento general; suelen tener digestiones al parecer normales y hallarse bien nutridos en el momento en que principia á desarrollarse la enfermedad. Tampoco suelen experimentar esos dolores que en los niños más pequeños son provocados por todos los movimientos activos y pasivos. No acusan dolores sino cuando dan un paso en falso, y se sienten fatigados al menor esfuerzo. En fin, en los niños que en el segundo ó tercer año, ó más tarde todavía, son afectados de raquitismo, suelen permanecer sanas al principio las costillas y las vértebras, siendo las deformidades de los miembros las primeras que se presentan. Así es que se producen corvaduras y fracturas incompletas, cuya direccion no siempre es la misma. Tan pronto representan estas lesiones una exageracion de la corvadura normal de los huesos, como se verifican en una direccion completamente opuesta, variedades cuyas causas generalmente no pueden apreciarse. Muchas veces está el femur encorvado hácia fuera y los huesos de la pierna hácia adentro; la marcha de los niños es torpe é insegura. Generalmente pasa mucho tiempo, á veces bastantes años, antes que la enfermedad invada todo el esqueleto. Cuando esto sucede se observa con frecuencia, pero no de un modo tan constante como afirma Guerin, que la propagacion del mal se verifica con cierta regularidad; por ejemplo, que principia el raquitismo por las piernas, pasa desde allí á los muslos, despues á los antebrazos, los brazos, y en último

lugar á los huesos del tronco.—Hasta en los casos en que se ha conseguido detener á tiempo los progresos de la enfermedad, la pequeña estatura, la mala conformacion de los miembros y las ligeras corvaduras que han quedado, sobre todo en las extremidades inferiores, recuerdan durante toda la vida la enfermedad sufrida en la primera edad; en los casos graves quedan para siempre corvaduras y acortamientos huesosos muy deformes, y perjudiciales muchas veces para las funciones del cuerpo.

§. IV.—Tratamiento.

La *indicacion causal* reclama, cuando el raquitismo ha sido precedido de un catarro crónico del intestino y de una pedatrosia, las medidas anteriormente citadas (tomo I). Dijimos con aquel motivo cuán difícil era detener el curso de esas desordenadas descomposiciones que se desempeñan en el tubo intestinal de los niños y provocan la diarrea, y que muchas veces no podemos, ó tardamos demasiado en curarlas; circunstancia que debemos tambien considerar como la causa esencial de los resultados terapéuticos, tan largos de obtener y tan incompletos muchas veces en el raquitismo. Si se logra curar pronto y completamente el catarro intestinal y mejorar la nutricion del niño, casi siempre desaparecen á su vez, en muy poco tiempo, los fenómenos raquítics que se han desarrollado bajo el influjo de dichas lesiones; y cuando se ha reconocido en su principio la enfermedad, quedan los niños preservados de las consecuencias permanentes del raquitismo. En el tratamiento de las diarreas de destete complicadas de raquitis, debe tenerse en cuenta la escasa proporcion de sales calcáreas que se depositan en los tejidos osteoides, y preferir entre los absorbentes usuales el carbonato de cal al de potasa ó de sosa, que se emplea en otras circunstancias.—En los casos en que se declara el raquitismo sin que podamos hacer derivar la enfermedad de un catarro crónico del intestino ó de alguna otra lesion nutritiva, no podemos llenar la indicacion causal.

Administrando el carbonato y el fosfato de cal, no se responde á la *indicacion de la enfermedad*, puesto que la ausencia de las sales de cal en los huesos, no constituye la anomalía esencial en el raquitismo. Tan pronto como termina la lesion nutritiva en los cartilagos epifisarios y en el periostio, no tarda en verificarse la osificacion de los productos de nueva formacion, llegando muchas veces, por el contrario, á ser excesiva, aun suponiendo no existan más materiales de osificacion que las sales calcáreas que entran en la composicion de los alimentos ordinarios. Los medicamentos amargos y tónicos, lo mismo que la rubia, no han respondido á las esperanzas que teóricamente se habian concebido de su empleo, habiendo sido substituidas principalmente por el aceite de hígado de bacalao, que presta los más excelentes servicios en casi todos los casos en que es tolerado por el enfermo, como sucede por lo general. Ignoramos por completo de qué propiedad de esta sustancia depende su accion, en cierto modo específica, sobre el raquitismo. Tienen tambien los baños salinos una accion evidentemente favorable sobre la marcha de esta enfermedad, y merecen emplearse, sobre todo cuando los niños raquíticos se encuentran en un estado satisfactorio de nutricion, y aun ofrecen cierta robustez. El régimen al cual generalmente se sujeta á los niños en el tratamiento de la escrofulosis, y que consiste en una alimentacion compuesta principalmente de sustancias animales, prohibiendo usar mucho las del reino vegetal, es tambien de gran importancia cuando se quiere tratar con éxito el raquitismo. Ante todo debe administrarse dos veces al dia pequeñas porciones de carne de vaca cruda muy picada, acompañadas cada vez de una cucharada llena de vino de Málaga ó de Tokay; en fin, es preciso cuidar de que los niños raquíticos no residan en habitaciones húmedas y mal ventiladas, sino más bien que respiren todo lo posible el aire libre del campo.

El objeto de la *indicacion sintomática* consiste en preservar á los niños de la corvadura de los huesos y en enderezar estas cuando ya se han producido. El primero de estos dos ob-

jetos es mucho más fácil de conseguir que el segundo. Los medios por los cuales se logra, consisten, según lo que antes hemos dicho respecto al origen de estas corvaduras y fracturas incompletas, en preservar á los huesos blandos y poco resistentes de la presión del cuerpo que gravita sobre ellos, de la acción demasiado enérgica de los músculos y de las violencias exteriores. Los niños raquíticos no deben dormir sobre colchones de pluma, sino de lana. Las primeras materias que entran en la confección de este, son de mucha menor importancia que el cuidado de rellenarle é igualar perfectamente su superficie. Debe prohibirse rigurosamente que estén los niños mucho tiempo sentados en la cama, en tanto que los huesos no estén consolidados, y más todavía que se levanten y corran mientras sus piernas sean flexibles y frágiles. Si á pesar de estos cuidados han podido producirse desviaciones, debe llevarse á un establecimiento ortopédico digno de confianza, es decir, un establecimiento en que los éxitos reales apreciados al fin del tratamiento, responda á las promesas que se hacen antes de él y á las seguridades que se dan á los padres mientras dura. Los establecimientos en los cuales no se limitan exclusivamente ó con especial predilección á seguir tal ó cual idea moderna, y en que se saca partido de todos los recursos de la ortopedia, y se atiende también con el suficiente cuidado al estado general de los enfermos, deben evidentemente preferirse á los demás.

CAPÍTULO IV.

OSTEOMALACIA.

§. I.—Patogenia y etiología.

En la osteomalacia, se vuelven blandos los huesos que antes estaban duros, á causa de que se disuelven y reabsorben

las sales calcáreas á las cuales debian su dureza. Esta definicion de la osteomalacia basta ya para comprender la diferencia que existe entre ella y el raquitismo, en el cual, en lugar de desaparecer las sales calcáreas de los huesos, no penetran en su tejido.—Las causas primeras de la disolucion y reabsorcion de las sales calizas en la osteomalacia, están envueltas en la oscuridad. La hipótesis que supone que estos fenómenos tienen por causa la formacion de un ácido en el tejido huesoso, el cual disolveria el fosfato de cal, ha sido destruida por Virchow, el cual encontró la gelatina extraida de huesos frescos atacados de osteomalacia con una reaccion francamente alcalina. La hipótesis de Virchow, en virtud de la cual quizá debiera incluirse esta afeccion entre las inflamaciones parenquimatosas, en las cuales no se deposita ninguna exudacion intersticial y se producen las lesiones inflamatorias de la nutricion sobre los mismos elementos parenquimatosos que constituyen el órgano enfermo, parece admisible bajo muchos conceptos. La rarefaccion, el estado poroso, esponjoso ó areolar de los huesos enfermos, que son completamente análogos á las modificaciones sufridas por los huesos en la osteitis mejor caracterizada; el desarrollo tan frecuente de esta enfermedad en el puerperio, su punto de partida ordinario de la pelvis más ó ménos lesionada durante el parto, y en fin, los violentos dolores que la acompañan, son otras tantas razones que tienden á confirmar la naturaleza inflamatoria de esta enfermedad.—La osteomalacia es una afeccion rara, observada hasta ahora casi exclusivamente en las mujeres. Sus causas ocasionales son desconocidas; todo lo que sabemos es, que ordinariamente aparecen sus primeros síntomas algun tiempo despues de los partos, de suerte, que el embarazo, el parto, ó el estado puerperal, tienen indudablemente una gran parte en la etiologia de la osteomalacia.

§. II.—Anatomia patológica.

Los huesos atacados de osteomalacia presentan una osteo-

porosis muy graduada; en la sustancia esponjosa, el tejido trabeculoso disminuye y desaparece, los espacios medulares se confunden, y contribuyen en los huesos largos á aumentar el conducto medular; hasta en la sustancia cortical compacta se dilatan los conductos vasculares, forman areolas que se hacen confluentes y trasforman tambien esta sustancia en un tejido esponjoso de anchas mallas. En los grados más intensos de la enfermedad, el hueso blando, flexible y fácil de cortar, sólo está compuesto del periostio, la médula y algunas escasas y finas trabéculas huesosas. La médula se presenta en los casos recientes de osteomalacia de color moreno, rojizo oscuro, y en los períodos ulteriores es amarilla y muy rica en grasa.—Hay casos en que permanece limitada la afeccion á algunos huesos, sobre todo á los de la pelvis y á las vértebras; en otros casos se extiende sobre casi todo el esqueleto; pero aun entonces, respeta casi constantemente los huesos del cráneo. La blandura y flexibilidad de los huesos enfermos dan lugar á deformaciones del tronco y de los miembros, que llegan á veces á un grado verdaderamente horrible. La porcion cervical de la columna vertebral es algunas veces doblada en su parte media por el peso de la cabeza, hasta el punto de formar un ángulo muy agudo; la deformacion, á veces muy considerable, de la columna dorsal y de las costillas, puede no solamente producir una gran deformidad del torax, sino tambien reducir notablemente su capacidad. La pelvis casi siempre es comprimida lateralmente por los femurs, y en ocasiones hasta el punto de ponerse en contacto las ramas horizontales de los pubis que sobresalen á la manera de un pico de pájaro. El sacro á su vez generalmente se hunde en la cavidad pelviana. En algunos casos han llegado á tal punto las deformaciones de las extremidades, que los piés han terminado por estar dirigidos hácia arriba; en fin, la constante disminucion de la estatura ha llegado á veces á ser tan enorme, que mujeres de muy buena talla, se han visto trasformadas por último en verdaderas enanas.

§. III.—Síntomas y marcha.

Los primeros síntomas de la osteomalacia consisten en dolores terebrantes y lancinantes, cuyo asiento suelen referir los enfermos mismos al espesor de los huesos. El reposo los disminuye en muchos casos, y los movimientos los aumentan. A veces, pero no siempre, son acompañados estos dolores, que generalmente se consideran al principio como reumáticos, de una fiebre remitente ó intermitente. En la orina de los enfermos se forman, segun la observacion hecha por varios autores, abundantes sedimentos de fosfato de cal, y cuando estos faltan se encuentra despues de la muerte cálculos renales compuestos de dicha sustancia. Del mismo modo, se eliminan tambien sales calizas por las glándulas salivales y la piel. Poco á poco se hace incierta y vacilante la marcha de los enfermos, y despues de cierto tiempo son tan dolorosos todos los movimientos, que la mayor parte reusan salir de la cama. A los dolores se unen las corvaduras y deformidades del tronco y de los miembros de que antes hemos tratado, las cuales se combinan y modifican de mil maneras, y muchas veces por causas puramente accidentales. Algunas veces contrasta singularmente, durante mucho tiempo, el satisfactorio estado de la nutricion con los dolores y las deformidades; en otros casos, por el contrario, se altera desde el principio el estado general, y ofrecen los enfermos un aspecto caquético y miserable. En casi todos los casos hasta ahora conocidos, ha sido incurable la enfermedad; pero generalmente no ha sobrevenido la muerte sino despues de largos años de tormento, por consuncion, ó á causa de los trastornos de la respiracion y la circulacion.

§. IV.—Tratamiento.

Los remedios preconizados teóricamente contra la osteomalacia, los calomelanos asociados al ópio, el ácido fosfórico, el

agua de cal, el aceite de hígado de bacalao y el hierro, no han tenido utilidad ninguna práctica, encontrándonos por el momento, ante esta incurable enfermedad, reducidos exclusivamente á prevenir las deformidades más monstruosas.

CAPÍTULO V.

ATROFIA MUSCULAR PROGRESIVA.—ATROFIA MUSCULAR GRASOSA PROGRESIVA.—PARALISIS MUSCULAR PROGRESIVA ATRÓFICA.

§. I.—Patogenia y etiología.

Estaban divididas las opiniones, sobre si en la atrofia muscular progresiva se trataba de una enfermedad de las raíces de los nervios con atrofia consecutiva de los músculos paralizados, ó de una enfermedad primitiva de los músculos. La causa principal de esta divergencia de opiniones, era que algunos observadores habian encontrado al practicar la autopsia de individuos muertos de atrofia muscular progresiva, palpables modificaciones anatómicas en las raíces anteriores de los nervios raquídeos, mientras que otros no habian encontrado anomalia ninguna en los órganos centrales ni en los nervios periféricos. Es, por lo tanto, muy posible, que hasta estos últimos tiempos se confundiera bajo el nombre comun de atrofia muscular progresiva, diferentes formas morbosas, que á pesar de cierta semejanza exterior no debian estar reunidas, puesto que eran de origen muy distinto. Pero desde que casi generalmente se ha convenido en que, la persistencia de la excitabilidad en los músculos atrofiados mientras conservan todavía elementos musculares, debe considerarse como el signo patognomónico de la atrofia muscular progresiva, ha dejado de existir este inconveniente, resolviéndose la cuestion de la naturaleza de la enfermedad en favor de los autores que consideran á esta afeccion,

como una enfermedad primitiva de los músculos. En efecto; en toda degeneracion de los nervios periféricos se extingue la excitabilidad de estos, como anteriormente hemos visto, desde muy pronto, y como bajo este punto de vista son periféricos los nervios á partir desde el punto en donde salen del cerebro ó la médula espinal, la atrofia muscular progresiva en la cual conservan los nervios y los músculos su excitabilidad, en tanto que el músculo no esté totalmente destruido, no puede evidentemente depender de una degeneracion de las raíces anteriores de los nervios raquídeos. La persistencia de la excitabilidad contráctil de los músculos en vias de degeneracion, pudiera hacer creer más bien en una alteracion central del cerebro ó de la médula, limitada á focos de pequeña extension, como causa primera de la atrofia muscular progresiva; sin embargo, el grado mismo de la atrofia, que en ninguna otra parálisis cerebral ó espinal se desarrolla con una rapidéz é intensidad tan grandes, puede tambien considerarse como un argumento suficiente contra semejante opinion. Los datos estadísticos recogidos hasta ahora, prueban que la atrofia muscular progresiva se encuentra en todas las condiciones sociales, que ataca á los hombres con más frecuencia que á las mujeres, que á veces es congénita la predisposicion á esta enfermedad, y en fin, que en algunos casos parece haberse desarrollado á consecuencia de exagerados esfuerzos musculares, en otros por causa de enfriamientos, pero que por lo comun es imposible comprobar ninguna causa comun.

§. II.—Anatomía patológica.

Los haces musculares atrofiados, no sólo han disminuido considerablemente de volúmen, sino que parecen tambien pálidos y amarillentos. En los casos algun tanto recientes se encuentra en un mismo músculo haces atrofiados y degenerados. al lado de otros que han conservado su volúmen y su aspecto normal; por el contrario, en los períodos ulteriores de

la enfermedad suelen estar extendidas la atrofia y la degeneracion grasosa á todo el músculo. Por el exámen microscopico se percibe que el proceso principia por cierta palidez de las fibrillas musculares y la desaparicion de sus estrias transversales, que más tarde se presentan en el centro de las fibrillas finas gotitas de grasa; y por último, que despues de la destruccion de las fibras, el sarcolema vacío se aplasta y sólo contiene algunas excasas gotitas de grasa sueltas.

§. III.—**Sintomas y marcha.**

El primer síntoma de la atrofia muscular progresiva consiste en una sensacion de debilidad que no es acompañada de dolor ninguno, ni por lo general de ninguna molestia, y que se desarrolla lentamente en ciertos músculos ó en algunos grupos musculares. Con esta progresiva debilidad coincide un enflaquecimiento visible y tambien progresivo de los músculos afectados. No todos los músculos son con igual frecuencia el punto de partida de la enfermedad; por lo comun invade primero los de una mano ó un hombro, algunas veces tambien los del cuello y de la nuca, y rara vez los de la cara. La fuerza y volúmen de los músculos, cuya disminucion continúa verificándose progresivamente, aun en los periodos ulteriores de la enfermedad, terminan por reducirse á un grado tal, que los movimientos que dependen de los músculos enfermos, se hacen completamente imposibles ó no pueden ejecutarse sino de un modo muy débil, y que en los sitios donde antes se señalaba una porcion carnosa se percibe más tarde una superficie completamente plana, ó hasta una depresion. Los fenómenos más notables son la desaparicion de la eminencia tenar, el hundimiento de los espacios interóseos y el aplastamiento del muñon del hombro; en fin, cuando están atrofiados los músculos del cuello y de la nuca, la proeminencia de las apófisis espinosas de la columna vertebral. En los músculos débiles y atrofiados constantemente se nota, sobre todo soplando sobre la piel que los cubre, ó bien

haciéndoles experimentar de cualquier otro modo la acción momentánea del frío, una vibración fibrilar especial que no tiene influencia sobre los puntos de inserción de los músculos, y por consiguiente no produce ningún movimiento en las articulaciones correspondientes. Ordinariamente se pretende que la excitabilidad de los nervios sensitivos de la piel es normal, y que la de los nervios sensitivos de los músculos (sensibilidad electro-muscular de los electro-terapeutas) es la única que se disminuye. Yo he observado, sin embargo, muchos casos que por todos sus demás síntomas debían colocarse en la atrofia muscular progresiva, y en los cuales estaba considerablemente debilitada la excitabilidad de los nervios cutáneos. Forma un síntoma muy importante y patognomónico, de esta afección el modo de conducirse los músculos y nervios motores que en ellos penetran, con respecto á la corriente de inducción; únicamente después de la completa desaparición de un músculo, es cuando no se logra hacerle entrar en contracción. Hasta entonces se operan contracciones, cuya energía es proporcionada á la fuerza de la corriente y á la cantidad de sustancia muscular todavía intacta. En algunos casos queda limitada toda la atrofia muscular á ciertas regiones del cuerpo; en otros invade lentamente la mayor parte de todos los músculos provistos de nervios cerebro-espinales, pero respeta sin excepción á los músculos del corazón, del tubo gastro-intestinal y de la vejiga. Esta última forma es una enfermedad horrible; sus desgraciadas víctimas, conservando íntegro el apetito, normales las digestiones y completos los sentidos y las facultades intelectuales, lo cual les permite comprender y medir la inmensidad de su desgracia, pierden la acción de un miembro después de otro. Cuando está avanzada la enfermedad, ya no pueden andar ni cambiar siquiera de posición; es preciso llevarles los alimentos á la boca, á causa de que sus brazos cuelgan inmóviles á lo largo del cuerpo. El juego de la fisonomía ha cesado, se les cae la saliva de la boca, es confusa la palabra, y la lengua no puede llevar hasta la faringe el bolo alimenticio introducido en la boca. En fin,

despues de algunos años de padecimientos sucumben los enfermos, á causa de que por fin hasta los músculos que presiden á la deglucion y respiracion se atrofian y dejan de funcionar. Cualquiera enfermedad intercurrente, por insignificante que sea por sí misma, de los órganos de la respiracion, es muy peligrosa para estos enfermos, y acelera su fin, por causa de que la parálisis de los músculos abdominales no les permite arrojar por la tos el producto de las secreciones acumuladas en los bronquios.

§. IV.—Tratamiento.

En aquella forma de la atrofia muscular progresiva que ordinariamente se declara á consecuencia de exagerados esfuerzos, y que se limita á ciertas regiones del cuerpo, suele lograrse detener los progresos de la enfermedad por el empleo metódico de la corriente inductiva ó constante; hasta la nutricion de los musculos se mejora algunas veces por este medio, pero es necesario una gran perseverancia y una paciencia incansable si quiere obtenerse este objeto. En cuanto á la forma que invade unos musculos sucesivamente despues de otros, todos los medios empleados hasta ahora, y aun el uso metódico de la electricidad, han sido impotentes para detener sus progresos.

CAPÍTULO VI.

PARALISIS MUSCULAR PROGRESIVA DEPENDIENTE DE LA HIPERTROFIA DEL TEJIDO GRASOSO INTERSTICIAL.

En estos últimos años se han publicado una série de casos muy notables de parálisis muscular progresiva, en los cuales no estaba disminuido el volúmen de los musculos paralizados, como en la forma de parálisis miopática descrita en el capítulo anterior, sino por el contrario, estaba muy aumentado.

Examinando los musculos enfermos, lo cual en muchos casos ha podido verificarse durante la vida por medio de la excision de pequeñas partículas musculares, se han encontrado modificaciones que eran apreciables aun á simple vista. Asi estos musculos no tenian el color rojo del tejido muscular sano, sino que eran pálidos, de color blanco amarillento y mucho más parecidos al tejido de un lipoma que al tejido muscular. Por el exámen microscópico podia apreciarse un considerable desarrollo de tejido adiposo intersticial, cuya masa excedia con mucho de la del tejido muscular; en muchos puntos estaba este último completamente envuelto por la grasa; las fibras musculares aun existentes estaban atrofiadas, pálidas y estrechas, pero no invadidas por la metamorfosis grasosa. En la enfermedad que nos ocupa, se trata, pues, de una proliferacion del tejido grasoso intersticial, la cual probablemente ocasiona una atrofia simple de las fibrillas musculares por la presion que ejerce sobre ellas.

Varias veces ha sido observada la enfermedad en muchos niños de una misma familia, y cosa singular, hasta ahora exclusivamente en niños del sexo masculino. Algunas veces parecian traer al mundo los individuos, la predisposicion á esta afeccion. De todos modos, ello es que en un enfermo observado en mi clinica, cuya historia ha sido extensamente publicada por mi antiguo jefe de clinica el doctor Siegmund en su disertacion inaugural, y en otro enfermo observado por Griessinger, ha podido comprobarse que habian tardado mucho en romper á andar, y siempre habian notado bastante dificultad en sus movimientos.

Naturalmente, el cuadro de la enfermedad cambia, segun cuales sean los grupos musculares atacados. En mi enfermo tuvo su punto de partida la afeccion en los músculos glúteos. Mientras que sólo padecieron estos, no podia andar el individuo sino despues de haber dado por medio de los brazos á su cabeza y á sus hombros una posicion que colocara el centro de gravedad por detrás de la pelvis. Tan pronto como salia de es-

ta actitud, se doblaban las caderas y caía hácia adelante la parte superior del cuerpo. Actualmente se ha extendido la enfermedad á todos los músculos de las extremidades inferiores; no puede el enfermo salir ya de la cama ni cambiar de posición, sino haciendo grandes esfuerzos con sus brazos. Es un hecho muy notable el contraste entre el aumento de volúmen de los músculos y la disminucion de su fuerza contráctil. En mi enfermo pudiera decirse que sobre la pelvis y las piernas de un hombre robusto, estaban colocados la cabeza y el tronco de un débil niño. La piel de encima de los músculos enfermos es roja, marmórea y más fria al tacto que en otros sitios. Como en todas las parálisis musculares, está disminuida la contractilidad eléctrica de los músculos enfermos, pero no abolida.

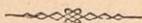
Salvo Benedik, que en un tercer caso pretende haber obtenido buenos resultados por medio del tratamiento eléctrico, no conozco autor ninguno que haya publicado casos de mejoría ó curación. En mis enfermos, tratados largo tiempo por el galvanismo segun el precepto de Benedik, el cual recomienda aplicar el polo negativo sobre el ganglio cervical inferior, y el positivo por medio de una ancha placa sobre el lado de la columna lumbar, fué este método tan completamente ineficaz como la faradización largo tiempo continuada de los músculos enfermos.

ENFERMEDADES CONSTITUCIONALES,

He dado el nombre de *enfermedades constitucionales* á las comprendidas en las siguientes secciones, para distinguirlas de *las enfermedades de órganos* descritas hasta ahora. He escogido este nombre, porque me ha parecido que por su significacion más general debe preferirse al de discrasias y caquexias, ó de enfermedades de la sangre, que al principio tuve intencion de adoptar.—Describiré primeramente las *enfermedades infectivas agudas*, despues las *enfermedades infectivas crónicas*, y finalmente las *anomalías generales de la nutrición, independientes de toda infección*, limitándome á hablar de las enfermedades que se observan en nuestras regiones. Por lo que concierne á las enfermedades exóticas, que no conozco por observaciones propias, y para cuya historia tendria por consiguiente necesidad de sujetarme exclusivamente á las descripciones dadas por otros autores, remito á los excelentes trabajos de Griessinger y de Hirsch, los cuales hacen una exposicion tan sucinta como completa de estas enfermedades.

PRIMERA SECCION.

ENFERMEDADES INFECTIVAS AGUDAS.



CAPÍTULO I.

SARAMPION.—MORBILLI.—RUBEOLA.

§. I.—Patogenia y etiología.

El sarampion es una enfermedad puramente contagiosa. Está positivamente demostrado que jamás contrae un individuo el sarampion, sin haber sido infestado por otro atacado de esta enfermedad. Se ha objetado, es cierto, que el sarampion no ha podido desarrollarse por contagio desde su primera aparicion, puesto que en esta época no existiria individuo ninguno afectado que hubiera podido comunicársele á otros, y se ha pretendido que habiendo tenido al principio un carácter autótono, no habia razon para negar la posibilidad de que aun hoy todavia se repitiera esta manifestacion de la enfermedad. Estos argumentos no tienen ningun valor. No tenemos ninguna noticia sobre el origen del sarampion, y el hecho que hoy puede comprobarse donde quiera que haya posibilidad de seguir exactamente la aparicion y propagacion de una enfermedad, á saber: que jamás se presenta el sarampion sin haber sido importado; este hecho, decimos, nos autoriza á asegurar que debe suceder lo mismo en los casos en que no es posible probar, que han sucedido las cosas de otro modo. La misma observacion se aplica á la sífilis; sabemos que esta enfermedad no se propaga hoy sino por una trasmision directa de individuo á individuo. La cuestion de saber de qué modo apareció el primer caso de sífilis, está fuera del círculo de las investigaciones científicas.

La sustancia infectante que produce el sarampion, el *virus morbillosa* no ha podido reconocerse química ni microscópicamente. Ni siquiera sabemos positivamente si es una sustancia organizada ó no organizada, y la hipótesis que hace depender el contagio de la trasmision de organismos vegetales bastante pequeños para sustraerse á la observacion directa, sólo es preferible á todas las demás hipótesis, por la única razon de estar más conforme con los hechos. Me limitaré á citar algunas de las razones que se han dado en apoyo de esta hipótesis. La duracion de la incubacion, es decir, los dias ó semanas que median entre el contagio y la incubacion de la enfermedad, parece probar que no es una sustancia ofensiva para el organismo por sus propiedades físicas ó químicas, la que determina el contagio. Si se trasmitiera de un cuerpo á otro una sustancia de este género, se manifestarian inmediatamente sus perniciosos efectos, ó por lo ménos en un tiempo muy corto, y el cuerpo infectado no podria permanecer por espacio de ocho ó quince dias sin presentar los signos de un trastorno, que sólo al cabo de este tiempo estallaria de pronto con gran violencia. Pero si el individuo atacado de sarampion infecta á los otros sanos á beneficio de organismos microscópicos, se comprende mucho más fácilmente la incubacion, porque naturalmente se deduce que estos organismos se trasmiten en demasiada pequeña cantidad para perjudicar á la economía; pero que reproduciéndose y multiplicándose en el cuerpo infectado, manifiestan su influencia nociva inmediatamente despues que este proceso ha llegado á su término, lo cual tiene lugar en un tiempo determinado, que se llama período de incubacion. Otra circunstancia que prueba tambien que el virus del sarampion es una sustancia organizada, es su reproduccion en el cuerpo del enfermo infectado. Así, por ejemplo, en la epidemia observada por Panum sobre las islas Faroes, la importacion de un sólo caso de sarampion fué al principio seguida de la infeccion de la familia del enfermo, el cual comunicó la enfermedad á otros sujetos, de tal modo, que de 7.782 habitantes, fueron ata-

cados de sarampion 6.000 en el espacio de siete meses. Si las observaciones de Hallier llegaran á confirmarse, se habria lo grado apreciar en estos últimos tiempos el contagio del sarampion. Este autor ha encontrado en la sangre y en los exputos de individuos atacados de sarampion, células de un hongo que germinaban sobre diferentes elementos, y producian siempre un sólo y mismo parásito, el *mucor muaado verus*.

Está perfectamente establecido que la sangre, las lágrimas y la secrecion de las vias aéreas, son los vehículos del contagio del sarampion; porque las inoculaciones practicadas con estos líquidos han ocasionado la erupcion en gran número de individuos hasta entonces perfectamente sanos. Pero observándose la mayor parte de los casos de enfermedad en personas que no han estado en contacto directo con la sangre ni con los productos de secrecion de un individuo atacado, y simplemente han estado cerca de este enfermo, es indudable que el elemento contagioso está igualmente contenido en las emanaciones de la piel y del pulmon de las personas enfermas. Ciertas observaciones muy notables de Panum han establecido que este contagio, contenido en el aire, puede ser trasportado por los cuerpos y las ropas de las personas sanas que han permanecido cerca de individuos atacados de sarampion sin contraer ellas la enfermedad, y que puede efectuarse este transporte á grandes distancias y á través del viento y la lluvia, sin perder la menor parte de su actividad.—La duracion de la incubacion es de diez á catorce dias. En una epidemia de sarampion exactamente observada por mi, y sobre la cual ha dado noticias muy curiosas el doctor Pfeilsticker en una Memoria sostenida ante mi presencia, los primeros sujetos atacados eran niños que iban al colegio, y diez dias más tarde, habiendo estado estos retenidos en sus casas, se declaró la enfermedad en un número bastante considerable de niños más jóvenes infectados por sus condiscípulos. En algunos casos, sobre todo cuando los individuos afectados padecen ya otra enfermedad, parece prolongarse más la incubacion.

La cuestion de saber en qué período se comunica el sarampion, se ha resuelto, segun las observaciones hechas hasta ahora, de la manera siguiente: la enfermedad posee el carácter contagioso en su más alto grado mientras dura la erupcion; probablemente no se opera contagio ninguno durante la descamacion, pero existen numerosos hechos que parecen probar que la posibilidad del contagio existe, aun durante el período prodrómico. La opinion que generalmente reina en el vulgo, de que el sarampion es principalmente contagioso durante el período de descamacion, depende de la circunstancia de que no se toma en cuenta la duracion de la incubacion. En el niño infectado por su hermano ó hermana, se declara la enfermedad, es cierto, mientras que el primer enfermo está en via de descamacion; pero el contagio proviene del período de erupcion, ó aun tal vez antes, del período prodrómico. Lo que prueba que el contagio se verifica durante el período prodrómico es la enorme extension que adquiere el sarampion en los colegios. Ordinariamente se vigila con mucho cuidado que los niños cuya descamacion no está terminada y los que presentan un exantema sospechoso estén alejados de la escuela; pero se permite que niños afectados de tos y de coriza, sigan asistiendo y sentándose al lado de otros niños sanos. Si solos los primeros transmitieran la enfermedad, no nos explicariamos por qué durante la existencia de una epidemia suele quedar enteramente des poblada una escuela, mientras que los niños que asisten á otras quedan completamente libres de la afeccion.

La *predisposicion* á esta enfermedad es muy comun. Casi todo el mundo padece una vez de sarampion en el curso de su vida; pero tambien el primer ataque hace desaparecer casi siempre la predisposicion á un ataque ulterior, para todo el resto de la vida. Como quiera que en los países muy poblados reinan con bastante frecuencia las epidemias de sarampion, la mayor parte de los hombres contraen la enfermedad en su infancia, y llegados á una edad más avanzada han perdido totalmente la predisposicion á ella. Unicamente en este sentido es

como debe llamarse al sarampion, una enfermedad de la infancia. De 196 niños de ménos de 14 años no afectados todavía de sarampion que existian en una pequeña aldea separada de los grandes caminos, cerca de Tubingue, 185 contrajeron la enfermedad durante la epidemia observada por el doctor Pfeilticker, no siendo por lo tanto respetados más que 11. En las comarcas aisladas de toda comunicacion, y por este motivo visitadas rara vez por la epidemia, es fácil convencerse que no es mayor la predisposicion á contraer esta enfermedad en los niños que en los adultos. La citada epidemia, observada por Panum en las islas Faroes, era la primera en 65 años que se presentó sobre aquellas apartadas islas; así que, casi todos los habitantes que no pasaban de dicha edad, ó que no habian padecido la enfermedad en otros países, fueron acometidos de ella sin distincion de edades. Los niños de ménos de seis meses suelen quedar libres de las epidemias de sarampion. En la que acabamos de mencionar no cayó enfermo ningun niño de ménos de cinco meses; por el contrario, desde seis meses en adelante fueron casi todos acometidos sin excepcion. En los individuos ya ancianos es tambien raro el sarampion. Las enfermedades agudas y crónicas no ponen al abrigo de la afeccion, así como tampoco el embarazo y los partos; sin embargo, por la razon ya antes indicada, suele observarse que no estalla la erupcion sino despues de terminar su evolucion la enfermedad aguda, en el curso de la cual se ha verificado el contagio.—Se presenta esta enfermedad por epidemias más ó ménos vastas; su extension ó el número de los sujetos atacados dependen principalmente del período de tiempo que ha pasado desde la última epidemia, y por consiguiente, del número de individuos que desde entonces han debido escapar á la infeccion. Tambien este es un hecho, del cual nos suministra un ejemplo bien concluyente la epidemia observada en las islas Faroes. Pero parece que influyen tambien sobre la extension de las epidemias, hasta cierto punto, las condiciones atmosféricas, puesto que las más numerosas y vastas epidemias de sa-

rampion aparecen en los meses de invierno ó de otoño, ó en los veranos frios ó húmedos. A la mayor extension de la enfermedad corresponde tambien una intensidad más grande de cada caso particular, presentándose ordinariamente los casos más malignos cuando la epidemia ha llegado á su apogeo.

§. II.—Anatomía patológica.

Despues de la muerte desaparece el exantema normal del sarampion, y sólo las hemorragias en el tejido del dermis que á veces acompañan á este exantema, dejan aun señales sobre el cadáver. Las modificaciones anatómicas que durante la vida se perciben sobre la piel de los individuos atacados de sarampion, consisten en numerosas manchas rojizas redondeadas, que ofrecen las dimensiones de una lenteja, algun tanto prominentes, y cuyo centro ordinariamente está ocupado por una pequeña papula. En algunos puntos se reunen varias manchas y forman placas irregulares, tomando una forma como semilunar, mientras que en otros puntos permanecen aisladas las manchas. El dermis que ocupa el espacio que media entre estas, conserva su color normal en la cara; ordinariamente presenta un infarto edematoso moderado. Las papulas que cubren las manchas de sarampion, si bien residen principalmente en puntos de la piel que presentan pelos, no son, segun Simon, resultado de un abultamiento de los folículos pilosos ó sebáceos, sino que provienen de pequeñas colecciones de una exudacion inflamatoria, que se verifica en determinados sitios de la piel.—Algunas veces presentan las manchas una extraordinaria tendencia á confluir (*morbilli confluentes*); sin embargo, aun en estos casos la rubicundez difusa no es uniforme, sino que conserva por cierto tiempo un aspecto desigual y salpicado.—Parece probar que en la mayor parte de las manchas de sarampion que persisten durante cierto tiempo, viene á complicar á la hiperemia un derrame sanguíneo muy excaso en el dermis, el que estas manchas no

desaparecen sino lenta é incompletamente por la presion del dedo, y de ordinario dejan durante algun tiempo tras de sí, puntos de color moreno oscuro. En algunos casos, una más abundante extravasacion depositada en el dermis, comunica á las manchas un tinte oscuro de color rojo de sangre, soliendo tambien observarse entonces algunas petequias entre las manchas (sarampion petequial, sarampion negro).

Siendo ocasionada la terminacion mortal del sarampion en gran número de casos, por complicaciones de laringitis croupal, de bronquitis ó pneumonia, se encuentran muchas veces en el cadáver de individuos que han padecido esta enfermedad, modificaciones anatómicas que corresponden á las inflamaciones citadas. Cuando es ocasionada la muerte por una laringitis, esta es croupal. Sin embargo, en este croup secundario es ménos frecuente encontrar pseudo-membranas coherentes, que en el croup ordinario ó idiopático. Por el contrario, la exudacion infiltra ordinariamente la capa más superficial de la mucosa, la cual hace que el proceso se asemeje más bien á la inflamacion diftérica de las mucosas. Las lesiones que más á menudo se han observado en los cadáveres de niños afectados del sarampion, son las de una broquitis capilar, que ó bien han ocasionado una dilatacion inspiratoria permanente de los alvéolos pulmonares, confundida con el enfisema vesicular por la mayor parte de los autores (véase tomo I), ó bien el colapsus pulmonar y la pneumonia catarral (véase tomo I). La sangre no presenta modificaciones características, pero como en otras enfermedades infectivas, es pobre en fibrina, fluida y de color oscuro.

§. III.—*Sintomas y marcha.*

Durante la *incubacion* no existe signo ninguno de infeccion. Al periodo de incubacion sigue el primer periodo del sarampion, ó por otro nombre *período prodrómico*. Principiando rara vez por un escalofrío marcado, más á menudo por pequeños escalofríos repetidos, y acompañado de todos los síntomas

de un violento catarro febril de la conjuntiva y de las vias aéreas, no puede darse á este período su verdadero valor, sino teniendo presente la epidemia reinante. Mientras se ignore la existencia de casos de sarampion en la localidad habitada por los enfermos ó en las cercanías, ni aun el más hábil médico podrá reconocer el período prodrómico de esta afeccion en la fiebre catarral que tiene á la vista. La mayor frecuencia del pulso, la elevacion de la temperatura del cuerpo, el trastorno del estado general, los mareos y los dolores articulares, la dispepsia, las náuseas, los vómitos, la agitacion del sueño, y en los niños muy irritables, hasta el delirio: hé aquí otros tantos síntomas-que se presentan tambien en el curso de catarros simples, debidos á enfriamientos. Los fenómenos locales son por lo comun de gran intensidad, los ojos brillantes é inyectados temen el contacto de la luz y están continuamente llenos de lágrimas, duele la frente y está resfriada la nariz; se vierte de ella una secrecion salada, trasparente y abundante, y estornudan los niños á cada momento; algunas veces hasta se producen epistaxis; suele estar enronquecida la voz, y la tos seca y penosa es ronca y ahogada; durante la noche, muchas veces se atemoriza la familia por los fenómenos anteriormente descritos del pseudo-croup (tomo I). La afeccion catarral parece principiar por lo comun en la nariz, y extenderse desde allí por arriba, hácia la mucosa de los senos frontales y la conjuntiva, y por abajo, hácia la mucosa de la laringe y de la tráquea. Generalmente tiene una duracion de tres dias el período prodrómico, durante el cual ofrecen los fenómenos descritos una mayor ó menor intensidad. Sin embargo, hay casos en los cuales se prolonga por espacio de una semana ó más tiempo, y otros en que sólo está representado por algunos insignificantes indicios que pasan con facilidad desapercibidos. Aun en las epidemias malignas, rara vez adquiere la fiebre que precede á la aparicion del exantema tal intensidad que amenace la vida, como hace la fiebre de erupcion de la escarlatina. Del mismo modo, los fenómenos locales del período prodrómico del sarampion, por

molestos que puedan ser, y cualesquiera que sean las inquietudes que á veces inspiran á la familia del enfermo, como sucede principalmente con la tos croupal y los accesos de disnea nocturna, generalmente no tienen todavía nada de peligroso en este período. El verdadero croup rara vez aparece en este momento. Los estudios hechos por Pfeilsticker sobre la marcha de la fiebre durante el período prodrómico, prueban que la mayor temperatura corresponde al primer día de este período, y que en los días siguientes va progresivamente descendiendo, hasta el instante que aparece la erupción. Ziemssen y Rehn refieren casos en que la temperatura del cuerpo, después de haber ascendido en el primer día á una gran altura, volvió á hacerse normal en los días siguientes, para volverse á elevar de un modo muy rápido con la aparición de la erupción. Rehn observó durante el período prodrómico muchas manchas de color rojo pálido poco marcadas sobre la mucosa del carrillo, de las encías, de los labios y del paladar, y considera la gran elevación de la temperatura al principio del período prodrómico, como la fiebre de erupción de este exantema.

El segundo período del sarampion, *período de erupción*, está señalado por una exacerbación de la fiebre; la frecuencia del pulso aumenta, la temperatura del cuerpo adquiere su mayor grado, y en algunos casos sobrevienen accesos convulsivos. Al mismo tiempo aparece el exantema descrito en el párrafo I, al principio en la cara, sobre todo al rededor de la boca y de los ojos. Desde aquí desciende el exantema hácia el cuello y el pecho, y ya al cabo de veinticuatro horas generalmente ha llegado hasta los piés, de suerte que todo el cuerpo está cubierto de manchas de sarampion. Las emanaciones del enfermo toman hácia esta época un olor especial, cuya pretendida semejanza con el de pájaros recientemente pelados no he podido, sin embargo, notar.—En algunos casos raros, que ordinariamente se distinguen también por otras anomalías, en lugar de descender el exantema desde la cara á las extremidades, principia presentándose en los brazos y en las piernas, y no

Este libro consta de unos 20 capítulos de 112 páginas
cada uno, el precio de cada tomo es de \$1.00 y el precio
de los dos tomos es de \$2.00.
Se repartirá de 5 tres ejemplares de uno
de suscripción en la oficina del Colegio de San Carlos y en las
principales librerías, á diferentes indios de la
ciudad de Toledo, para 30 terneros expeditos, cuando se des-
gustó los pedidos de provincias.

Esta obra constará de unos 20 cuadernos de 112 páginas cada uno, al precio de cuatro reales en Madrid, y cinco en provincias, franco de porte.

Se repartirán dos ó tres cuadernos al mes.

Se suscribe en la portería del Colegio de San Carlos y en las principales librerías, ó directamente dirigiéndose al traductor, calle de Toledo, núm. 30, tercero izquierda, adonde se dirigirán los pedidos de provincias.