

saciones, habiendo llegado con bastante frecuencia á ciento treinta y ciento cuarenta, y por el contrario, hácia el fin de la enfermedad se presentó pequeño y concentrado.

Hay otros accidentes que han llamado mas especialmente la atención de los observadores, y entre ellos figura en primer término la formación de *absesos* que se manifiestan en un punto distante del que primitivamente ocupa la flebitis. Así se observa que unas veces en el tejido celular subcutáneo y otras en las articulaciones, se desarrollan tumores dolorosos en los cuales se percibe pronto la fluctuación. Después del pulmón los órganos en los que se ramifica la vena porta, son, según Leber (1), el sitio mas frecuente de los absesos pihémicos. La aparición de estos absesos coincide siempre con una agravación local de los síntomas generales.

Otro fenómeno consecutivo de la flebitis, y que lo mismo se observa en la adhesiva que en la supurativa, es el *edema* de las partes situadas por debajo del punto inflamado, y que depende de la obliteración de la vena y de la suspensión de la circulación. Mas de una vez tendremos ocasión de volver á ocuparnos de estas infiltraciones. Otro síntoma digno de ser notado se presenta á veces en la infección purulenta, y es la *oftalmia purulenta*, de la cual se citan ejemplos en un artículo interesante de la *Union medicale* (2).

En algunos casos muy graves se observa un *tinte amarillo de la piel* que tiene alguna analogía con el de la ictericia, y al cual Marechal daba grande importancia; que algunas veces se han hallado las *orinas fétidas*, y que la *fetidez del aliento*, en la que generalmente se ha insistido en los artículos generales, no ha llamado por lo común la atención de los observadores, pues solo se habla de ella en un caso en que la ha notado Fallot, de Namur.

Según la causa que ha producido la enfermedad, así se ha dividido la flebitis en *traumática* y no *traumática*. La flebitis no traumática es con mas frecuencia simple ó adhesiva, y que por consiguiente dá origen menos veces á los accidentes consecutivos.

Se ha distinguido la flebitis, atendiendo al sitio que ocupa, en *uterina*, en flebitis de los *senos de la dura madre*, de las *venas cerebrales y meningeas* (3), de la *vena yugular interna* (4), de la *pulmonar*, de las *venas cavas* (5), de las *venas hepáticas, renales* (6), *esplénicas, hemorroidales, de la vena porta* (7), etc. Estas diversas afecciones presentan algunas particularidades dependientes de los órganos y de las funciones principalmente afectadas, pero no merecen una descripción

(1) Lebert, *Loc. cit.*

(2) *Union medicale*, martes, 22 febrero, 1848.

(3) Ducrets, *Arch. gen. de med.*, 4.<sup>a</sup> série, 1847, t. XV, p. 1 y siguientes.

(4) Lunier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1846.

(5) J. Black, *Prov. med. and surg. Journ.*, 1847.

(6) Delaruelle, *Bull. de la Soc. anat.*, 1840.

(7) Hillairet, *Union medicale*, 31 de mayo, 2 y 3 de junio de 1849.

particular, puesto que es fácil por los conocimientos anatómicos prever los síntomas que corresponden á cada una de ellas. Además, al ocuparnos de las afecciones de los órganos que tenemos aun que estudiar, haremos mención de las flebitis locales que ofrezcan algún interés especial.

#### § IV.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

Resulta de la descripción que precede, que el curso de la flebitis, relativamente á la marcha que sigue esta enfermedad, se debe dividir en dos partes. Los primeros que se manifiestan son los accidentes locales, que cuando son consecutivos á una grande operación ó al parto, se anuncian por síntomas intensos, que son casi siempre fenómenos de reacción, y que van creciendo de tal modo, que las mas veces es difícil distinguir el tránsito de la inflamación supurativa á la infección purulenta. Hay muchos casos en que hasta se puede admitir que esta existe casi desde el principio, y que el paso del pus á la sangre se ha efectuado de un modo muy rápido. Cuando, por el contrario, dependa la flebitis de una lesión ligera, como una sangría ó una herida pequeña, se nota que los síntomas limitados durante muchos dias á una corta extensión, hacen en seguida progresos mas ó menos rápidos, y por lo común se presentan entonces fenómenos que indican la invasión de la infección purulenta, como escalofríos, agitación extrema, delirio, postración, etc. En resumen, se puede decir que la flebitis supurativa sigue en general una marcha continua, aun cuando á cierta época puedan los síntomas multiplicarse casi de pronto y llegar á un alto grado de intensidad.

En cuanto á la flebitis adhesiva, su curso es mucho mas simple, hace progresos hasta que los coágulos han obliterado completamente la vena, y después, al cabo de un tiempo variable, cesa la inflamación, los vasos venosos quedan obstruidos y duros durante una época á veces bastante larga, y se observan los síntomas consecutivos de esta obliteración, particularmente el edema.

*Duración.* En los casos de flebitis con infección purulenta puede ser muy corta, y rara vez se prolonga mas de cinco ó diez dias, pero en la flebitis adhesiva puede durar mucho mas, porque si bien es cierto que los síntomas inflamatorios desaparecen al cabo de cuatro á ocho dias, por lo común no se observa la permeabilidad de la vena hasta mucho después, y por consiguiente se prolongan por largo tiempo los síntomas á que dá origen la obliteración.

En la flebitis supurativa, la enfermedad *termina* ordinariamente por la muerte. En vez de disminuir los síntomas se van haciendo cada dia mas intensos, y un *abatimiento profundo*, la *pequeñez extrema del pulso*, el *enfriamiento de las extremidades*, los *sudores viscosos* y las *deposiciones fétidas* indican que se aproxima la terminación fatal. Hay, sin embargo, casos felices, en que, á pesar de ser evidente la

infeccion purulenta, se efectúa la curacion, y Vidal, de Cassis, ha referido (1) un ejemplo muy notable de curacion de una flebitis desarrollada en un enfermo de venéreo á consecuencia de una sangria, y que habia dado origen á todos los síntomas de la infeccion purulenta (abcesos múltiples, esputos purulentos, deposiciones purulentas, escalofrios repetidos, etc.). El tratamiento consistió en la administracion de un decigramo de sulfato de quinina cada dia, vino, caldos y sopas, y de tarde en tarde el agua de Sedlitz; algun tiempo despues se le ha dado el *sublimado* unido al opio, y desde este momento disminuyó la diarrea. Berard, Michon, Sedillot y Jobert han observado tambien casos de curacion.

Por el contrario, la flebitis adhesiva termina ordinariamente por la curacion, cesando primero el dolor, luego la tumefaccion de las partes que rodean la vena, y en seguida se nota que poco á poco disminuye el cordon venoso de dureza y grosor hasta que al fin no es ya sensible al tacto, y entonces se restablece la circulacion. Es raro que no suceda lo que acabamos de esponer, y en efecto, siempre que se han observado las venas reducidas al estado de cordones fibrosos y celulosos, era porque existia á sus inmediaciones una enfermedad orgánica profunda que habia sostenido por mucho tiempo la inflamacion adhesiva.

#### § V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas son numerosas y se han descrito con mucho cuidado, pero nos limitaremos á hacer una indicacion rápida de ellas, como hemos hecho con los párrafos precedentes.

Primeramente se encuentran en el punto de la vena primitivamente afectado, coágulos negros adheridos por un punto de su superficie á las paredes vasculares y que contienen á veces en su interior focos purulentos. Segun las investigaciones de Tessier, estos coágulos están limitados ordinariamente por las válvulas, aunque, sin embargo, pueden estenderse á veces á bastante distancia. En ciertos casos se ha visto que se formaban coágulos adheridos en diferentes puntos de una vena ó en varias venas á la vez. En una época avanzada de la enfermedad, estos coágulos pierden el color, se hacen fibrinosos y cada vez mas duros, y cuando se ha formado pus en su interior forman al rededor de este foco un dique, que segun Tessier, impide que el pus penetre en la circulacion, y que Cruveilhier cree, por el contrario, que llegada cierta época de la enfermedad se rompe y permite de este modo la mezcla del pus con la sangre. Carecemos de hechos que apoyen esta última opinion. En otros casos se halla en la vena, en vez de coágulos verdaderos, una mezcla de pus y sangre, de consistencia variable, ordinariamente en forma de papila grumosa, y en fin, á veces

(1) Vidal (de Cassis), *Annales de chirurgie*, Paris, 1845, t. XV, p. 41 y siguientes.

un verdadero pus, que, como en el caso que cita Velpeau, puede mezclarse sin obstáculo con la sangre y reconocérsele á una distancia muy considerable del punto primitivamente herido.

Pero la identidad de los glóbulos blancos de la sangre y los glóbulos purulentos, pueden inducir á dudas. Además se han dirigido graves objeciones sobre la naturaleza inflamatoria de los coágulos fibrinosos y del líquido puriforme que contienen. Los trabajos de Lee (1), de Virchow (2), de Fœrster (3), de Rokitansky (4), de Charcot (5), de Ch. Robin y Verdeil, etc., han demostrado que lo que por mucho tiempo se habia considerado como pus solo es fibrina disgregada y reblandecida por la trasformacion adiposa. Este descubrimiento completamente en favor del trombose independiente de la flebitis, concuerda además con la observacion de Cruveilhier.

Segun este autor, no se observan en las paredes venosas vestigios de verdadera inflamacion, pues en su opinion la rubicundez de las membranas es simplemente un efecto cadavérico; sin embargo, en las observaciones que hemos reunido hallamos muchas lesiones que pertenecen evidentemente á la inflamacion. Es innegable que cuando se halla sola la rubicundez y penetra en toda la profundidad de las paredes vasculares, se la puede considerar como efecto de una simple imbibicion; pero en algunos casos solo se encuentra el color rojo ú oscuro en la membrana interna, y se observan además el engrosamiento, la dureza y la friabilidad de las paredes.

Se encuentran en las venas inflamadas, dice Lebert (6), duras, rígidas, abiertas al corte, arterializadas, por decirlo así, en su aspecto exterior. Hemos visto llegar á medir sus paredes hasta 3 y aun 4 milímetros de espesor; por lo general su calibre es igual, y algunas veces se observan dilataciones parciales debidas á colecciones purulentas. La superficie esterna de la vena presenta una coloracion rosada ó amarillo rojiza, y se han distinguido numerosas arborizaciones vasculares, por lo comun de igual calibre.

En un caso que ha recogido Enrique Martin habia un reblandecimiento en ciertos puntos, que era tanto mas notable cuanto que las porciones inmediatas estaban duras y engrosadas.

En el parénquima de los órganos, en el tejido celular y en las articulaciones, se encuentran numerosos abcesos, de los cuales los primeros son notables por el modo de desarrollarse. Primeramente se perciben manchas equimosadas de color rojo oscuro y mas resistentes que el tejido que las rodea: despues estas manchas toman un tinte amarillo rojizo, y examinándolas con atencion se nota que están for-

(1) Lee, *Bristish Review*, 1857.

(2) Virchow, *Zeitschrift für ration. Med.*, t. V, p. 226.

(3) Fœrster, *Anatom. pathologique*, 1853, p. 323.

(4) Rokitansky, *Pathologische Anat.*, Band. II, p. 477.

(5) Charcot, *Memoires de la Soc. de biologie*, 1851, t. III, p. 189, y 1854, p. 477.

(6) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 529.

madas por pus infiltrado. Mas tarde predomina el color amarillo, y entonces hay un gran número de pequeños focos purulentos sin que el núcleo haya disminuido notablemente su dureza. Por último, se reúnen todos estos focos en uno solo, en el cual se halla un pus unas veces de color de heces de vino y sanioso, y otras amarillo y bien espeso. Se ha querido comparar estos núcleos purulentos con los tubérculos, pero basta esta descripción para demostrar cuán grandes son las diferencias. En el tejido celular no presentan los abscesos nada notable, si se exceptúa con frecuencia la infiltración de una serosidad purulenta ó de un verdadero pus, constituyendo el *flemon difuso*. En las articulaciones se halla unas veces pus acumulado sin que el interior de la cavidad haya sufrido alteraciones muy notables, y otras se observa, por el contrario, una producción de falsas membranas, alteraciones de los cartílagos, y en una palabra, desórdenes mas ó menos profundos.

Se han hallado vestigios de supuración en los huesos, en el cerebro y en las meninges; ulceraciones en los intestinos, situadas fuera de las placas de Peyer; reblandecimiento purulento ó gangrenoso en el útero, y la presencia del pus en la sangre. Esta multitud de lesiones explica perfectamente el gran número de fenómenos graves observados durante la vida.

#### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

1.º La *flebitis adhesiva* es una enfermedad casi enteramente local, que solo produce una reacción ordinariamente poco intensa; y por consiguiente no se la podrá confundir con las afecciones febriles intensas, notables sobre todo por sus síntomas generales. Así, pues, apenas hallamos enfermedad alguna que pueda simularla, como no sea la *inflamación de los vasos linfáticos* ó un *flemon incipiente*. La *flebitis* se distingue de la *linfangitis* por la dirección de los cordones afectados, por su dureza y por su grosor y su profundidad. En efecto, todos saben que la inflamación de los vasos linfáticos determina especialmente una rubicundez mas ó menos estensa y superficial con fajas rubicundas que tienden á constituir una rubicundez difusa. El tacto contribuye tambien á facilitar este diagnóstico, pues en la inflamación de las venas se percibe el cordón duro y nudoso, lo que no sucede en la de los vasos linfáticos, lo cual ha hecho decir á Velpeau que la inflamación de los vasos linfáticos mas bien se ve que se toca, y que por el contrario, la inflamación de las venas mas bien se toca que se ve. En la inflamación de los vasos linfáticos se hallan, á mayor ó menor distancia del punto primitivamente afectado, y siguiendo el curso de la linfa, gánglios tumefactos y dolorosos, lo que no se observa en la *flebitis*, á no ser que haya complicación. Vemos, pues, que estas diferencias son muy notables, tanto que nos permiten decir, con Velpeau,

que el diagnóstico de estas dos afecciones solo puede ser verdaderamente difícil en los casos en que estén complicadas una con otra.

Si se desarrollase un flemon encima de una vena gruesa, se podría creer á primera vista que era una inflamación del vaso; pero el dolor mas vivo, la mayor tumefacción y la falta de cordones nudosos disiparían pronto todas las dudas.

La mayor dificultad del diagnóstico consiste sin disputa en la diferencia entre la *flebitis adhesiva* y un trombus venoso desarrollado sin existencia de flecmasia vascular. Es menester confesar que en el estado actual de la ciencia, el diagnóstico es casi imposible, atendiendo á que la obturación venosa dá lugar como fácilmente se comprende á fenómenos idénticos en ambos casos.

2.º Si se presenta la *flebitis supurativa* después de una operación ó de una lesión cualquiera de las venas, la sucesión de los síntomas no deja ninguna duda acerca de la naturaleza de la afección. Tampoco hay por lo comun grandes dificultades en los casos en que es consecutiva al parto; pero, sin embargo, en algunos han existido los principales síntomas de esta enfermedad sin que se hayan hallado vestigios de *flebitis* después de la muerte. (Véase CALENTURA PUERPERAL, t. I.) Así solo podrá haber dificultades en el diagnóstico cuando una vena profunda se inflama espontáneamente ó á consecuencia de los progresos de una lesión orgánica de las partes inmediatas, de un cáncer, por ejemplo.

3.º Si la *flebitis espontánea de las grandes cavidades* es puramente *adhesiva*, solo se conocerá su existencia por los fenómenos secundarios que ocasione, tales como el derrame de serosidad en el abdomen y en los miembros inferiores, etc.

Por el contrario, si la *flebitis es supurativa y termina por la infección purulenta*, se la puede tomar á primera vista por otra afección febril, por ejemplo, la calentura tifoidea. Pero si se examina con mas atención el curso de la enfermedad, se evitará el error, sobre todo si se atiende al siguiente precepto de Chomel, que cuando se desarrolla un movimiento febril intenso, con accidentes graves, como agitación, delirio, postración, etc., si no se halla en ningun punto de la economía alguna lesión que pueda explicar estos fenómenos, se los debe atribuir á los abscesos múltiples á que puede dar lugar una *flebitis supurativa*.

#### CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la *flebitis* y de la *linfangitis*.

FLEBITIS.	LINFANGITIS.
Cordón duro, nudoso, mas ó menos profundo, sin rubicundez superficial muy notable.	Fajas rubicundas, superficiales, entrecruzadas y que tienden á formar una rubicundez difusa.

Se toca mas bien que se ve (Velpeau).	Se ve mas bien que se toca (Velpeau.)
Edema de las partes situadas por debajo de la obliteracion.	Tumefaccion y dolor de los gánglios situados por encima del punto primitivamente afectado.

## 2.º Signos distintivos de la flebitis y de un flemon incipiente.

FLEBITIS.	FLEMON.
Dolor sordo.	Dolor vivo.
Tumefaccion mediana.	Tumefaccion considerable.
Cordon nudoso.	No hay cordon nudoso.

Los demás diagnósticos no tienen bastante importancia ni bastante exactitud para entrar en este cuadro.

**Pronóstico.** Despues de todo lo que dejamos dicho creemos inútil insistir en el pronóstico. Es evidente que la flebitis adhesiva es medianamente grave; sin embargo, si una afeccion orgánica inmediata sostiene por mucho tiempo la inflamacion, puede llegar la adhesión á hacerse definitiva, la vena se oblitera completamente, y de aqui resultan derrames de serosidad muy rebeldes, de que mas tarde nos ocuparemos. En cuanto á la flebitis supurativa es sumamente grave, y la frecuencia y pequenez del pulso, la postracion estremada de fuerzas, el frio de las estremidades, los sudores viscosos y las deposiciones involuntarias, anuncian una muerte próxima.

## § VII.—Tratamiento.

En los casos de *flebitis adhesiva simple*, el tratamiento consiste únicamente en algunas *emisiones sanguíneas* y en *aplicaciones emolientes*; con cuyos medios se observa ordinariamente que desaparece la inflamacion y recobra la vena su permeabilidad. En los casos en que se tarda demasiado en verificarse esta terminacion feliz, y en que persiste la flegmasia del vaso con los fenómenos á que dá origen, tales como el edema y la estancacion de la sangre por debajo del punto afectado, se pondrán en uso los diversos medios que indicaremos en el artículo *Flegmasia blanca dolorosa*, enfermedad que reconoce por *causa constante* la inflamacion adhesiva de las venas. Asi no insistiré mas acerca del tratamiento de esta especie de flebitis.

En los casos de *flebitis supurativa* todos los autores están conformes en recomendar un tratamiento muy activo desde el principio de la enfermedad y antes que se manifiesten los signos de infeccion purulenta, porque llegada esta época se considera la afeccion como casi necesariamente mortal.

Si la herida de una vena se inflama y dá lugar á los sintomas locales que anteriormente hemos descrito, se deben dirigir desde luego á

este punto los medios terapéuticos, y si es una herida estensa, serán desde luego las primeras indicaciones que deben llenarse, el hacer su cura y emplear los mismos medios que en el caso de lesion de una vena.

**Emisiones sanguíneas.** Todos los autores han propuesto las *sangrias abundantes* y repetidas con frecuencia en el principio de la afeccion, y Cruveilhier, Dance y Blandin han insistido mucho acerca de este medio. Se han practicado cuatro, seis y hasta ocho sangrias de 400 á 500 gramos, con el intervalo de doce á veinte y cuatro horas de una á otra; pero por desgracia no resulta de las observaciones que este tratamiento haya producido una mejoría notable. En un caso que refiere Dance se hicieron seis sangrias abundantes en seis dias, y se obtuvo por de pronto una mejoría bastante notable, pero que no duró mas de veinte y cuatro horas, recobrando en seguida los sintomas toda su intensidad. Vemos, pues, que la teoría mas bien que la esperiencia ha sido la que ha hecho recomendar la sangría general, y así sería de desear que se hiciesen nuevas observaciones que nos indicasen su valor de un modo definitivo. No se emplean con menos energía las *emisiones locales*. Algunos médicos han aplicado un número muy considerable de *sanguijuelas*, pero en general se han prescrito quince, treinta ó cuarenta en el curso de la enfermedad, insistiendo principalmente en este medio cuando la flebitis depende de una lesion de la vena misma, como en la flebotomía, en cuyo caso se recomienda aplicar las sanguijuelas entre el punto inflamado y el órgano central de la circulacion, á fin de evitar que se estienda la flegmasia siguiendo el curso de la sangre. Por consiguiente si la inflamacion hace progresos en este sentido, se comprobará á cada nueva aplicacion de sanguijuelas el punto en que se detiene la afeccion, para ponerlas un poco mas allá de este mismo punto, por cuyo medio se ha logrado en muchos casos contener una flebitis que en sus principios parecia marchaba con muchísima rapidez.

**Aplicaciones emolientes ó narcóticas.** Al mismo tiempo que se practican las emisiones sanguíneas, se aplican sobre el punto inflamado grandes cataplasmas emolientes ó narcóticas, se prescriben baños locales de cocimiento de altea, y en una palabra, se procura combatir la irritacion local por todos los medios que constituyen el tratamiento antiflogístico.

**Abertura pronta de los abscesos.** Es un precepto importante y que no debe olvidarse nunca, el abrir pronto una salida al pus que se forma bien en la vena, bien en sus inmediaciones. En los casos en que el líquido purulento comunica con la estremidad abierta de las venas, es cuando especialmente se debe poner mayor cuidado en evitar esta comunicacion porque la flebitis pueda ocasionar con mas facilidad la infeccion purulenta antes de la formacion de los coágulos densos.

**Compresion de la vena (1).** A fin de prevenir este accidente tan te-

(1) *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, Paris, 1866, art. COMPRESION.

mible se ha recurrido tambien á muchos medios, el primero de los cuales consiste en la compresion de la vena afectada por encima del punto inflamado, que propuesta por Hunter ha sido luego recomendada por Dance, sin que haya habido ningun hecho que pruebe su eficacia. Esta es, pues, como lo hace notar José Frank, una idea teórica cuya exactitud no ha confirmado todavía la esperiencia: sin embargo, no hallamos la razon de por qué faltando los hechos se puede decir con este último y con Hodgson, que debe desecharse esta indicacion hipotética, siendo á la observacion á la que debe apelarse. Esto era lo que decíamos en la primera edicion de esta obra, y el hecho siguiente tiende á probar que no lo decíamos sin fundamento. Habiendo asistido Kemmerer (1) á un hombre que habia tenido tres flebitis á consecuencia de tres sangrias, aplicó por espacio de dos dias un *vendage compressivo* y mantuvo *el brazo en una posicion casi vertical*, y por esta vez no hubo flebitis. Despues de una duracion bastante corta de la enfermedad, apenas debe contarse con semejante medio, porque entonces los coágulos duros que obstruyen la vena se oponen con mas seguridad á la mezcla de la sangre y del pus de lo que puede hacerlo la compresion mas fuerte.

*Seccion de la vena.* José Frank adopta un segundo medio que ha sido propuesto por Breschet, y consiste en la seccion de la vena por encima del punto inflamado, respecto á cuya operacion no es posible decir nada careciendo de observaciones que nos hagan conocer su valor.

*Cauterizacion con el hierro enrojecido.* Habiendo notado Bonet, de Lyon, la ineficacia de los principales medios, y sobre todo de las sanguijuelas, ha recurrido al cauterio actual, habiendo logrado en varios casos contener á beneficio de este medio una flebitis que manifestaba gran tendencia á invadir las partes internas (2). El doctor Devaux (3) ha referido recientemente un caso semejante. El cauterio debe aplicarse por encima de los limites de la inflamacion, y parece que no es necesario que obre á mucha profundidad, puesto que en el caso que cita Devaux solo se habia interesado la epidermis en la cauterizacion; sin embargo, es mejor penetrar mas para mayor seguridad.

*Tintura de iodo.* Sporer (4), médico de los hospitales de San Petersburgo, dice haber obtenido efectos sorprendentes en la flebitis, estendiendo tintura de iodo pura en el trayecto de las venas inflamadas sobre una superficie de una á dos pulgadas á cada lado del vaso. Esta aplicacion debe hacerse en la suficiente cantidad para que penetre el medicamento lo mas posible, reiterándola cada dos ó tres horas.

(1) Kemmerer, *Journ. des conn. méd.-chir.*, junio de 1845.

(2) Philipeaux, *Traité pratiques de la cautérisation d'après l'enseignement clinique de Bonnet (de Lyon)*, Paris, 1856, p. 289.

(3) Devaux, *Bulletin de thérapeutique*, setiembre de 1843.

(4) Sporer, *Medicinische Zeit. Russlands, y Medical Times and Gazette*, mayo 1860.

*Veigatorios.* En la *flebitis á consecuencia de una sangria*, alaba Gendrin (1) los buenos efectos del *veigatorio* aplicado inmediatamente al punto correspondiente á la picadura; pero carecemos de las pruebas de la eficacia de este tratamiento. Nonat (2) emplea con éxito grandes veigatorios volantes en la flebitis á consecuencia de la sangria, y señala cuatro casos en que se conjuraron los accidentes en el espacio de algunos dias.

Desde que el enfermo presenta los primeros accidentes de la flebitis, es necesario hacerle respirar un *aire puro* y renovado con frecuencia, y *sustraerle de la accion de los miasmas* que resultan de la acumulacion de enfermos, especialmente en las salas de cirujia, á fin de prevenir esta tendencia á la supuracion, cuya fuerza ha presentado Tessier con numerosos ejemplos.

Cuando á pesar de todas las precauciones se ha declarado la infeccion purulenta, casi siempre la enfermedad es superior á los recursos del arte: sin embargo, el práctico no debe desanimarse y si continuar con energia el tratamiento; *suspender las emisiones sanguineas*, que no harian mas que debilitar inútilmente al enfermo, y recurrir á los medios siguientes, cuya accion es mas general.

*Vomitivos.* Se han prescrito con bastante frecuencia los vomitivos enérgicos, habiéndose usado por lo comun el *tártaro estibiado á altas dosis*, lo mismo que en la pulmonia (véase el artículo *Pulmonia*). Hasta ahora es imposible distinguir en las observaciones el efecto de este medicamento que se ha administrado como perturbador.

*Purgantes.* Se han prescrito igualmente los purgantes, pero tampoco podemos decir todavía nada de positivo acerca de sus efectos. Algunos médicos emplean con preferencia los *calomelanos*, cuya accion es compleja, en esta enfermedad en que se ha creido que los mercuriales podian gozar de cierta eficacia. En los casos que han observado Blandin y Trezzi, no ha parecido que tuviese este medicamento ninguna influencia en el curso de la afeccion.

*Diuréticos.* Se han administrado estos medicamentos á dosis muy alta, y particularmente el *nitrate de potasa* se ha puesto en uso con bastante frecuencia. José Frank cree que seria útil asociarle unas cortas dosis de alcanfor; pero este autor no cita ningun hecho que venga en apoyo de su asercion. Nada, pues, se ha estudiado hasta ahora respecto al uso de los diuréticos.

*Tónicos.* Se ha recomendado tambien el uso de los tónicos fijos ó difusibles, y Cruveilhier indica particularmente entre estos últimos el *acetato de amoniaco*, que puede prescribirse segun la fórmula siguiente:

(1) Gendrin, *Phlebite guérie par le tartre stibie á haute dose*. (*Journal des connaissances medico-chirurgicales*, 15 de noviembre de 1852, p. 630).

(2) Nonat, *Note sur le traitement abortif de la phlebite* (*Gazette hebdomadaire*, 1858).