

nar por qué vía se escapa la sangre. Magnus Huss describe de este modo la manera cómo en su enfermo lo verificaba la hemorragia por la piel: «Cuando se examina con un lente la superficie sangrienta no se ven indicios de escoriación de la piel, pero se ve positivamente salir la sangre al rededor del pelo; si se arranca uno no se encuentra alterada su raíz. Esta hemorragia del cráneo solo puede durar algunas horas, y entonces fluye la sangre en muy corta cantidad, pero es mas frecuente que la sangre salga sin interrupcion durante dos ó tres días, pudiendo llegar hasta cinco ó seis. Durante la hemorragia la piel no se encuentra notablemente tumefacta, ni en el sitio de la efusion ni en sus inmediaciones; está solamente un poco sensible á la presión, y la temperatura un poco mas elevada... El enfermo experimenta una sensación de calor y latidos en el punto por el que se va á establecer el flujo... Con frecuencia sale la sangre de los folículos de las pestañas, del mismo modo que de la piel del cráneo, con tal abundancia, que á veces, cuando no se empapa, forma una capa sobre el ojo entero. Las pestañas superiores é inferiores sangran siempre simultáneamente, mas rara vez sale la sangre por el vello de la axila izquierda.» El autor, despues de haber referido estos hechos, dá la siguiente explicación. «Atendiendo á que la epidermis se encuentra sin lesion, y observando que la sangre fluye al rededor de las raíces de los pelos, no puede reconocerse otra fuente á la hemorragia que los vasos capilares de los folículos del pelo y cabello.»

Condiciones anatómico-fisiológicas. ¿Qué se ve cuando se examina en las personas sujetas á la hemofilia, así su sangre como sus órganos circulatorios? La sangre en la mayor parte de los casos, segun los autores, tiene las condiciones normales, á lo menos se presenta con sus peculiares caracteres. En algunos casos se han encontrado gran número de glóbulos blancos y tendencia á fundirse la leucocitemia con la hemofilia. Virchow, atribuyendo al bazo un importante papel en las hemorragias que sobrevienen en algunos estados caquéticos con alteración de la sangre (escorbuto-petequial, fiebres intermitentes, etc.), ha abierto una vía á nuevas investigaciones.

El exámen de la sangre hecho en esta enfermedad, tiende á multiplicarse recientemente por las nuevas é importantes investigaciones microscópicas. La mas ó menos liquidez, el predominio de tal ó cual elemento observado á simple vista, tal como el suero, la fibrina ó los glóbulos; en fin, la presencia en la sangre, vista al microscopio, de glóbulos blancos en mayor ó menor cantidad. Los trabajos de Bennett y de Virchow sobre la leucocemia, encuentran aquí su aplicación, y no será extraño encontrar en las mas recientes observaciones de hemofilia algun trabajo especial consagrado á los glóbulos blancos.

La sangre que fluía de la piel de una enferma tenia un color rojo arterial, y se coagulaba con gran rapidez (Magnus Huss). En el exámen microscópico no se encontró sino glóbulos rojos de aspecto normal, sanos al parecer. La proporción del suero era normal. El único signo

que merece ser notado es que el color de la sangre correspondia á la sangre arterial. Sin embargo, las opiniones varían sobre este particular, y los autores indican una vez el color rojo y otras el color negro de la sangre, y lo mismo sucede respecto de la tendencia á coagularse la sangre. La sangre de un hemofilo ha parecido á Laveran semejante á la de los leucocitémicos, así el autor ha intitulado á su observación: *Hemofilia con leucocitemia*. Habia además alteración del bazo.

El analisis de la sangre en estos casos ha dado los resultados siguientes:

Coágulos desecados.	104,5
Materias fijas del suero.	50,0
Agua.	855,5
	<hr/>
	1000,0

La sangre, vista al microscopio, presenta el aspecto de un pus muy diluido, el de un derrame de la pleura, por ejemplo. Al lado de algunos glóbulos rojos, el microscopio demuestra una corriente de glóbulos un poco voluminosos, transparentes y á veces desgarrados en sus bordes, y marcados en el centro por algunos puntos opacos (glóbulos blancos). El enfermo que forma el objeto de esta observación sucumbió á consecuencia de epistaxis. No podemos menos de indicar que el estudio de este caso corresponde mas bien al artículo LEUCOCITEMIA.

Bennett en una carta á Cormack dice que la sangre en los casos de diátesis hemorrágica experimenta una alteración de sus elementos. En un enfermo afectado de *púrpura hemorrágica* la mayor parte de los glóbulos se encontraban alterados en su forma. Los había alargados y dentados, y el número de las granulaciones que les rodeaba era considerable.

No existe, con relacion á una alteración de los vasos, ninguna observación concluyente; se ha invocado la falta de elasticidad ó de contractilidad de los vasos, pero esta explicación ha quedado sin valor. Segun Retzius podria darse razón de las hemorragias, admitiendo que el sistema venoso se contrae fuertemente y obliga á la sangre lanzada por el corazón á verterse fuera.

James Miller (de Edimburgo), manifiesta, sin justificarla demasiado, la opinion de que la sangre de los hemofilos contiene en menor proporción fibrina y glóbulos; que de esto resulta á las congestiones capilar y la menor potencia coagulante. La opinion reinante entre los médicos ingleses, es que los vasos capilares en estos casos se encuentran alterados en su estructura. Las paredes se adelgazan y la contractilidad disminuye. De aquí nacen los métodos de tratamiento, bien tienda á rechazar la sangre, bien á escitar la contractilidad de los vasos. Métodos que deberíamos juzgar con severidad sino procedieran de la fisiología, ciencia á la que conviene impulsar, y cuyo vuelo detiene notablemente la medicina empírica.

§ VII.—Tratamiento.

Profilaxia. Si la hemofilia es hereditaria y depende de circunstancias locales, la medicina será con frecuencia impotente, debiendo ceder su puesto á la higiene. Cambiar el medio en que se vive, las costumbres, la condicion social; en todos los casos tonificar, disponer un régimen reparador; tales son las primeras indicaciones que se presentarán al médico para impedir la repeticion de los accidentes.

Tratamiento de los accesos. El ópio se ha administrado para dar á los capilares mas tenuidad, asociado en pildoras al acetato de plomo.

Entre los remedios aplicados sobre las superficies sangrientas, figuran bajo todas formas los estípticos. Entre los medicamentos citaremos la esencia de trementina, el nitrato de mercurio, la creosota, el nitrato de plata y aun el cauterio actual, al que se ha recurrido sin gran éxito. Inútil sería esponer aquí en detalle todos los medios puestos en práctica contra las hemorragias; la pérdida de sangre, bien se presente en un hemofilo ó en otro caso cualquiera, debe ser cohibida por el medio mas pronto y menos peligroso. El hielo es aplicado y sostenido á la parte con buen éxito cuando la fuente de la hemorragia se encuentra al alcance de la mano. Los agentes estípticos son muy variados y de fácil aplicacion; entre ellos indicaremos el percloruro de hierro como fácil de producir excelentes servicios.

Roberts (de Edimburgo), refiere un caso en que un médico consiguió detener la hemorragia que siguió á la estraccion de un diente llenando de yeso la cavidad alveolar.

No podemos indicar aquí los medios quirúrgicos de detener las hemorragias, tratándose de una enfermedad en la que la hemorragia puede presentarse por muchas vias á la par y por superficies sin la menor lesion material.

En todos los casos el régimen será tónico y la alimentacion todo lo reparadora posible.

ARTÍCULO V.

MELANEMIA.

La palabra *melanemia* (μελας, μέλανος, negro y αιμα, sangre), es una expresion empleada para designar un estado de la sangre, caracterizado por la presencia de una *materia pigmentaria* circulando en los vasos. La melanemia no constituye, propiamente hablando, una enfermedad; es un estado morboso consecutivo á ciertas fiebres palustres, y cuyos efectos se traducen por alteraciones orgánicas y perturbaciones funcionales particulares.

§ I.—Historia.

Las opiniones de los antiguos sobre las materias atrabiliarias, su acumulacion en la vena porta, su penetracion en el higado, corazon, pulmones, cerebro, etc., se encuentran acordes, hasta cierto punto, con el descubrimiento del pigmento en la sangre, pero solo pueden considerarse como elucubraciones teóricas, y no como el reflejo de los hechos observados. Las primeras menciones exactas de lesiones susceptibles de atribuirse á la melanemia se remontan á Lancisi (1) y á Stoll (2). El primero habia notado el color negro del higado en un individuo muerto de fiebre biliosa; el segundo describe el limite oscuro del cerebro y del higado en una mujer que habia sucumbido á accesos de fiebre repetidos. Casos mas numerosos nos han trasmitido Bailly (3), Maillot (4), Billard (5) y Montfalcon (6). Popken (7) y Fricke (8), indican la pigmentacion del higado en una epidemia de fiebres palustres que reinó en 1826 en las costas del Norte. Ricardo Bright (9) ha publicado dibujos representando la capa cortical del cerebro de un hombre muerto de parálisis á consecuencia de fiebre intermitente. En fin, los médicos que han observado las fiebres intermitentes y remitentes de los paises intertropicales han notado con frecuencia la coloracion negra del bazo y del higado (Annesley (10), Haspel (11), Stewardson (12), etc.)

Estos hechos referentes á la melanemia no fueron mencionados sino como simples detalles de anatomia patológica, y nadie unió su conocimiento al conjunto de síntomas manifestados por los órganos afectados ni se aplicaron á la investigacion de su causa próxima.

Meckel (13) hizo ver el primero la relacion de causas y efectos entre la coloracion negra de ciertos órganos y la acumulacion de *gránulos de pigmento* en la sangre á consecuencia de las fiebres palustres graves. Virchow (14), dos años despues, demostró las *células de pigmento* en la sangre del corazon de un enfermo afectado de fiebre in-

(1) Lancisi, *De morbis paludum effluvis in opera medica*

(2) Stoll, *Ratio medendi*, t. I, p. 196.

(3) Bailly, *Traité anatomo-pathologique des fiebres intermittentes*, París, 1825, p. 181.

(4) Maillot, *Traité des fiebres on irritations cerebr.-spin.*, París, 1836.

(5) Billard, *Arch. gén. de méd.*, 1825, t. IX, p. 492.

(6) Montfalcon, *Histoire medicale des marais*, p. 306—322.

(7) Popken, *Historia epidem. malignæ Jeveræ observ.*, Bremæ, 1827.

(8) Fricke, *Bericht über seine Reise nach Holland im Jahr.*, 1826.

(9) Bright, It was almost of the colour of black lead (*Reports of med. Cases*, ch. VI, pl. XVII—XIX).

(10) Annesley, *Liver of very dark colour*, ch. II, p. 482.

(11) Haspel, *Maladies de l'Algérie*, París, 1850, t. I, p. 335 y t. II, p. 318.

(12) Stewardson, *The American Journal*, abril de 1844, p. 42.

(13) Meckel, *Zeitschrift für Psychatrie von Damerow*, 1847, et *Deutsche Klinik*, 1850.

(14) Virchow, *Archiv für Pathol. Anat.*, 1849—1853. et *Pathologie cellulaire*, p. 484.