

consistencia, denotan hallarse formadas de elementos embrionarios ó por lo menos en un grado de desarrollo menos avanzado que en el caso anterior, y sobre todo revelan notable hiperemia, empleo la solución de nitrato argéntico que dejo indicada á título de vaso-constrictora, con lo que consigo una reducción sucesiva de los mamelones y que adquieran un aspecto de sana vitalidad.

A veces empleo alternativamente uno y otro recurso, según las circunstancias, que en forma abreviada expresaré así: si cuando estoy usando la solución veo que llega un momento en que los mamelones se estacionan, cauterizo con la barra de nitrato de plata, porque el estacionamiento me revela que, aunque se ha atenuado el proceso hiperémico, se resiste á desaparecer la trama organizada de la excrecencia; y si cuando estoy empleando las cauterizaciones observo que por el estímulo ocasionado se hace más intensa la hiperemia de los mamelones, iniciándose en ellos un aumento de volumen como consecuencia de una especie de inflamación terapéutica, entonces apelo á la solución. En resumen, aconsejo emplear la barra de nitrato de plata cuando sea preciso destruir, y la solución cuando se desee obtener un efecto astringente sobre los mamelones. La manera de emplear la solución es dejar caer un par de gotas de ella sobre la lesión, dos veces al día, poniendo después el apósito ordinario; y si no fuera suficiente, después de echar las dos gotas se coloca un disco pequeño de gasa simple, de tres capas, impregnado de la solución, sobre la excrecencia, adaptándola suavemente á las sinuosidades de ésta.

Si no progresara la curación con la debida rapidez, se reemplazará la solución que dejo indicada por la siguiente:

Nitrato de plata cristalizado..... 5 gramos.
 Agua destilada y hervida..... 50 »

Disuélvase.

Y si aun ésta resultara débil, se eleva la cantidad de nitrato de plata á 10 gramos.

Si no desapareciera el aspecto flegmático á pesar del tratamiento que acabo de indicar, ó reapareciera estando empleándole, se suspende el nitrato de plata y se apela á los espolvoreamientos con dermatol dos ó tres veces al día.

Si la excrecencia resiste al tratamiento que dejo indicado y está pediculada, se la extirpa, para lo cual yo creo preferible un procedimiento mixto, que consiste en ligar el pedículo y á continuación, con

unas tijeras curvas por su plano, se le corta por encima de la ligadura, pero junto á ella, y se cortan también los cabos de la hebra de seda junto al nudo, se espolvorea con dermatol y se coloca el apósito. La ligadura se caerá sola; pero si no, á los seis días se corta la seda con las tijeras, y se la quita. Aconsejo la ligadura á la vez que la sección con las tijeras, porque si empleáramos sólo estas últimas podría presentarse hemorragia de más ó menos entidad; por supuesto, que antes de proceder á la extirpación hay que estar convencidos de que se trata de un fungus y no de divertículos intestinales, porque si fueran estos últimos no se extirparán.

Onfalitis.

Se designa bajo la denominación de *onfalitis* la inflamación del ombligo. Pero el concepto nosológico de esta enfermedad no puede ser expresado bajo una sola fórmula, porque como veremos, no siempre ofrece la misma modalidad clínica y no creo que deba circunscribirse, como hacen algunos autores, la significación de la onfalitis á la forma flegmonosa.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Las causas de la onfalitis son análogas á las del fungus del ombligo; diré más, las causas externas son absolutamente idénticas.

La inflamación, considerada desde el punto de vista de la etiología que podríamos llamar macroscópica, surge como consecuencia de la suciedad, de las irritaciones mecánicas, etc.; pero desde el punto de vista de la causalidad íntima, la flegmasia es casi siempre un proceso microbiano; y digo casi siempre, porque aunque excepcionalmente, debe admitirse la posibilidad de su aparición sin la intervención de bacterias, pues así nos lo enseña la experiencia; sirva de ejemplo de inflamación amicrobiana la producida por causa química. Pero en tesis general, el proceso inflamatorio es debido á bacterias, siendo las más importantes el estafilococo y el estreptococo.

Ya hemos visto en las consideraciones fisiológicas que en el ombligo del recién nacido aparecen pronto diferentes microbios, entre ellos los dos que acabo de mencionar; de manera que no hace falta más que ocasión, representada por cualquiera de las causas comunes que dejo dichas, para que el microbio ejerza su acción flogógena.

Mas surge aquí un problema que constituye la piedra angular de la patogenia, y que formularé así: ¿Qué influencias determinan la modalidad de la flegmasia en cada caso? No se puede contestar categóricamente á esta pregunta; porque ni son conocidas todas las bacterias, ni el radio de acción de cada una, y además, las asociaciones microbianas constituyen un tercer factor etiológico tan poco conocido como probablemente variable. Pero dejando á un lado estos enigmas de patología general, ¿cómo podremos explicar la forma distinta de la infla-

mación umbilical, aparte de la incógnita representada por la influencia microbiana? Más concreta la pregunta: ¿por qué en unos casos no se desarrolla sino un fungus del ombligo y en otros se presenta un flemón?

Sabido es que nuestro organismo tiene defensas naturales, que no sería pertinente estudiar aquí, entre las que se encuentra la fagocitosis. Ésta tal vez nos dé razón de por qué en un niño el abandono en las curas no ocasiona sino un fungus, mientras que en otro la misma causa determina una onfalitis flegmonosa. Y es porque en el primero la lucha leucocítica mantiene á raya á las bacterias, no permitiéndolas pasar de los tejidos superficiales, en tanto que en el segundo, la desproporción entre el poder microbiano y el de los glóbulos blancos á favor de las bacterias, hace que éstas penetren más profundamente y den lugar al flemón. Pero aún hay más factores, porque el problema patogénico de las flegmasías umbilicales dista mucho de ser sencillo. El estado de la superficie de los tejidos afectos debe figurar como una circunstancia de gran trascendencia, porque no ha de hallar el microbio la misma facilidad para atravesar un tejido ligeramente erosionado, que otro que ofrezca una solución de continuidad de mayor monta. Por otra parte, debe suponerse también notable significación á la rapidez ó lentitud con que se alteran los tejidos; pues si en un momento dado se produce una escoriación, la infección se efectúa rápidamente, surgiendo desde luego el proceso inflamatorio, porque la fagocitosis resulte impotente para evitarla; pero si los tejidos se alteran de un modo leve y gradual bajo la influencia de las causas irritantes comunes y se produce en ellos un proceso simplemente hiperémico, en un principio, que da lugar á ligeros exudados intersticiales, fraguándose así lentamente un proceso mixto, entre flegmático desnaturalizado y esclerósico, y cuya resultante es la modalidad de fungus que he calificado de pasiva, de semi-hipertrófica, en este caso los microbios han de hallar mayor resistencia en los tejidos por la barrera que representa la masa de elementos neoformados, y hasta por el hábito de lucha adquirido por los tejidos durante la evolución del lento proceso flegmasico-esclerósico que en ellos se ha desarrollado y por lo tanto, en vez de surgir una onfalitis flegmonosa, queda reducida la inflamación á un fungus umbilical.

Propongo estas interpretaciones, siquiera su alcance no rebase el horizonte de lo hipotético, porque considero de gran importancia el análisis clínico y me gusta aquilatar la explicación causal de los fenómenos con la mayor minuciosidad posible, pues tal creo que es el deber del médico.

PATOGRAFÍA.—El cuadro clínico es variable, porque obedece á la intensidad del proceso, el cual en su más tenue expresión invade únicamente la herida umbilical, que presenta entonces la apariencia de una úlcera simple, que puede, sin embargo, ofrecer otro carácter á impulso de influencias especiales; el exudado purulento es más ó menos abundante y el reborde cutáneo aparece rojo, aumentando de volumen y doloroso espontáneamente y á la presión; no existe apenas infiltración periférica, pues se reduce á una ligera intumescencia de los bordes de la piel. Esta es la forma más leve, que denominaré *úlcera simple del*

ombligo. Otra variedad clínica de onfalitis está representada por los fenómenos que acabo de manifestar, y un enrojecimiento intensamente hiperémico y aun algo flegmático, que constituye una margen de un centímetro de ancha próximamente alrededor del ombligo. Califico esta modalidad de *onfalitis eritematosa*. Una tercera variedad es la *flegmonosa*, propiamente dicha, constituida por la propagación del proceso flegmático al tejido conjuntivo peri-umbilical y caracterizada por el abultamiento de la región afecta, la cual forma un pequeño montículo, en cuya cúspide se encuentra el ombligo; la piel está pálida, rosácea ó roja, pudiendo decir que, en general, va presentando sucesivamente estas tres coloraciones; además aparece tensa, dolorosa, de mayor consistencia y adherida al tejido subyacente de una manera tan íntima, que no forma arruga alguna. Este bloc flegmático radica principalmente en el tejido celular subyacente, pues la piel, aunque participa del proceso, es más bien secundariamente como órgano de vecindad, pues en rigor, la dureza, la tumefacción y el dolor asientan de un modo primitivo y predominante en el tejido conjuntivo, por lo que he dicho que la piel ofrece los cambios de color sucesivos que dejo manifestados; pero al decir que la piel se afecta secundariamente, me refiero al proceso flegmonoso, pues por lo demás, claro es que de ordinario la interesa la inflamación inicial antes que al tejido conjuntivo. La extensión de la intumescencia varía en cada caso, no sólo en superficie, sino en profundidad; los niños están agitados y la fiebre presenta una intensidad variable, según las circunstancias, siendo ligera por lo común ó nula en las dos primeras formas, é intensa en la tercera y cuarta. Hay una cuarta forma, la *erisipelatosa*, de la que no me ocuparé, porque para lo referente á ella remito al lector al capítulo en que estudio la erisipela de los recién nacidos.

PATOCRONIA.—El curso de estos procesos es esencialmente agudo en la primera fase de su evolución, pero después se subordina á las circunstancias de cada caso; así, por ejemplo, la forma ulcerosa simple puede transformarse fácilmente en fungus del ombligo y adoptar una marcha semi-crónica ó crónica, si no se la trata de una manera conveniente. La flegmonosa ofrece primero el cuadro sintomático que dejo descrito; pero después, salvo los casos excepcionales en que tiene lugar la resolución, la formación del absceso modifica los síntomas, pues se afecta la piel de una manera más directa é intensa y disminuye gradualmente la consistencia de la parte, hasta que se da salida al pus, estando la duración del proceso en relación con la extensión de las lesiones, y *muy especialmente* con el tratamiento que se emplee.

Pueden presentarse complicaciones *loco dolenti* ó á distancia, tales como la pro-

pagación del proceso al peritoneo, determinando una peritonitis purulenta; la gangrena, la ictericia, debida probablemente al desarrollo de una flebitis umbilical, la pneumonía, etc.

Juicios clinicos.

DIAGNÓSTICO.—No ofrece de ordinario dificultad alguna en ninguna de las formas de la enfermedad. A la *ulcerosa* se la conoce desde luego por lo circunscrito del proceso, y no se puede confundir con el *fungus*, porque no ofrece la excrescencia que caracteriza á éste, ni la escasa fecha que cuenta es apenas compatible con el desarrollo del granuloma. La *eritematosa* se distingue de la *flegmonosa* en que no existe el bloc de tumefacción subcutánea; y de la *erisipela*, en que no ofrece la intensidad de los fenómenos flogístico-cutáneos propia de este padecimiento, y la altura febril que suele acompañar á su período inicial. Y la *flegmonosa* se diferencia de la *erisipela* en que la intumescencia y el proceso todo es principalmente subcutáneo; pues aun cuando la piel no permanece indemne, su participación es al principio ligera y se advierte que es debida á la irradiación que emerge del tejido conectivo, observándose después que se va interesando cada vez más á medida que progresa el flemón, propiamente dicho, ó sea la inflamación del tejido celular; pero no ofrece desde luego esa tumefacción intrínsecamente cutánea, el color rojo intenso, el dolor *directo* de la piel, en una palabra, el cuadro sintomático de esa dermatitis especial y casi específica que se conoce con el nombre de *erisipela*.

PRONÓSTICO.—Le considero relativamente leve en las dos primeras formas de la onfalitis, pero es en tanto que no surjan complicaciones; pues si éstas se presentan, el pronóstico varía, según cuál de ellas sea. Pero la levedad de la onfalitis simple ofrece grados en relación con su modalidad anatomo-patológica, siendo la más benigna la que denomino úlcera simple del ombligo y menos benigna la eritematosa. La forma flegmonosa está ya rayando con la gravedad; pero como no sea grande su intensidad y sea bien tratada, la considero, aunque enfermedad de importancia, de pronóstico favorable; ahora, si se propaga mucho, encierra ya enorme gravedad. Pero debo advertir que la benignidad relativa del pronóstico en las dos primeras formas y en la débilmente flegmonosa es considerando el proceso en sí mismo, prescindiendo al efecto por un momento, de las terribles contingencias representadas por las complicaciones; mas como á la realidad hay que tomarla como es y son muy variadas las circunstancias que rodean al recién nacido, semejante benignidad se halla salpicada de tonos sombríos correspondientes á la posibilidad de una marcha desfavorable de las distintas formas de la onfalitis ó á la aparición de terribles complicaciones.

TRATAMIENTO.—El *profiláctico* es igual para todas las modalidades del padecimiento y está representado por los cuidados que deben observarse para tratar el pedículo y la herida umbilicales, según he manifestado al ocuparme de las consideraciones fisiológicas.

El tratamiento *curativo* ofrece indicaciones variadas según los casos. En la úlcera simple emplearemos el mismo tratamiento que he indicado al estudiar la onfalorrea. Si no entra pronto la úlcera en vías de cicatrización, se la irrigará bien, pero una sola vez, con la solución de sublimado en agua hervida al 1 por 2.000, caliente, y después se prescribirá:

Glicerina neutra y pura.....	10 gramos.
Acido bórico.....	2 »

Disuélvase. Para echar unas gotas en la herida después de haberla irrigado con la solución de sublimado en la primera cura, y con la boricada en las siguientes.

Si no se obtuviera bastante resultado, se apelará á los toques de la úlcera, bidarios, con la solución de nitrato de plata cristalizado en agua destilada y hervida al 1 por 100.

En la forma eritematosa el tratamiento es idéntico que en la úlcera simple, porque el eritema es una pequeña complicación que no exige aquí el empleo de recursos especiales.

En la forma flegmonosa la lesión umbilical se trata como la úlcera simple; pero se practicará en ella una detenida irrigación con la solución de sublimado al 1 por 2.000 en el momento en que se observe un principio de aflemonamiento; la cual se podrá repetir en las curas sucesivas, ó se reemplazará la solución de sublimado por la boricada, según sean las circunstancias, echando después unas gotas de la glicerina boricada. Para la tumefacción peri-umbilical se prescribirá la siguiente pomada:

Ictiol.....	2 gramos.
Cloruro amónico.....	2 »
Alcanfor.....	1 »
Extracto de belladona.....	2 »
Manteca.....	20 »

Mézclese. Para untar tres veces al día toda la parte tumefacta, excepto el ombligo, colocando después el apósito ordinario.

Si se forma el absceso, se dilata cuanto antes, porque el pus es perjudicial para los tejidos, toda vez que su presencia los irrita, los erosiona

y agranda el proceso, y desde el punto de vista del estado general también le agrava; observándose una remisión en la fiebre y en la agitación del niño así que se ha dado salida al pus. Practicaremos la incisión, previa asepsia de la piel, en el punto donde observemos que el flemón aparece más blando y la piel más adelgazada, y en la zona que ofrezca estas condiciones elegiremos la parte más declive para que el desagüe sea fácil; si fueran precisas contraaberturas para que la salida del pus sea completa y expedita, se practican desde luego, pues es de necesidad que el desagüe de los exudados se haga de un modo conveniente; claro es que es preciso fijarse bien en si son ó no indispensables las contraaberturas, para en caso negativo no efectuarlas. Si como ocurre generalmente no son fétidos los exudados, no se hará inyección ninguna en la cavidad del absceso, porque entiendo que se perjudica más que se favorece, no sólo por el dolor que se causa al pobre niño, sino porque es un estímulo nocivo para los tejidos y porque se infecta muy fácilmente el foco; si, por el contrario, despidiera el pus mal olor, se irrigará suavemente con la solución boricada caliente; y si no bastara á desinfectar el foco, se inyectará la solución de sublimado en agua hervida al 1 por 2.000, á la temperatura de 40° C., haciendo después presiones muy moderadas para expulsar el líquido que hubiera quedado en la cavidad del absceso ó el pus si no se hubiera practicado inyección, y se pondrá el apósito ordinario. Al enfermito se le acostará de manera que la incisión corresponda al punto más declive, para que salga el pus continuamente. Se efectuarán dos ó tres curas diarias, según la abundancia de la supuración, reducidas, á ser posible, á suaves presiones de la parte afecta para expulsar el pus, lavado externo con la solución boricada caliente y sin inyección de ninguna clase, si no son necesarias, se volverá á colocar el apósito, pues tengo observado que cuando no se practican inyecciones se cicatriza más pronto la cavidad del absceso que cuando se efectúan. De ser éstas precisas, se preferirán las de solución de ácido bórico en agua hervida á las de sublimado, que sólo se emplearán cuando sean indispensables.

Como se notará, no empleo sistemáticamente antisépticos; apelo á ellos siempre que los considero indicados y elijo el que me parece, por sus cualidades, más adecuado para llenar la indicación de que se trate; pero rechazo la facilidad con que muchos apelan á ellos así que ven una lesión supurante, si es que no los utilizan también para combatir hasta una simple solución de continuidad. Los antisépticos son frecuente causa de la agravación ó de la persistencia de ciertas lesiones. No les

niego importancia terapéutica; pero cuando se empleen ha de ser, no como recursos de indiferente elección, sino de necesidad para llenar una indicación precisa, y observando los efectos que producen, para si es necesario, reemplazar un antiséptico por otro ó suspenderlos, completamente.

Arteritis umbilical.

Tanto al estudiar la arteritis como la flebitis umbilicales, remito al lector á lo que dejo dicho al ocuparme de la infección séptica de los recién nacidos, pues aquel proceso complejo tiene bastante relación con los dos estados morbosos de que voy á tratar ahora.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Las causas son especialmente de orden infeccioso, y no digo exclusivamente, porque á las influencias comunes las considero susceptibles de representar algún papel en la patogenia, siquiera fuera sólo con carácter de concausas.

Según investigaciones necróticas llevadas á cabo por Runge, esta enfermedad es de naturaleza séptica, cuya conclusión, aunque interesante, no implica novedad sino en el terreno de la comprobación, pues en el de los principios es ya cosa corriente en ciencia referir esta clase de procesos á la causa viva.

El procedimiento mediante el cual se verifica la infección es único en cuanto á su esencia, pues se reduce á la penetración de bacterias en las arterias umbilicales; si bien el mecanismo externo de esta infección, ó sean las causas macroscópicas, son múltiples y comunes á los diferentes procesos infecciosos umbilicales y aun de algunas otras regiones; pues semejantes causas se refieren á los loquios de la madre, esté ó no afectada de infección puerperal, pues aun cuando se halle la mujer en estado fisiológico, es sabida la fácil descomposición que estos exudados uterinos experimentan; á las esponjas y objetos que se utilizan para lavar á los niños; á las manos de las personas encargadas de curarles el ombligo; á los objetos de cura; etc., etc. Una causa especial existe, no sólo para la arteritis, sino para todas las infecciones umbilicales, y es la descomposición pútrida del pedículo del cordón, que por su proximidad á la herida y por lo prolongado de esta vecindad, pues dura tantos ó cuantos días, según los que tarda el pedículo en desprenderse, es verdaderamente admirable que no produzca infecciones en el niño con más frecuencia, cuyo hecho negativo es una expresiva demostración de la relativa inmunidad de que al organismo dotan sus naturales y eficacísimas defensas.

La fisiología patológica es, pues, fácilmente explicable: el microbio, que probablemente el más frecuente es el estreptococo, penetra en las arterias umbilicales é infecta los coágulos, que en vez de experimentar la transformación hialina y de organizarse, se convierten en escena de la infección y se desintegran por el pus formado. Las paredes de las arterias yo creo que no se afectan sino secundariamente, porque su túnica interna elástico-endotelial ha de oponer seguramente más resistencia que el coágulo, por ser un tejido que sigue formando