

El empleo previo del bisturí para descubrir y extraer todas las partes mortificadas, podrá ser necesario en algunos casos; pero creo que á ser posible debe evitarse, porque la hemorragia á que dé lugar enmascara la lesión, tal vez favorece la reabsorción de productos morbígenos, y constituye por otra parte un tiempo operatorio innecesario, porque puede ser reemplazado muy bien por el termo-cauterio, con el que se cauteriza y se separan los tejidos esfacelados al mismo tiempo. No obstante, pueden presentarse circunstancias en que sea indispensable apelar al bisturí, por la disposición especial de las partes afectas ó porque el termo-cauterio no funcione bien y no haya hierros á propósito. Lo que es preciso es *extraer todos los tejidos gangrenados, y cauterizar con la debida intensidad toda la zona limitrofe de partes sanas en todos sentidos, lo mismo en la periferia que en lo profundo*, para que no quede ningún punto infectado, pues sería un centro de propagación gangrenosa. Hasta que no tengamos la seguridad de que hemos destruído la gangrena, debemos visitar al niño cada dos ó tres horas, con el fin de cauterizar de nuevo inmediatamente el punto ó puntos en que viéramos que aún persistía el proceso en evolución; para estas pequeñas cauterizaciones no hace falta cloroformizar al niño.

Hay distintos pareceres respecto del tratamiento tópico que se ha de emplear después de practicada la cauterización; yo aconsejo lavar ampliamente con la solución boricada en agua hervida al 4 por 100, y á continuación con el cocimiento de quina alcanforado, ambos líquidos calientes, y cuidando de que el niño no trague nada de ellos, rellenando seguidamente la solución de continuidad con gasa iodofórmica, de modo que esté en contacto inmediato con todos los puntos de la superficie cruenta. Para que el niño no chupe y degluta el iodoformo de la gasa, se colocará dentro de la cavidad bucal una compresa de gasa simple esterilizada, de varias capas, y entre estas una de tela impermeable, para que sirva de valla á la iodofórmica. La cura se renovará con toda la frecuencia que las circunstancias exijan.

Parotitis.

Esta enfermedad ha sido también denominada *parótidas* y *parotiditis*.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO. — Desde el punto de vista de la naturaleza del proceso se pueden admitir dos variedades: la *idiopática* y la *sintomática*; esta última es debida á otra enfermedad, como el catarro bucal, que se propaga á la

glándula por el conducto de Stenon, la erisipela de la cara, el sarampión, etc. Sólo me ocuparé de la idiopática.

Se presenta particularmente desde los cinco á los quince años, y su causa es seguramente de orden microbiano, toda vez que es una enfermedad indudablemente contagiosa; yo, por lo menos, he observado algún caso de contagio ó, diré mejor, de desarrollo sucesivo de dos casos en una misma familia; y aun cuando pudieran ambos ser debidos á una misma causa, sin que hubiera existido transmisión de germen patógeno de uno á otro individuo, demuestran la contagiosidad las pequeñas epidemias que se han desarrollado en puntos donde se hallaban reunidos muchos niños, ya entre los internos de un colegio, cuyas camas están próximas, ó en los niños que concurren á las escuelas. Unas veces se presenta bajo la forma esporádica, y otra bajo la epidémica.

Entre los trabajos realizados para determinar la especie microbiana, merecen citarse los de Laverán y Catrín, quienes en la mayoría de los casos han encontrado micrococcos en la serosidad y en la sangre de las parótidas, pero no han conseguido reproducir este estado morboso en los animales.

El haber padecido una vez esta enfermedad reviste de inmunidad para lo sucesivo, aunque no en absoluto.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Las lesiones no ofrecen siempre la misma intensidad, pues consisten, ya en una congestión de las glándulas y del tejido conjuntivo inmediato, seguida de edema, ó bien, aunque menos frecuentemente, en una flegmasia.

PATOLOGÍA. — La *incubación* dura tres semanas próximamente. La *invasión* se revela por perturbaciones que no tienen nada de característico, como cefalalgia, malestar, polidipsia, anorexia y fiebre ligera, presentándose de las doce á las cuarenta y ocho horas los fenómenos locales, que en muchas ocasiones aparecen desde luego, presentándose después los síntomas generales. El niño experimenta un dolor en la región parotídea que se exacerba con la masticación, al deglutir, al abrir la boca y por la presión; su intensidad es variable. Simultáneamente aparece una hinchazón pastosa que conserva la impresión del dedo, ofreciendo más bien un aspecto hiperémico-edematoso que flegmático. La piel no cambia de color, ó se pone ligeramente sonrosada, tersa y brillante; las glándulas submaxilares y las amígdalas están infartadas, y á veces el abultamiento se extiende al cuello, á la cara y parte superior del pecho; la tumefacción crece durante tres á seis días, luego se estaciona brevemente, y á continuación disminuye con bastante rapidez, de tal manera que, del sexto al décimo día, ha desaparecido en el mayor número de casos. Los ganglios linfáticos de la axila, cuello é ingle, así como el bazo, suelen estar infartados; y cuando la enfermedad es grave pueden presentarse disnea y fenómenos cerebrales. Generalmente se afectan las dos parótidas, mas no siempre lo están

simultáneamente, sino que de ordinario es atacada una de ellas algunos días antes.

PATOCRONIA.—La terminación más común es la resolución; en ocasiones queda una induración de las glándulas afectas, que persiste muchos septenarios pero que acaba por disiparse; otras veces termina por supuración, la cual es completamente excepcional en la infancia.

Otro modo de terminar es lo que se ha denominado *metástasis*, ó sea el desarrollo de un infarto de la glándula mamaria, del testículo, ó de un proceso meningítico, bronquial ó intestinal. No hago la crítica de las hipótesis formuladas para explicar la aparición de estas localizaciones secundarias, porque lo creo inútil, ya que, dadas las actuales teorías acerca de la infección, no se trata probablemente en estos casos sino de múltiples determinaciones del microbio causal, que por la difusión que á veces ofrece el proceso hay motivo para pensar si será el estreptococo ó el microbio de Pfeiffer.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—La *adenitis cervico-lateral* se distingue porque esta no asienta en el hueco comprendido entre el maxilar inferior, la oreja y la apófisis mastoides, sino que se halla la tumefacción más hacia atrás, abajo ó adelante, y en vez de ofrecer una superficie uniforme y semi-edematosa, se comprueba por la palpación la existencia de nudosidades. En la *periostitis* del maxilar inferior la tumefacción engloba á un punto determinado del hueso, y se observa una hinchazón en la parte inferior de la encía correspondiente á la parte afecta.

El diagnóstico *nosológico* lo efectuaremos recogiendo la anamnesia y examinando el estado actual del niño, con lo que averiguaremos pronto si la parotitis es esencial ú ocasionada por otra enfermedad.

PRONÓSTICO.—Ordinariamente es muy benigno, pues desaparece la enfermedad sin dejar reliquia alguna; pero en algunos casos pueden desarrollarse complicaciones que produzcan la muerte. A veces, cuando termina por una induración que sigue un curso crónico, comprime al nervio facial, y si supura la glándula puede determinar una parálisis transitoria ó permanente de los músculos de la cara, ó bien sordera por lesiones ocasionadas en el oído.

TRATAMIENTO.—La *profilaxis* consiste en evitar el contagio.

El tratamiento *curativo* es tan sencillo en los casos simples como leve es la afección: quietud en cama, leche aguada ó pura, según las circunstancias, como único alimento; colutorios varias veces al día con la solución boricada al 4 por 100, si tiene el niño bastante edad para saberlos hacer, y á continuación con agua hervida; pediluvios calientes de cinco minutos de duración mañana y tarde en los dos primeros días;

hechos más excitantes mediante la adición de mostaza, de sal común ó de ceniza; y embrocaciones cuatro veces al día en la parte afecta con la siguiente pomada:

Extracto de belladona.....	2 gramos.
Alcanfor	3 »
Clorhidrato de amoniaco.....	2 »
Ictiol	3 »
Manteca.....	20 »

Mézclese. Después de dar la untura cúbrase con algodón.

Si queda induración, reemplácese esta pomada con el *ungüento hidrargírico*, con el que se hará una embrocación tres veces al día, y colocando después algodón para mantener el calor, pues favorece la resolución, y adminístrese el *ioduro potásico*.

Las *complicaciones* se tratarán con los recursos adecuados.

Anginas agudas no diftéricas.

Comprendo bajo el nombre de *angina* el proceso inflamatorio que asienta en el fondo de la cavidad bucal, desde los pilares anteriores y velo del paladar hasta la faringe, denominándose *amigdalitis*, *tonsilitis* ó *angina tonsilar* cuando radica en la amígdala, y *angina faríngea* cuando afecta la faringe bucal. Esto desde el punto de vista topográfico.

Respecto de la profundidad del proceso, pueden presentarse dos variedades: *superficial*, *eritematosa* ó *catarral*, que es la más frecuente, en la cual se halla sólo interesada la membrana mucosa; y *flegmonosa* ó *supurada*, que es aquella en que se encuentra interesado el tejido celular submucoso.

Hay un tercer punto de importancia extraordinaria, que es el referente á la naturaleza de la angina. No considero aceptable la división de la angina en pultácea, herpética, etc., y, sobre todo, la descripción aislada de estas variedades como si fueran entidades morbosas independientes, porque la significación nosológica de estas palabras va perdiendo realidad clínica. Las enfermedades deben recibir nombre en relación con su naturaleza, pues esto es lo que constituye lo más fundamental é interesante que su estudio nos ofrece, ya que las manifestaciones sintomáticas no son sino resultado de aquélla. Esto sentado, ¿qué expresa la palabra *pultácea* más que un simple aspecto del exu-