

Sessió científica del dia 5 de desembre de 1932

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

## Aportación a la anatomía patológica de algunas paidopatías.

por el Dr. A. MARTÍNEZ VARGAS

Al desarrollar ante la Academia el tema "Aportación a la Anatomía Patológica de algunas Paidopatías", ofendería vuestra ilustración si pretendiera encomiar la importancia del mismo y me extendiera en consideraciones para demostrar la trascendencia y significación de las lesiones anatómicas, en la interpretación de los síntomas y definición del Diagnóstico. Al renunciar, por tanto, a este encomio, me concretaré a reproducir la frase de Babés: "La necropsia es el medio que el médico tiene para apreciar sus errores que, si no se descubren no pueden ser corregidos".

En la exposición me atenderé al plan de mi Programa de la Pediatría. Así comenzaré por las infecciones, seguiré con las afecciones de la nutrición y a continuación de éstas por las de los aparatos.

### DIFTERIA

Caso 1.º.—Niña de un año. Membranas diftéricas en la parte inferior de la laringe. Broncopneumonia en el lóbulo superior y medio del pulmón derecho, en hepatización gris. Riñones intensamente congestionados.

Caso 2.º.—Niña de 14 meses. Restos insignificantes de difteria en las fauces. Focos de broncopneumonia en ambos pulmones; uno, el más intenso de todos, en el vértice derecho.

Caso 3.º.—Niño de 14 meses. En la laringe el tubo intralaringeo. La obstrucción de éste casi completa. La asfixia fué rápida pues no dió tiempo a la formación de lesiones en otros órganos.

Caso 4.º.—Niña de 4 meses. Membranas diftéricas en la laringe. Broncopneumonia doble. Hígado voluminoso, con un peso de 800 gramos (normal, 192 gramos), degeneración grasosa. Bazo con periesplenitis.

Caso 5.º.—Niña de 6 meses. Membranas diftéricas en la laringe que llegaban hasta la mitad de la tráquea. Congestión intensa de ambos pulmo-

nes. La mitad derecha del diafragma muy elevada. Congestión del hígado, de los riñones y del bazo. El peso del hígado da 450 gramos. (normal 210 gramos).

Caso 6.º.—Niña de 9 meses. Fungosidades y úlceras consecutivas a la presencia del tubo, en la epiglotis, glotis y cuerdas vocales superiores. Extensa ulceración en la pared anterior infraglótica. Orificio y fístula a nivel de la segunda vértebra dorsal que se dirige hacia la axila. Broncopneumonia doble.

Caso 7.º.—Niño de 11 meses. Edema intenso de toda la laringe. Úlcera en la región infraglótica. Congestión pulmonar.

Caso 8.º.—Niña de un año. Placas diftéricas en la laringe y ulceraciones. Intensa congestión pulmonar y hepática. En el bazo los corpúsculos de Malpighio hipertrofiados. Placas de paquimeningitis que hicieron imposible la separación de la duramadre sin desgarro de la masa cerebral.

Caso 9.º.—Niño de 18 meses. Membranas en la laringe y tráquea muy compactas.

Caso 10.—Niña de 21 meses. Membranas en la laringe. Broncopneumonia doble. Congestión del hígado y del bazo.

Caso 11.—Niño de 22 meses. Intubación y traqueotomía. Membranas y úlceras en la laringe y en el espacio subglótico. Zonas de broncopneumonia.

Caso 12.—Niño de 18 meses. Laringe con membranas diftéricas y broncopneumonia.

Caso 13.—Niño de 27 meses. Úlcera infraglótica. Broncopneumonia doble. Hígado con degeneración grasosa.

Caso 14.—Niño de 2 años. Laringe edematosa. Ulceración extensa en la región infraglótica. Exudado muco purulento muy adherido. Focos de broncopneumonia diseminados. En el bazo un lóbulo supernumerario del tamaño de un garbanzo.

Caso 15.—Niño de 2 años. Laringe ocupada por membranas que llegaban hasta la tráquea y rellenaban su tercio superior.

Caso 16.—Niña de 2 años. Membranas diftéricas en la laringe y en la tráquea.

Caso 17.—Niño de 2 años. Laringe y tráquea ocupadas por membranas. Ulceración infraglótica.

Caso 18.—Niña de 2 años. Membranas en la laringe. Hígado con degeneración grasosa y un peso de 1000 gramos (normal, 450 gramos).

Caso 19.—Niña de 2 años y medio. Membranas que rellenan la laringe y la mitad superior de la tráquea. Broncopneumonia. Intubación y traqueotomía. Hígado con degeneración grasosa y un peso de 650 gramos.

Caso 20.—Niño de 3 años. Incisión de traqueotomía. Absceso de la región perilaringea. En la laringe una abundante serosidad espumosa y ligero punto hemorrágico. Broncopneumonia diseminada en ambos pulmones. Pericarditis serosa. Gran congestión del miocardio. Hígado grande con zonas de degeneración. En el bazo los corpúsculos de Malpighio abultados. Congestión intensa de las meninges y del cerebro, sobre todo, en la región occipital. Riñones congestionados; descapsulización fácil.

Caso 21.—Niña de 3 años. Traqueotomía. Abundantes membranas en la laringe y tráquea. Congestiones viscerales. Hígado de 550 gramos.

Caso 22.—Niña de 3 años. Traqueotomía. Membranas abundantes en

la laringe y en la tráquea. Broncopneumonia doble. Atascó mucoso. Asfixia. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Peso del hígado, 450 gramos.

Caso 23.—Niña de 3 años. Membranas en la laringe y tráquea. Hipertrofia del ventrículo izquierdo. Hígado con un peso de 550 gramos.

Caso 24.—Niño de 3 años. Membranas en la laringe y tráquea. Congestiones viscerales. Hígado con un peso de 600 gramos.

Caso 25.—Niña de 3 años. Traqueotomía. Membranas en la laringe, tráquea y bronquios. Broncopneumonia. Hígado con un peso de 400 gramos.

Caso 26.—Niña de 3 años. Traqueotomía. Bloques de membranas que obstruían la tráquea. Congestión intensa de los pulmones, del bazo y de los riñones. Hígado con degeneración grasosa y un peso de 450 gramos.

Caso 27.—Niña de 3 años. Numerosas membranas que obstruían la parte baja de la tráquea. Fracaso evidente de la intubación. Congestión intensa de los pulmones, hígado y riñones.

Caso 28.—Niño de 4 años. Traqueotomía. Numerosas membranas en la laringe, tráquea y bifurcación bronquial. Congestiones viscerales. Hígado con un peso de 1,000 gramos. (Normal 492). Bazo esclerosado. Elevación de la cúpula derecha del diafragma.

Caso 29.—Niño de 7 años. Membranas diftéricas en la laringe y tráquea. Broncopneumonia doble.

Caso 30.—Niño de 7 años. Membranas en la laringe y tráquea. Congestiones viscerales.

Caso 31.—Niño de 7 años. Membrana que desde la epiglotis llega al espolón traqueal, mide 6 centímetros de longitud, un milímetro de grosor, muy compacta. Cianosis acentuada reveladora de la asfixia. Congestión y edema de ambos pulmones. Hígado abultado con gran rezumamiento de sangre al corte. Bazo y riñones muy congestionados.

Caso 32.—Niño de 9 años. Incisión de traqueotomía después de la intubación. El tubo intralaringeo se encontró en el estómago. En el pulmón derecho, una caverna del tamaño de un cañamón llena de pus. El izquierdo con broncopneumonia. Adherencias pleuríticas en ambos lados.

Caso 33.—Niño de 10 años. Traqueotomía. Esfacelo de los bordes de la herida. Extensa membrana en la laringe y tráquea. Hígado con un peso de 900 gramos. Nefritis del riñón izquierdo. Abundante serosidad en el pericardio.

Caso 34.—Niña de 10 años. Traqueotomía incompleta. (Intentada antes de ingresar en la Clínica). Exudado mucopurulento compacto en la laringe y tráquea. Congestiones viscerales. Hígado con un peso de 600 gramos. Cúpula derecha del diafragma elevada.

Caso 35.—Niña de 10 años. Traqueotomía. Gran cantidad de membranas en la tráquea. El lóbulo inferior del pulmón izquierdo con focos inflamatorios. Pleura izquierda con grandes adherencias. Hígado con degeneración grasosa. Bazo muy duro. Riñones de difícil descapsulación. La porción cortical pálida, las piramides de Malpighio con intensa congestión pasiva.

*Resumen.*—En total se han estudiado 35 cadáveres de niños cuya edad era de 4 meses a 10 años. La mayoría de las defunciones se registró entre uno y tres años, pues suman 22 casos.

El sexo predominante ha sido el femenino. 19 niñas y 16 niños.

De la difteria faucial no se hace mención. Esta preponderancia de la difteria laríngea, como he afirmado más de una vez, es puramente accidental, hospitalaria. En general, la difteria laríngea es mucho menos frecuente que la faucial; pero en el servicio hospitalario ocurre lo contrario, porque los dispendios que llevan consigo la intubación o la traqueotomía inducen a las familias a llevar los niños al Hospital en cuanto se inicia el garrotillo.

La lesión fundamental se ha encontrado en todos estos casos en la laringe y parte de la tráquea. Esto impone una rectificación a los partidarios exclusivistas de la intubación laríngea y justifica la práctica inevitable de la traqueotomía. Que las membranas ocupan gran parte de la tráquea, se ha comprobado en los casos 5, 9, 11, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25; 26, 28, 29, 30, 34 y 35. En los casos 28 y 31 las membranas llegaban desde la laringe a la bifurcación bronquial. Cuando se trata de una extensión de membranas semejante, ni la traqueotomía es suficiente a conjurar el conflicto respiratorio y hay que apelar a la "Escobilladura tráqueo bronquial" que presenté en el Congreso Internacional de Medicina, en París, el año de 1900, operación que fué aceptada. Con ella algunos discípulos míos y yo hemos salvado numerosos niños caídos en muerte aparente.

La intubación fué insuficiente y fué preciso apelar a la operación cruenta en los casos 11, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 32, 33, 34 y 35. Cuando existe como lesión evidente el edema laríngeo, queda desechada la intubación y requerida la traqueotomía. En un caso me vi obligado a hacer la traqueotomía sin poder extraer el tubo, por lo que éste y la cánula traqueal permanecieron cuatro días simultáneamente en sus sitios respectivos hasta que desapareció el edema.

En el caso 34 se encontró la traqueotomía frustrada, pues la herida no llegó a abrir la tráquea. Este intento fué hecho por personal ajeno a la Clínica.

Otra lesión más frecuente de lo que se cree es la ulceración por presión del tubo (úlceras por decúbito). Estas úlceras son causa a su vez de otras complicaciones, son casi siempre circulares con los bordes netos. Se han registrado muy marcadas en los casos 6, 7, 11, 13, 14 y 17.

Absceso perilaríngeo. Se ha registrado en el caso 20.

Esfacelo de los bordes de la herida. Se ha visto en el caso 33.

Lesiones pulmonares. Después de las propias de la laringe, son éstas las más frecuentes. Siempre la broncopneumonía uni o bilateral, que se ha encontrado en 17 casos:

En tres casos se han registrado adherencias pleuríticas, pero estas eran sin duda anteriores a la difteria.

Lesión del hígado. Sigue en frecuencia a las pulmonares. El aumento de volumen previo a la enfermedad y agravado o producido por ésta, ha adquirido en algún caso proporciones extraordinarias. Así en el 4 con una edad de 4 meses, el hígado pesaba 800 gramos, en vez de 192, en el caso 18 pesaba 1,000 gramos en vez de 450 y con grandes aumentos se ha encontrado en los casos 5, 21, 24, 28 y 33.

La degeneración grasosa más o menos extensa se ha encontrado en 5 casos: 13, 15, 19, 26 y 35.

Efecto de este abultamiento, se ha registrado una notoria elevación de la cúpula derecha del diafragma en los casos 5, 28 y 34.

Lesiones en el bazo. En casi todos los casos la congestión era evidente. En los casos 5 y 17 se han encontrado los corpúsculos de Malpighio hipertrofiados. La esclerosis se ha visto en los casos 25 y 32. Se ha encontrado un bazo supernumerario en el caso 14.

Lesiones cardíacas. Se ha registrado la pericarditis serosa con abundante derrame en los casos 20 y 33; un reblandecimiento del miocardio en el 20 y la hipertrofia del ventrículo izquierdo en los 22 y 23.

Lesiones renales. La congestión de ambos riñones era casi constante. La nefritis del riñón izquierdo era muy intensa en el caso 33; la descapsulación fué muy fácil en el 20, muy difícil en el 35, coincidiendo con palidez en la porción cortical e hipertrofia de las pirámides de Malpighio.

Lesiones nerviosas. Si bien es evidente la predilección que por el tejido nervioso tiene la toxina diftérica, siendo motivo de los síntomas culminantes, esto es, de las parálisis, entre las que descuella, por lo trágica, la cardíaca; las lesiones macroscópicas aquí encontradas eran probablemente anteriores a la enfermedad. Por ejemplo, se encontró la paquimeningitis en el caso 8 y se produjo gran desgarro al separar la duramadre. En el caso 20 se encontró una intensa congestión de las meninges y de la capa cortical del cerebro, sobre todo, en la región occipital.

#### SÍFILIS

Caso 1.<sup>o</sup>—Niño de 10 días. Nació a término con 2,300 gramos de peso. Hidramnios. Enfermedad de Raynaud. El examen de la fotografía número 1 permite ver las dos extremidades inferiores con gangrena simétrica, negruzcas, turgentes, salpicadas de ampollas voluminosas de forma irregular, distinta de la esférica propia del pénfigo, sobre el dorso del pie izquierdo, en la parte interna y superior del muslo derecho, en el pene y en el escroto. Existían otras ampollas en diferentes partes que no son accesibles a la fotografía. En el abdomen, en forma de cinturón, en el ombligo, en la axila izquierda y en algún otro punto, se veían zonas negruzcas menos consistentes que las de las extremidades inferiores.

Al cuarto día después del nacimiento comenzó el ennegrecimiento de las piernas y en 6 días adquirió el aspecto definitivo.

Abierto el corazón se encontró el agujero de Botal perfectamente permeable. Los pulmones con intensa congestión en ambas bases. Los riñones lobulados, tipo embrionario. La piel estaba dura y al cortarla en las zonas ennegrecidas rezumaba una serosidad rojiza. Los músculos de las extremidades inferiores estaban muy pálidos. En la serosidad de las ampollas no se encontraron espirocetas.

*Piel.*—Macroscópicamente se la vé con gran cianosis, mejor dicho, negra, fría, sobre las dos extremidades inferiores, desde la punta de los pies hasta una línea que unía las dos espinas ilíacas anteriores superiores. Desde este punto la piel aparecía más pálida que lo normal y de una manera gra-

dual se continuaba con el resto de un color pálido claro. La coloración ne-gruzca dominaba también en ambas manos. La cianosis no existía ni en los labios, ni en las orejas, ni en la nariz.

En ambas regiones plantares flictenas pénfigoformes que contenían un líquido sanioso y fétido.

Examinada la piel al microscopio se encontró el tejido del dermis infiltrado por la serosidad y distendidos los espacios limitados por los haces conjuntivos. Había también atrofia papilar.

El cuerpo mucoso de Malpighio se hallaba con cuatro y cinco hileras de células; la capa basal de éstas tenía los núcleos vacuolizados y las demás hileras con signos evidentes de queratocoloidización. La substancia córnea era escasa y desprendíase con facilidad al corte.

*Arterias umbilicales.*—A simple vista no presentaban apenas alteraciones patológicas.

Examinadas microscópicamente, ofrecían las siguientes lesiones: el endotelio vascular presentábase con una evidente descamación de las células en la luz del vaso; en algunas los núcleos aparecían vacuolizados, había endoarteritis.

La mesoarteria o túnica media estaba engrosada, las fibras musculares y elásticas aparecían en algunos sitios disociadas, como si hubieran sufrido una disección microscópica. En un punto de la mesoarteria (pudo observarse en placa autocroma) un nódulo muy teñido por la hemateína; tenía todo el aspecto de una degeneración.

La túnica externa estaba infiltrada por elementos inflamatorios, había pues perivascularitis.

*Vena umbilical.*—Macroscópicamente estaba normal; al microscopio se vieron lesiones de endoflebitis muy características; la túnica media y externa aparecían casi normales.

*Hígado.*—A simple vista se presentaba grande, blando y con coloración rojiza, excepto en algunos sitios aislados, en que la coloración de hoja seca destacábase sobre el resto. Por medio de varias secciones púdose observar que la coloración no era sólo periférica, sino que se continuaba y ensanchaba hasta la profundidad.

Con el microscopio se pudo comprobar la degeneración de la célula hepática, en unos sitios había destrucción del tejido y degeneración grasa; en otros era lo más corriente una vacuolización del protoplasma con degeneración del núcleo; era evidente que el tejido había perdido su afinidad para la hemateína.

En los espacios portas, tanto las arterias como las ramas portales presentaban lesiones de perivascularitis.

Los conductillos biliares estaban libres de toda lesión. No había señales de hiperplasia del tejido conjuntivo.



Fig. 1

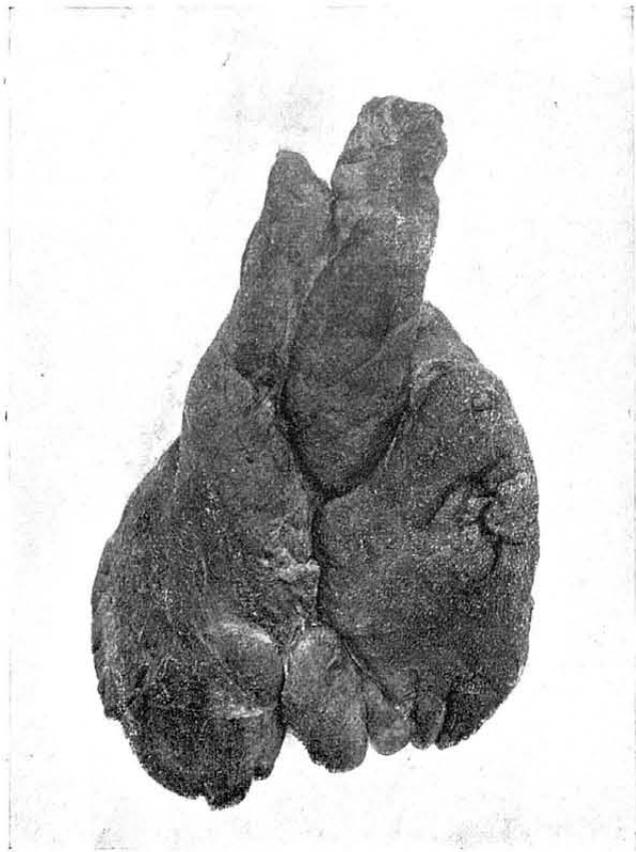


Fig. 2

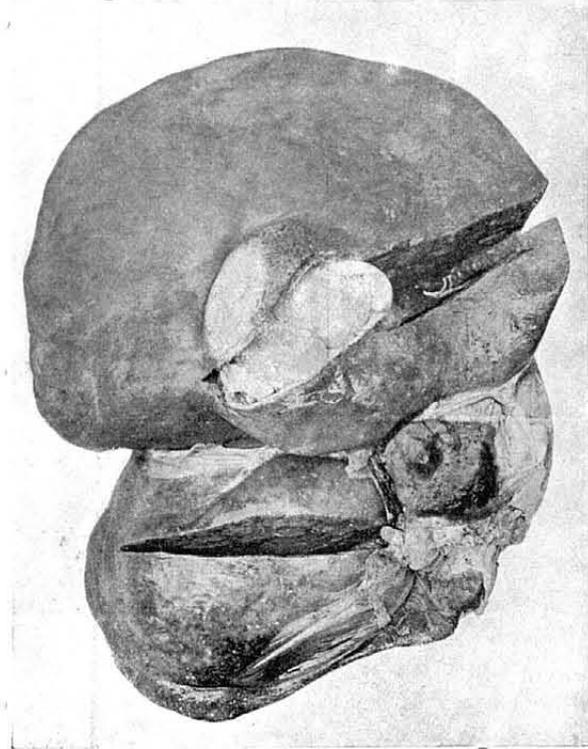


Fig. 3

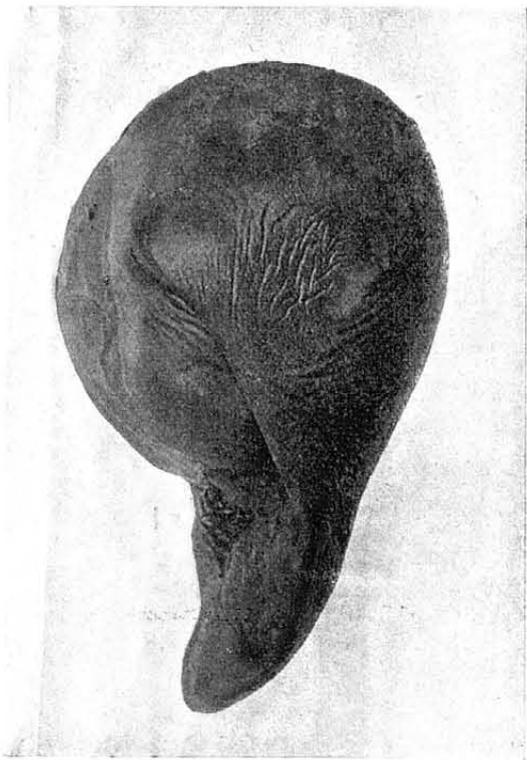


Fig. 4

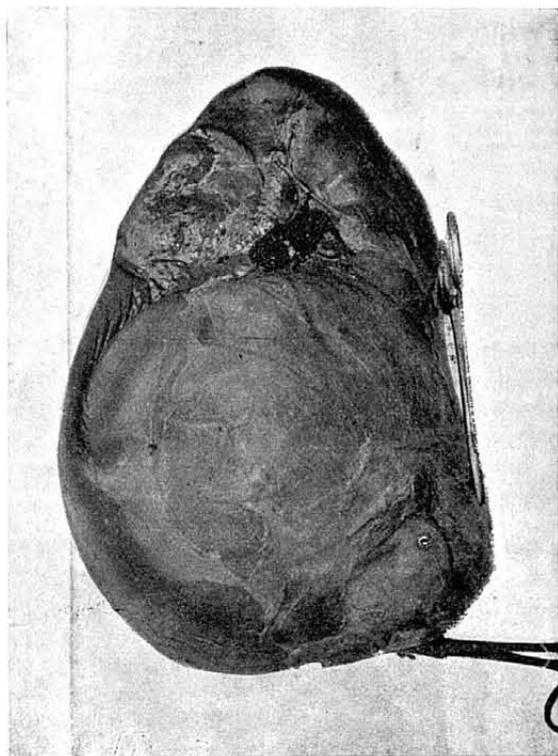


Fig. 5

*Riñones.*—En éstos ni macroscópicamente ni microscópicamente pudieron hallarse alteraciones.

*Timo.*—Aparecía grande, perfectamente lobulado; el microscopio descubrió una trama linfoidea normal. Dada la edad del niño, los corpúsculos de Hassall eran pequeños y escasos.

*Pulmones.*—Estaban contraídos, crepitaban poco a la presión, tenían un color pálido a trechos, pues había sitios donde la coloración era blanco-amarillenta, tanto en la superficie como en la profundidad.

Examinados algunos cortes de estas regiones de coloración alterada, se pudo observar por el examen microscópico que el epitelio alveolar estaba indemne y muy alterado el tejido conjuntivo interalveolar e interlobulillar; había, pues, una exsudación copiosa y células sanguíneas de la serie linfocitaria.

Las restantes vísceras no presentaban nada anormal.

Resumiendo: las lesiones encontradas revelan la existencia de una inflamación vascular que ha producido obstrucción, dificultando el riego sanguíneo nutritivo y determinando en definitiva la muerte de los tejidos. La causa ha sido la sífilis materna transmitida al feto, el cual al nacer tenía ya en evolución la enfermedad.

Las restantes vísceras no ofrecían alteraciones especiales, ni menos particularidades propias de esta dolencia.

*Conclusión:* este caso ofrece un valor clínico substantivo e histológico suficiente, para definir la enfermedad de Raynaud o gangrena simétrica de las extremidades.

Las lesiones demostradas por el examen microscópico demuestran una proliferación conjuntiva difusa en los vasos, la descamación de los endotelios y por consiguiente una obstrucción vascular, total o parcial, falta de riego sanguíneo y en último término, la muerte celular, la gangrena húmeda. La prontitud con que ésta se produce, su continuidad, la gangrena en bloque y no por placas, la simetría en las dos extremidades acusa una causa vascular sistematizada. Esta difusión del daño celular se explica perfectamente por la acción de la sífilis.

Por lo tanto, esta observación personal, junto con las de Durante, establece el carácter específico de la enfermedad, a saber, la lesión vascular de origen sífilítico. Con ello quedan excluidas todas las demás afecciones que han agrupado los autores bajo la denominación de acropatías. La localización en una misma región no debe servir para confundir lesiones tan semejantes por su naturaleza, por su gravedad y por su extensión. Debe rectificarse el criterio dominante en los textos y esa diversidad de causas, nerviosas, tóxicas, como el ergotismo, etc., que ha sido supuesta.

En lo sucesivo la enfermedad de Raynaud no deberá asimilarse a los sabañones, al eczema, a la osteopatía pneumónica, a la acromegalia, a la es-

clerodactilia, etc. Se estudiará como una enfermedad peculiar producida por la sífilis y caracterizada por una gangrena húmeda en bloque y simétrica en las extremidades inferiores y alguna vez en las superiores.

Caso 2.º.—Niño de 10 años. Las lesiones residían principalmente en el hígado y en el corazón. Aquél estaba reducido de volumen, con un peso inferior al normal, de 350 gramos que es el de un niño de 2 años, de consistencia dura, superficie granujienta y aspecto cirrótico. El análisis histológico confirmó la cirrosis.

En el corazón se comprobaron señales evidentes de periarteritis.

El líquido céfalo-raquídeo acusó gran tensión.

#### FIEBRE TIFOIDEA

Caso 1.º.—Niña de 3 años. En el intestino delgado y en su porción terminal, las placas de Peyer muy abultadas. Algunas en plena ulceración. En el intestino grueso numerosos folículos hipertrofiados semejando pequeños tumores. Los ganglios del mesenterio hipertrofiados, de color rosáceo. El hígado con zonas de degeneración grasosa y un peso de 550 gramos. El bazo con algo de esclerosis, crugia intensamente al corte; pesaba 24 gramos. Los riñones intensamente congestionados, el derecho de doble tamaño que el izquierdo. Los pulmones con hepatización roja en ambas bases.

Caso 2.º.—Niña de 4 años. Numerosas placas de Peyer infartadas y con erosiones en la región cecal. Los ganglios mesentéricos hipertrofiados y rojizos. Hígado hipertrofiado con un peso de 600 gramos. Pericardio lleno de serosidad. Ambos pulmones con placas de hepatización gris. Nefritis. Lo interesante de estas lesiones es su rareza, ya que en edades tan tiernas no suelen ser intensas ni producir la muerte.

#### REUMATISMO

Caso 1.º.—Niño de 3 años. Abundante derrame seroso en la cavidad pleural izquierda. Al abrir el abdomen salió una gran cantidad de líquido seroso de color cetrino. Hígado ligeramente abultado.

Hipertrofia del ventrículo izquierdo. La válvula mitral presentaba tres papilomas: insuficiencia. Las válvulas sigmoideas aórticas con ligeras verrugosidades. El análisis histológico demostró la presencia de corpúsculos de Aschoff, que son, como sabemos, la lesión específica del reumatismo. Las articulaciones intactas.

Este caso es una demostración más del carácter del reumatismo en la infancia, más cardíaco y seroso que articular, por lo que se otorga a esta afección en la primera edad, el carácter de abarticular.

#### NUTRICIÓN

*Púrpura hemorrágica de Werlhoff e hipertrofia del timo.* Caso primero.—Niño de 4 años. Numerosas manchas de púrpura diseminadas

en la piel. Equimosis diversos, uno muy acentuado alrededor del ojo derecho. En el pericardio parietal y visceral y en el endocardio, se encontraron diversos focos hemorrágicos. Los ganglios del mesenterio estaban engrosados y algunos con hemorragia intersticial. Paresia de la vejiga urinaria que contenía un litro de orina.

Lo más interesante de este cadáver fué la extraordinaria hipertrofia del timo, según puede verse en la fotografía 2. Conserva la forma general de una pera con el pedúnculo superior y bifurcado, pero el volumen, el peso y sus mamelones revelan su enorme desarrollo. Pesaba 50 gramos y ya que a los dos años de edad el peso normal es de unos 20 gramos y a partir de esa fecha va disminuyendo, no se explica su gran aumento. Otro dato de sumo interés respecto de la hipertrofia del timo, es la acción mecánica desarrollada sobre la tráquea. Esta se encontró con una gran depresión que pudo ser el comienzo de la asfixia y de una muerte repentina. Este accidente, negado por algunos como mecanismo de muerte en las timopatías, queda comprobado con este hecho que se puede añadir a los anteriores, máxime, cuando se vió que la depresión traqueal persistía después de haber extraído el timo.

#### DIABETES SACARINA

Niño de 15 años. Ingresó en mi Clínica en septiembre del año 1928. Su gran enflaquecimiento puede apreciarse en su silueta visto de frente y de perfil. Asistido con el régimen alimenticio severo y con la insulina mejoré notablemente, pero llegado a su pueblo, recayó y reintegrado a la Clínica, quebrantó el régimen durante la noche, por tal modo que fué acometido de coma y murió. Al presentar ahora las proyecciones, debo expresar mi gratitud al profesor Guilera y al profesor auxiliar Ferrer Fernández de la Riva, por el concurso que me han prestado en los trabajos histológicos.

*Páncreas.*—Al examen macroscópico este órgano presentaba un tamaño normal, no tenía trazas de atrofia; por el tacto se apreció un ligero aumento en su consistencia; hecha la sección, la superficie de los cortes apareció irregular, no homogénea, la cápsula estaba muy engrosada y de ella partían unos tractos fibrosos que penetraban en el tejido parenquimatoso.

El examen microscópico reveló los siguientes caracteres.

Las microfotografías 1 y 2 representan cortes de páncreas vistos con pequeño aumento. En ellas se ven los tabiques interlobulares con un carácter especial: han aumentado mucho de volumen y poseen un abundante exudado fibrinoso en forma de hilos finísimos, con elementos propios de un proceso inflamatorio y predominio del tipo monocitario. En los pequeños vasos que circulan por estos tabiques, se aprecia la transformación de las células adventicias en elementos emigrantes. En algunos puntos el exudado fibrinoso de los tabiques aparece despojado en absoluto de elementos celulares; en otros, se observan, al lado de las células de infiltración, abundantes restos de células entre los que predominan partículas de núcleos en cariorexis y picnosis.

La destrucción de los acini glandulares se inicia en los lóbulos de afuera adentro; en un principio las células presentan lesiones variables; unas veces de degeneración grasienta iniciada por la presencia de pequeñas gotas que, confluyendo, llegan a ocupar la casi totalidad del protoplasma y otros, en cambio, presentan rápidamente las características propias de la necrosis celular, confundiéndose con el "magma" granuloso de los espacios interlobulares.

Los islotes de Langerhans son invadidos por el mismo proceso. En los lugares menos atacados es posible hallar algunos de gran tamaño, como se puede observar en la microfotografía 4.

En conjunto, las lesiones halladas en el páncreas coinciden en líneas generales con las de citoesteatonecrosis.

En otros cortes del páncreas se ha podido apreciar que hay integridad del epitelio de los acini; los lobulillos son normales, sin que exista esclerosis. En estos mismos cortes no se ha visto ningún islote de Langerhans típico. Esta ausencia de islotes es realmente anómala y explicaría la falta de secreción de insulina y la gravedad de la dolencia.

En resumen, el examen microscópico demuestra que las lesiones del páncreas son las más intensas y definidas de todas las vísceras; en unos cortes aparecen lesionados los dos sectores del órgano, el endocrino y el exocrino, siendo más profundo el mal en la parte de secreción interna. En otros cortes los acini de la secreción externa están íntegros, pero en cambio faltan por completo los islotes de Langerans, lo cual explica la gravedad y rebeldía de la diabetes de este niño.

*Hígado.*—Al examen macroscópico se halló este órgano aumentado de volumen; rebasaba un centímetro y medio del reborde costal. La sección del mismo permitió ver en la superficie del corte un color pálido. La reacción de Lugol fué francamente negativa.

El examen microscópico reveló lesiones definidas.

Como puede verse en la microfotografía 5, el hígado presenta focos de necrosis fibrinoide; las trabéculas hepáticas contienen células cuyo protoplasma posee abundantes vacuolas grasas. Esta lesión revela un aspecto progresivo.

En otros cortes el hígado aparece en general íntegro; sólo ofrece una ligera congestión. Son claramente visibles las células de Kupfer.

*Riñones.*—Aspecto macroscópico. Ambos aparecen aumentados de volumen; el riñón derecho pesaba 25 gramos más que el izquierdo; al hacer la decapsulación se les halló ligeramente granuloso.

Aspecto microscópico. En unos cortes se advierte una congestión de los vasos de las zonas cortical y medular; en los capilares de la zona medular, hay acúmulo de células blancas, sobre todo mononucleares. Hay glómerulos gruesos congestionados; en cambio, están íntegros el epitelio de los contorti, el de las piezas intermediarias y las asas de Henle.

En otros cortes no se descubren lesiones aparentes y el riñón muestra su aspecto normal.

*Cápsulas suprarrenales.*—En general hay integridad de la región cortical y de la medular. En algunos puntos las trabéculas de la región fascicular presentan sus elementos degenerados y separados unos de otros, produciéndose un aumento de volumen de la trabécula.

*Corazón.*—Aspecto macroscópico. Se encontró reducido de volumen, hipoplásico, de paredes ventriculares delgadas; al corte pudo apreciarse en el miocardio un color violáceo especial.

El examen microscópico no descubrió en las fibras del miocardio lesiones definidas.

*Ganglios linfáticos.*—Examinados al microscopio, se comprobó un predominio evidente de las porciones reticulares no linfoideas (senos, retículo endotelial) y una atrofia relativa del aparato linfopoyético. Se ven muchos linfocitos, células macrófagas con granulaciones y células con granulaciones eosinófilas.

*Bazo.*—Su aspecto macroscópico reveló un ligero aumento de volumen; su color era rojo vivo; al corte, el tejido resultó blanduzco y friable.

*Cerebro.*—Aspecto macroscópico. Incindida la duramadre, llamó la atención la escasa cantidad de líquido cefalorraquídeo encontrado; la piamadre tenía un ligero edema. Practicados varios cortes sobre el cerebro, el bulbo y la hipófisis, no se apreció nada anormal a simple vista.

*Nervio ciático.*—Como el niño se había quejado de varias neuralgias, se hicieron cortes transversales en distintos puntos de este nervio, pero no se encontró ninguna manifestación anormal.

En resumen, en la diabetes de este niño se han encontrado lesiones en los órganos siguientes: el páncreas, el hígado, los riñones, las cápsulas suprarrenales y en los ganglios linfáticos; pero las más destacadas y específicas son las del páncreas, por lo que este caso aporta una valiosa cooperación histológica a la teoría pancreática de la diabetes sacarina.

#### APARATO RESPIRATORIO

##### PNEUMONIA

Caso 1.º.—Niña de 10 meses. Broncopneumonia doble. Al corte ambos pulmones en estado de hepatización gris, rezuman una serosidad sanguinolenta y pus. Corazón muy dilatado.

Caso 2.º.—Niño de un año. Exantema máculopapuloso de la cara. Bron-

copneumonia doble consecutiva a un sarampión retropulso. Hepatización roja. Ventrículos del corazón con grandes coágulos. Pericardio medio lleno de serosidad. Hígado grande con un peso de 400 gramos.

Caso 3.<sup>o</sup>.—Niño de un año. Broncopneumonia doble, hepatización gris. El pulmón rezuma al corte una serosidad purulenta. Numerosas adherencias pleuríticas. Pericardio relleno de serosidad. Hígado con degeneración grasosa. Bazo hipertrofiado, duro al corte. Ambos riñones muy congestionados y con varias rosetas de raicillas venosas debajo de su cápsula. (Estrellas de Verheyen).

Caso 4.<sup>o</sup>.—Niña de 15 meses. Broncopneumonia doble en los lóbulos inferiores. Hígado con degeneración grasosa. Bazo duro y con fuerte congestión.

Caso 5.<sup>o</sup>.—Niño de 16 meses. Broncopneumonia en la base de ambos pulmones. Hígado y riñones muy congestionados.

Caso 6.<sup>o</sup>.—Niña de dos años. Pneumonia lobular o fibrosa del lóbulo inferior del pulmón derecho. Los lóbulos medio y superior intensamente fluxionados. El pulmón izquierdo con atelectasia en la base. La pleura izquierda con medio litro de serosidad. El pericardio medio lleno de serosidad. Hígado intensamente congestionado, con un peso de 500 gramos. Bazo ligeramente hipertrofiado. Riñones isquémicos.

Caso 7.<sup>o</sup>.—Niño de dos años. Broncopneumonia doble. Hígado grande con zonas de degeneración grasosa y un peso de 450 gramos.

Caso 8.<sup>o</sup>.—Niña de 2 años. Broncopneumonia doble. Hígado grande, degeneración grasosa y 600 gramos de peso. Riñones con abolladuras en su superficie y esclerosados.

Caso 9.<sup>o</sup>.—Niño de 2 años. Broncopneumonia de ambas bases pulmonares. Riñones pálidos de fácil descapsulación. Ulcera disecante de la cara externa de la pierna y del muslo izquierdos. En los intersticios musculares, pus amarillo verdoso.

Caso 10.—Niño de 2 años. Broncopneumonia doble, predominando en el lado derecho. Corazón dilatado y hígado con degeneración grasosa.

Caso 11.—Niño de 30 meses. Broncopneumonia inicial doble con edema intenso generalizado. (Bronquitis capilar). La aurícula derecha contenía un gran coágulo fibrinoso compacto.

Caso 12.—Niño de 3 años. Broncopneumonia doble en ambos lóbulos inferiores, y en el medio derecho. Enfisema en los vértices, algún foco de supuración. Edema de la glotis.

Caso 13.—Niña de 3 años. Broncopneumonia sarampionosa. Exantema sarampionoso en la cara y tronco hasta el ombligo (sarampión retropulso). Ambos pulmones en hepatización roja. Hígado grande con 400 gramos de peso. Nefritis.

Caso 14.—Niño de 3 años. Broncopneumonia doble. Al corte el pulmón rezumaba un pus verdoso. Las dos cavidades pleuríticas con abundante líquido seroso. Hígado con degeneración grasosa por zonas. Riñones agrandados y fáciles a la descapsulación.

Caso 15.—Niña de 3 años. Broncopneumonia del pulmón izquierdo. El derecho con intensa fluxión.

Caso 16.—Niño de 3 años. Broncopneumonia serpigínea doble. Al corte el pulmón rezumaba líquido edematoso. El corazón relleno de coágulos

fibrinosos. Hígado de color rojo intenso con placas blanquecinas de degeneración grasosa.

Caso 17.—Niño de 4 años. Broncopneumonia total del izquierdo, intensa congestión del derecho. Bridas fibrinosas que unían la pleura parietal con la visceral en el lado izquierdo. Algunas sueltas en la cavidad pleural derecha. Los ganglios del mediastino muy infartados. Hígado con un peso de 500 gramos y alguna placa de degeneración grasosa. Bazo esclerosado y duro y un peso de 50 gramos. Los ganglios del mesenterio grandes y duros.

Caso 18.—Niño de 5 años. Broncopneumonia doble. Los grandes bronquios rellenos de exudados compactos. Hepatización gris. Nefritis parenquimatosa doble. Ulceras por decubito en las regiones glútea y sacra.

Caso 19.—Niña de 6 años. Broncopneumonia del derecho, enfisema en ambos vértices y edema en ambas bases.

Caso 20.—Niña de 6 años. Pneumonía del vértice del pulmón izquierdo; el derecho muy congestionado. Meninges muy engosadas y rojizas, de difícil despegamiento. Intenso edema cerebral cuya capa gris se deshacía como una papilla. El líquido céfalo raquídeo amarillo y muy viscoso. Pericardio relleno de serosidad. Los riñones con la capa cortical muy pálida y las pirámides de Malpighio congestionadas como en las cardiopatías.

Caso 21.—Niño de 8 años. Broncopneumonia del lóbulo inferior izquierdo con tres focos hemorrágicos en el vértice. Pericardio con gran derrame. Hígado con degeneración y riñones con difícil descapsulización.

#### ABCESO PULMONAR

Caso 1.º.—Niña de 5 años. Absceso pulmonar de origen pneumocócico, de paredes delgadas que ocupaban el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Esclerosis pulmonar acentuada en el resto, con grandes bronquiectasis areolares en todo el territorio esclerosado. En el pulmón derecho, focos de tuberculosis caseosa con alguna ulceración. Sínfisis entre el corazón y el pericardio.

#### OBSTRUCCION TRAQUEAL Y ASFIXIA POR EL CONTENIDO DE UN GANGLIO VERTIDO EN EL INTERIOR DE LA TRÁQUEA

Caso 1.º.—Niño de siete años. De buen aspecto y al parecer sano. A las siete de la mañana fué atacado de súbito de una disnea intensa. Llevado a nuestra sala de difteria, no se le encontró la menor manifestación en la garganta, ni en el cuello, ni fiebre. Se hizo la intubación y la disnea siguió en aumento, se practicó la traqueotomía, y de igual modo seguía la disnea. Se practicó la escobilladura tráqueobronquial y de igual modo seguía la disnea. Se practicó la escobilladura tráqueobronquial y aunque se extrajeron algunas cantidades de pus grumoso, la dificultad respiratoria siguió invariable, muriendo el niño a las dos horas de ingresar en la Clínica.

En la necropsia, una vez abierta la tráquea, se vió cerca de su bifurca-

ción un agujero que comunicaba con el interior de un grueso ganglio, rodeado de otros, todos tuberculosos. Reblandecido aquel, perforó la tráquea y vertió su contenido caseoso en la bifurcación y en los bronquis produciendo la obstrucción y la muerte por asfixia. La falta de manifestaciones morbosas ostensibles hacía inexplicable esta disnea.

#### EMPIEMA

Caso 1.º — Niño de siete años. En el lado derecho del tórax se ve, entre las líneas axilar anterior y posterior, una amplia herida con resección de 2 centímetros de la 5.<sup>a</sup> y de la 6.<sup>a</sup> costillas. Los bordes de la herida y tejidos circundantes están negruzcos, con gran fetidez de gangrena. Los extremos de las costillas están descarnados y los músculos próximos disecados (ulceras disecantes). El borde anterior del pulmón tiene un aspecto carbonoso. Hipertrofia de las aurículas. El hígado presenta una zona negruzca en su cara convexa por el contacto con el diafragma y el pulmón que son asiento de gangrena. Los riñones con degeneración amiloidea.

Caso 2.— Niño de ocho años. En el lado derecho del tórax una cicatriz y en su parte media una fístula. La cavidad pleural derecha tiene las paredes muy gruesas y una pequeña cantidad de pus. El pulmón está carnificado y al corte da una gran cantidad de sangre. Su borde anterior recubre el pericardio con una especie de lengüeta. Focos de enfisema de compensación en la zona superior.

El timo, hipertrofiado y por su parte inferior, recubre la base del corazón.

Los riñones abultados, descoloridos y fácilmente descapsulables, dan al corte una pequeña cantidad de pus.

Caso 3.— Niña de nueve años. En el lado izquierdo se ve una herida a nivel de la sexta costilla. En la cavidad pleurítica se encuentran gran número de adherencias que unen al pulmón con la pared.

Hígado con degeneración amiloidea. Peritoneo relleno de una serosidad fibrinosa, verdosa y fétida.

Caso 4.— Niño de seis años. Incisión de toracotomía a nivel del sexto espacio intercostal, con resección de 2 centímetros de la séptima costilla en el lado derecho. Adherencias extensas entre la cara posterior del esternón y el pericardio. Entre ellas hay una masa espesa purulenta de color verdoso y negruzco. El pulmón derecho completamente carnificado, tan solo en el vértice ofrece una pequeña parte aireada. La pleura izquierda está engrosada y en el pulmón correspondiente se ven algunas zonas de enfisema.

El pericardio está engrosado con varias sinequias que le mantienen unido al corazón; éste presenta el aspecto de *cor villosus*.

Hígado grande y duro. Riñones con pielonefritis. Bazo aumentado de volumen y blando.

Caso 5.— Niño de ocho años. Empiema derecho tabicado. El borde anterior del pulmón está íntimamente unido a la pared torácica. En la parte posterior del lóbulo superior hay una cavidad producida por la abertura de un bronquio, en virtud de adherencias firmes. En el lóbulo inferior se encuentran restos de un absceso que se ha abierto en la pleura.

El pericardio inflamado con derrame seroso espeso.

Casos 6 y 7.—Estos dos, una niña de cuatro años y un niño de cinco, han ofrecido una lesión especial habiéndose curado el empiema. Son los dos únicos que no corresponden a la sala de necropsias. Como puede verse en las 2 proyecciones, se trata de la formación de grandes masas fibrinosas en el líquido derramado, cuya estructura, formada por numerosas oquedades, cual las de una esponja, permiten la circulación de masas de pus y producen un ruido especial que yo he denominado *ruido fibrino-pleurítico*, el cual explica un hecho paradójico: la percepción de un ruido al parecer de roce en medio de una abundante cantidad de pus. Y habiendo pus en la cavidad pleurítica es imposible que estén en contacto las pleuras parietal y visceral y que puedan, por tanto, rozar entre sí.

*Resumen.*—Los 21 cadáveres producidos por broncopneumonía revelan el predominio del sexo masculino sobre el femenino, pues figuran 13 niños y ocho niñas, y la edad que oscila entre diez meses y ocho años. Demuéstrase que el segundo y tercer año dan el mayor contingente a la enfermedad; suman entre los dos años, 11 casos.

En general, la broncopneumonía ha sido doble en la mayoría de los casos. Cuando ha sido de predominio unilateral, la mayor frecuencia ha recaído en el pulmón derecho.

La pulmonía fibrinosa o lobular, a diferencia de la lobulillar, es en la primera edad rara. En este grupo, solo se ha registrado un caso, el caso 6.

El sarampión, en forma de retropulsión, ha actuado en dos casos, el 2 y el 13. Las lesiones de la piel son características, a pesar del estado cadaavérico.

La forma serpigínosa de pneumonía doble se ha presentado en el caso 16.

La localización en el vértice observada en el caso 20, ha confirmado la doctrina en boga hace años, antes de que se descubriera el meningococo de Weichselbaum. Sus lesiones evidentes en el vértice del pulmón izquierdo, con otras leves en el resto de los pulmones, y la coincidencia de las lesiones meníngeas y de la capa cortical del cerebro, vienen a corroborar la antigua doctrina de las relaciones entre la meningitis cerebroespinal y de esta clase de pulmonía, y de la influencia que el pneumococo podía tener en la génesis de la meningitis.

El enfisema como lesión importante se ha registrado en los casos 10 y 17.

Las úlceras disecantes y las por decúbito, que son distintas entre sí, de pronóstico más grave las primeras, se han registrado en los casos 7 y 18.

El absceso como consecuencia de la pneumonía, se ha presentado en el vértice en un caso y en otros focos hemorrágicos.

El pericardio ha sido afectado en 4 casos, el hígado en 6, el corazón en tres.

En el empiema, de 5 casos, 4 han recaído en niños. En uno de ellos se registró el esfacelo con úlcera disecante. Esta lesión es propia de las pésimas condiciones orgánicas de estos niños caquéticos e instalados en un ambiente infecto. Dadas las precauciones de que se rodean estos enfermos en las clínicas, la gangrena es una complicación rarísima.

En el segundo caso los empiemas, el timo estaba intensamente hi-

perforado y su compresión sobre el corazón debió contribuir a la muerte, dificultando la acción del centro cardíaco.

Es de una singular enseñanza el caso del ganglio supurado tuberculoso que abrió la pared traqueal cerca de su bifurcación y produjo la obstrucción de ambos bronquios y la muerte por asfixia. Desarrollado este proceso en medio de una aparente salud y estallando bruscamente, sin antecedente ninguno, no podía ser conjurado ni por la intubación, ni por la tráqueotomía ni por la escobilladura traqueo-bronquial.

Dentro de estas derivaciones raras, recordemos que en el empiema, el pus puede perforar la pleura diafragmática, el diafragma y abrirse paso hasta llegar al ombligo sin revelar a veces el mecanismo. En dos casos que he operado con éxito, pudimos comprobar este trayecto y este origen de las fístulas umbilicales.

Sobre todas las lesiones, destaca la formación de grandes masas de fibrina en algunos casos de empiema, tortas enormes y compactas que, a modo de esponjas, dejan circular por sus oquedades el pus y simulan un ruido de roce pleurítico. De entre numerosos casos operados, he separado los dos ejemplares más característicos.

#### APARATO DIGESTIVO

##### HÍGADO

Caso 1.º. — Degeneración grasosa del hígado del corazón y del riñón. Niña de dieciséis meses. Con una atrofia general intensa, presentaba el aspecto de la enfermedad de Buhl, rara vez observada y aún dentro de esta rareza, tan solo en el primer mes de la vida, esto es, entre las enfermedades propias del recién nacido. Además de la degeneración comprobada por los reactivos en uso, se encontraron hemorragias intersticiales en varios órganos.

##### QUISTES HIDATÍDICOS

Caso 1.—Niño de cuatro años. Presentaba una incisión en la línea media del abdomen y cinco bolsas de marsupialización, procedentes de otros tantos quistes hidatídicos encontrados en la operación. El hígado presentaba 12 celdas independientes con varios huevos de hidátides. Reunidos los quistes más contiguos para reunirlos en una cavidad, se hizo el desagüe directo hacia la pared del abdomen. Era éste un caso de hidatidosis múltiple, ya que además de los diversos quistes encontrados en el hígado, se hallaron otros en el mesenterio, uno en el bazo y además uno en el lóbulo medio del pulmón derecho. Todo lo que tienen de curable los quistes de hígado cuando son únicos — y lo digo por experiencia — lo tienen de incurables los quistes multiloculares y simultáneos en varias vísceras.

Caso 2.—Quistes hidatídicos del hígado y del bazo con cirrosis tuberculosa.

Niño de nueve años. Enfermo desde tres años atrás. Permaneció

en la Clínica solo 8 días. Había tenido 4 abundantes hematemesis, intensa ictericia y fiebre alta. La lesión principal residía en el hígado. La fotografía muestra en varios puntos de la cara cóncava gran número de granulaciones miliares, de tubérculos, que dan un carácter a la lesión, pero además en el lóbulo mayor, un enorme quiste que, seccionado, deja ver dos grandes vesículas hidatídicas y varias otras aplastadas. En otros puntos se ven prominencias correspondientes a los quistes.

El bazo, como se advierte en la fotografía, presenta un abultamiento correspondiente a un quiste.

En el lóbulo superior del pulmón izquierdo se halló tuberculosis miliar y un saco bronquiectásico. Ganglios tuberculosos del tamaño de una castaña en el epiplón gastro hepático. El análisis histológico demostró la naturaleza tuberculosa de estas infiltraciones.

En el peritoneo, una ascitis hemorrágica.

*Peritoneo; Peritonitis pneumocócica.*—Caso 1.—Niña de un año. Sobre la línea media se observa una incisión de laparotomía. El gran epiplón presenta notorio engrosamiento, con placas de exudado fibrinoso compacto, que adhiere fuertemente las asas intestinales. El páncreas fuertemente inflamado. Los dos ventrículos rellenos de coágulos.

Caso 2.—Niña de dos años. Incisión de laparotomía media. Peritonitis neumocócica. Intestinos de color verdoso conglomerados entre sí por exudados fibrinosos. Hígado de color verdoso y reblandecido. Bazo con periesplenitis.

Caso 3.—Niño de tres años. Incisión de laparotomía media. Peritonitis de colibacilos. Toda la superficie del peritoneo estaba revestida de una capa blanca gris de supuración. Los ganglios mesentéricos infartados y de color violáceo muy duros al corte.

Caso 4.—Niña de cuatro años. Peritonitis séptica generalizada. Se ha practicado la apendicectomía. Hay manchas negras por gangrena, en todo el intestino ciego, hígado muy abultado, con un peso de 600 gramos. Congestión intensa del bazo, de los riñones y del pulmón.

Caso 5.—Niña de seis meses. Peritonitis por hernia inguinal estrangulada. Gangrena de la pared abdominal y del gran labio derecho. La gangrena se extiende a la porción del peritoneo parietal y visceral. Resección de un trozo de intestino delgado. Las suturas se mantienen íntegras.

Hígado con degeneración grasosa. Bazo con periesplenitis.

*Estenosis esofágica; Gastrostomía; Tos ferina.*—Caso 1.—Niña de cinco años. La ingestión de ácido clorhídrico del comercio produjo una extensa quemadura y estrechez cicatricial a nivel de la cuarta vértebra dorsal. Por encima, el esófago se hallaba muy dilatado en forma de bolsa.

En el epigastrio se apreció una boca artificial sobre el estómago en buen funcionamiento. La alimentación por este orificio había reparado las carnes de la niña que llegó a la Clínica en estado de enflaquecimiento extremo. Adquirió en su casa la tos ferina y en un acceso de tos muy violento se produjo la eventración de parte de la mucosa gástrica y la estrangulación. Reducida

ésta mediante la anestesia, la niña, murió por las lesiones de broncopneumonía consecutiva a la tos ferina.

#### SISTEMA NERVIOSO

##### MENINGITIS

Caso 1. — Niño de dos años y nueve meses. Meningitis pneumocócica. Tres meses de enfermedad. Las lesiones inflamatorias se extendían desde el cerebro hasta la parte inferior de la médula. Esta se hallaba recubierta de un exudado fibrinoso amarillo. El análisis microscópico reveló gran número de pneumococos y de polinucleares. En el cráneo, el exudado fibrinoso recubría todo el encéfalo, de la corteza a la base. En la base grandes placas de exudado recubrían el quiasma óptico. La superficie del cerebro estaba deformada. Los ventrículos muy dilatados. En todos los puntos el pus contenía polinucleares y pneumococos.

Caso 2.—Niño de seis años. Meningitis aguda, consecutiva a una otitis, que databa de cuatro semanas. La meningitis había comenzado siete días antes. Acúmulo de pus en el lado derecho del cerebro con exudado en los surcos de las circunvoluciones. El lóbulo derecho del cerebelo recubierto de un exudado fibrinoso purulento. Todo el nervio auditivo estaba recubierto del mismo exudado. El oído medio estaba relleno de pus. Las células mastoideas completamente libres.

El corazón dilatado y flácido.

Caso 3.—Niña de tres años. La lesión característica fué una enorme dilatación ventricular, numerosas colonias de tubérculos miliares sobre la duramadre cerebro y cerebelo. En la base gruesos exudados compactos que englobaban los nervios y las anfractuosidades.

Los dos pulmones en sus vértices presentaban numerosas colonias de tubérculos miliares.

#### VARIA

##### SEPTICEMIA ESTROPTOCÓCICA CONSECUTIVA A ÓSTEMIELITIS DEL FÉMUR

Caso 1. — Niño de doce años. Ingresó en la Clínica con aspecto tifóidico. El muslo derecho enormemente hinchado, con empastamiento y un punto rojizo, próximo a dar salida al pus. En la base del pulmón derecho, una neumonía evidente. Se le practicó extenso desbridamiento y la perforación del fémur para dar salida a la médula ósea inflamada. En el pus de ambos puntos se encontraron numerosos estreptococos.

Las lesiones fueron las siguientes: en el pulmón izquierdo cinco abscesos del tamaño de una avellana, tres de ellos ofrecían a su nivel tres adherencias entre la pleura pulmonar y la parietal. El pulmón derecho fuertemente adherido a la pared torácica en el tercio inferior, de adelante atrás; adherencias más débiles por encima. El pulmón carnificado. El lóbulo superior ligeramente enfisematoso y en el centro un absceso del tamaño de una nuez. En el resto varios abscesos pequeños, en alguno de los cuales se había iniciado un proceso gangrenoso. El hígado abultado y muy amarillento. Varios ganglios rojizos en el mesenterio.

El riñón derecho abultado y con varios abscesos del tamaño de una lenteja. Algunos hacían prominencia en la superficie. El izquierdo con lesiones idénticas, pero menos intensas.

La articulación esternoclavicular derecha presentaba un absceso; otro de igual tamaño en el dorso de la mano izquierda.

#### SARCOMA RENAL Y PULMONAR

Enorme abultamiento de la región renal izquierda.

El riñón izquierdo se presenta entre una masa blanda, de forma globular, superficie abollonada, de 18 cms. largo, 12 ancho y 11 grueso, peso 1,200 gramos y circunferencia 22 cms. Seccionadas las cavidades de la substancia pastosa del neoplasma, ofrece su superficie, pegada a la cápsula renal, un color rojo intenso. Hay destrucción del parenquima renal. El riñón derecho es de tamaño normal; está muy congestionado. Ambos pulmones ofrecen varios nódulos sarcomatosos, algunos pediculados, sobre todo lo de la porción cortical.

#### ÚLCERAS DISECANTES

Caso 1. — Niña, de once meses. Piel de color térreo y gran enflaquecimiento. En la parte inferior de ambas extremidades extensas úlceras que dejan al descubierto los músculos mondados en toda su extensión. No hay tejido conjuntivo que lo cubra. Parece como si un bisturí hubiera dejado los músculos limpios de toda envoltura. Edemas múltiples en las vísceras. Hígado con principio de degeneración grasosa.

Caso 2.—Niña de cuatro años. Numerosas úlceras de bordes despegados del fondo en varias partes del cuerpo, sobre todo, en la región glútea, cuyos músculos quedan al descubierto. Alguna pápula violácea en el tronco. Gangrena de la boca, en el suelo y en la cara interna de los carrillos.

#### RESUMEN

La particularidad de estas úlceras, que definió hace años, es su gran significación pronóstica mortal. Cuando éstas se han presentado, aún cuando se haya iniciado en el proceso general cierta mejoría, la muerte ha sido inevitable. La pérdida total de las envolturas de los músculos, los bordes de la úlcera despegados y violáceos, revelan un agotamiento vital, sin reconstitución posible.

#### CONCLUSIÓN

Para terminar, tengo el honor de ofrendar a esta Academia de Medicina los hechos anatómicos que preceden, fruto de nuestras investigaciones en la sala de necropsias con los cadáveres de los niños de nuestra Clínica de Pediatría, en las que podrán encontrarse algunas indicaciones para esclarecer problemas clínicos en ciertas paidopatías.