

ó ir precedida de anorexia, abatimiento, malestar, ó ya de catarro intestinal. El niño experimenta cólicos intensos, que se manifiestan por accesos, asentando á lo largo del intestino grueso, el cual aparece también doloroso á la presión. Las deposiciones tienen lugar en número muy variable, pues son muy frecuentes en los casos graves, pudiendo llegar á veinte, treinta ó cuarenta en las veinticuatro horas, mientras que en los ligeros son de cuatro á ocho. La cantidad de materias albinas es, al principio, más considerable que después, observándose también notables cambios en su calidad; así vemos que las evacuaciones son primero fecales ó catarrales, pero más tarde están solamente formadas por una mucosidad viscosa, gruesa, coherente, que revela la alteración de las glándulas del intestino, á la que después se agregan restos de epitelio y sangre en variable cantidad, la cual aparece bajo la forma de estrias ó tiñe uniformemente de rojo á los materiales depuestos; en los casos graves llegan á contener pus, que ofrece el aspecto de un líquido opaco, blanco sucio ó agrisado, sangre en cantidad más considerable, pedazos de exudado sólido superficial y aun en ocasiones, si bien esto es excepcional, de mucosa necrosada. A veces se presentan escibalos de mucha consistencia, envueltos en mucosidades sanguinolentas ó purulentas que probablemente proceden del intestino delgado, del ciego ó de los repliegues de los cólons. El niño experimenta tenesmo muy penoso y sensación de un cuerpo extraño que estuviese situado en el recto, la cual determina una falsa necesidad de deponer. El tenesmo aparece, por lo general, desde las primeras cámaras mucosas y cesa con la mejoría — aunque á veces persiste por algún tiempo, si bien ligeramente, después de la curación — ó con la agravación, si es que sobreviene una parálisis del recto; muchas veces se presenta un prolapso de la mucosa de éste, efecto de lo considerable de los esfuerzos. El apetito aparece disminuído y la sed aumentada; la lengua está ó no saburrosa, y existen ó no vómitos, según participe ó no el estómago del estado catarral; disminuye la cantidad de orina, y á veces se presenta tenesmo vesical. A menudo sobrevienen en los niños irritables delirio y convulsiones. La fiebre es moderada ó falta completamente en los casos ligeros, pero es intensa en los más graves.

Quando la enfermedad va á terminar por el restablecimiento de la salud, las evacuaciones son menos frecuentes; los excrementos recuperan paulatinamente sus caracteres ordinarios; los dolores abdominales disminuyen, y el tenesmo es menos penoso, hasta que unos y otros desaparecen; algunas veces son sucedidas las deposiciones disintéricas por

una diarrea catarral. Si por el contrario, camina la enfermedad hacia un desenlace funesto, las deposiciones son muy numerosas; enflaquece el niño rápidamente; la piel se pone seca y de aspecto térreo; la facies es hipócrita; el pulso se vuelve filiforme é irregular, las evacuaciones involuntarias y el niño cae en el colapso.

PATOCRONIA.—El curso del catarro gástrico, intestinal ó de una y otra localización, puede ser agudo ó crónico, y su duración tan variable, que oscila entre unas horas y muchos meses. El cólera infantil es de ordinario sobreagudo, pues dura cuatro, tres, dos y hasta un solo día; es mayor su duración en los casos favorables, tomando entonces, lo mismo que cuando pasa al estado crónico, la forma de un catarro intestinal ordinario. La duración de la disentería es también variable, oscilando entre pocos días y varias semanas.

#### Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—La mutua diferenciación de estos distintos procesos que acabo de estudiar se efectúa con facilidad suma, ya se presenten aisladamente ó combinados; basta fijarse en que hay fenómenos gástricos si se localiza en el *estómago*; meteorismo y diarrea, cuando asienta en el *intestino*; en lo copioso de ésta última y en lo rápido de la emaciación general, si se trata del *catarro coleriforme*; y en el tenesmo y en la índole mucosa de los excrementos, si es *disentería*.

El *vientre grueso y fofo* de los niños lactantes, es decir, ensanchado en sentido bilateral y sin meteorismo, es consecuencia de enteritis repetidas, habiendo sido atribuído principalmente al aumento longitudinal del intestino. Encuentro verosímil esta interpretación, pues es natural que las enteritis repetidas ocasionen exudados intersticiales, de los que parte adquieran carácter definitivo, y cierto grado de hipertrofia de la capa muscular, y aun de otros tejidos del intestino; pero precisamente por estas mismas circunstancias creo que debe también tener lugar un engrosamiento de las paredes de este órgano, que contribuirán en mayor proporción todavía al aumento de volumen del abdomen. He de manifestar, con este motivo, que es posible que el abultamiento del vientre en caso de procesos intestinales sea en parte debido á la hiperemia que les acompaña, pues se han practicado en cadáveres inyecciones de agua en las venas meseraicas que determinaron un aumento de calibre del intestino, merced á una especie de erección de sus paredes; fenómeno que conceptúo muy explicable, toda vez que el hecho de la plenitud vascular implica necesariamente tumefacción de las partes afectas.



Distinguiremos la *fiebre tifoidea* por los prodromos que ofrece, la cefalalgia, las oscilaciones ascendentes de la fiebre en su primer período, las fuliginosidades dentarias, la sudamina y la roséola, la somnolencia, etcétera, etc.

El *cólera morbo asiático* le diferenciaremos por su carácter epidémico y por la comprobación del *bacillus virgula*.

PRONÓSTICO.—Es en extremo variable según las circunstancias; benignísimo cuando se trata de un catarro gástrico ó intestinal muy ligero y el niño está rodeado de buenas condiciones higiénicas; pero de más ó menos importancia cuando recae en niños de la clase pobre, cuyos padres no pueden por falta de recursos proporcionarles un régimen conveniente; grave en el *cólera infantil*, y grave en las formas crónicas.

TRATAMIENTO.—Entraña tantas cuestiones y de tal entidad, que cuesta trabajo refundir su estudio en breves consideraciones; pero voy á ver si lo consigo.

Ante todo, se hará guardar al niño cama, se le pondrá una faja ancha de bayeta que le rodee todo el vientre, cambiándola cuando se humedezca por la orina, y se le someterá á régimen lácteo absoluto, dándole la leche pura ó aguada, según las circunstancias, pero por lo general deberá dársele aguada; la leche de burra puede prestar muy buenos servicios, por su fácil digestibilidad, á causa de coagularse en grumos pequeños como la de mujer. Cuando el niño pida agua, se le dará inmediatamente después de la leche ó cuando hayan transcurrido dos horas, ó por lo menos hora y media; la leche se le dará tibia, y el agua quitada la frialdad, pues el frío provoca reacción gástrica. Si la leche no es de condiciones satisfactorias, como ocurre, por ejemplo, en verano, que se descompone fácilmente, se empleará la leche esterilizada; pero siendo buena y procedente de animal sano, prefiero la leche ordeñada. Si por cualquier circunstancia no hubiera leche buena, se daría al niño caldo que se haría cociendo sólo carne, y mejor pollo, desengrasándole y cuidando de que tienda más bien á algo soso. En los casos muy intensos se recurrirá á la *dieta hídrica*, es decir, á la supresión de la leche, dando al niño nada más agua quitada la frialdad, por espacio de ocho, doce ó veinticuatro horas, según la edad del niño y la observación de los efectos nos aconsejen, pues el reposo que al aparato digestivo proporciona ejerce una influencia antiflogística altamente útil.

¿Qué es el catarro del tubo digestivo, sean cualquiera su localización y su intensidad, no saliendo, por supuesto, desde el punto de vista de

su naturaleza, de los límites del catarro simple? Una flegmasía de la mucosa ocasionada por causas diversas, comunes ó microbianas, pero que todas concurren en una acción genérica, la *irritación*, concepto que, aunque ofrece cierta vaguedad, es muy expresivo. Interin el organismo no responde con lesiones á los estímulos anormales, éstos permanecen estériles, pues no surge el estado morbo, en tanto que se establece éste en el momento en que el epitelio y el elemento glandular son vencidos en la lucha, toda vez que el epitelio y las secreciones son los dos primeros baluartes que ha de tomar el microbio para producir su acción morbígena. Una vez desarrollada la enfermedad, no se multiplican y pululan las bacterias como en país conquistado, pues la economía no prescinde jamás de sus fueros; lo único que hace es ceder ante fuerza mayor; *todo lo que favorezca la acción irritante del microbio será nocivo para el organismo, mientras que todo lo que aplaque las lesiones que en éste provoca, contrarrestará la influencia de aquél*. Y aquí está precisamente el foco de luz que ha de iluminar nuestra conducta, que para ser científica ha de ser razonada; y por lo mismo que yo soy apasionado por el análisis clínico, encabezo el tratamiento con estas reflexiones, para que sirvan de necesario fundamento á mi opinión respecto del tratamiento de este proceso. Esta es la supremacía del organismo, que al ocuparme de la patogenia dije que haría notar oportunamente.

¿Con qué elementos cuenta la ciencia para combatir el catarro? Varios, muchos; pero ¡cuántas decepciones no se han recibido á la cabeza del enfermo! Según sea el arranque de la concepción teórica, así será ésta acertada ó errónea en su finalidad; si en sus lucubraciones se obsesiona ante el proceso infeccioso y asienta en él casi exclusivamente las indicaciones, los resultados serán desastrosos; mientras que si, por el contrario, no se deja deslumbrar por el fenomenalismo ó inspira principalmente las indicaciones en la *supremacía del organismo*, los resultados serán todo lo beneficiosos que las circunstancias consientan.

El criterio clínico, arrastrado por los descubrimientos de la microbiología, ha reemplazado, no sé si parcial ó totalmente, el antiguo concepto del catarro por el de infección; y yo, en mi insignificante pequeñez, proclamo con entusiasmo y con convicción la prioridad nosológica del catarro, la superioridad innegable de las lesiones, y como consecuencia, enfoco preferentemente las indicaciones en lo que en el organismo observe y en lo que de él puedo esperar. El modernismo clínico dice: como se trata de una intoxicación, hay que evacuar y desinfectar.



tar; es decir, hay que descargar á la economía de lo que la envenena, fundando semejante razonamiento en el aparentemente incommovible terreno de los hechos. Yo, por el contrario, digo: el organismo está enfermo *por la sola razón* de haber sido herido; todo lo que cure estas heridas, no lo que las agrave á título de favorecerlas, contribuirá á restablecer el estado fisiológico.

Y entro ya en los detalles del tratamiento.

Uno de los medicamentos que más se emplean, ó por lo menos que más se encomian, son los *calomelanos*, con los que se dice llenar dos indicaciones: la purgante y la desinfectante. Enfrente de la frase que alguien ha pronunciado de que sin calomelanos no se comprendería la Pediatría, yo declaro la profunda prevención que les tengo, hasta el punto de ser rarísimos los casos en que apelo á ellos. Pero en este asunto hay englobadas dos cuestiones de alta importancia que es preciso resolver aisladamente, que son: la indicación purgante y el ser esta satisfecha por los calomelanos. Comenzaré por la segunda.

La repulsión que me inspiran los calomelanos se funda en los hechos y en la teoría. La ciencia registra casos de muerte por inflamaciones del tubo digestivo á *consecuencia indudable* de la administración de este medicamento; yo puedo citar una pobre niña de tres años y medio á quien asistí en consulta, que murió de una enteritis producida por los calomelanos que la habían prescrito como purgantes. Y que no han sido simples coincidencias lo dice la teoría. En efecto, se admite la posibilidad de su transformación en bicloruro. ¿Mediante qué influencias? Muchas, y alguna absolutamente inevitable, según voy á tratar de demostrar.

Aparte de que los calomelanos pueden hacerse nocivos si no se les conserva cuidadosamente, porque la luz y la humedad los transforman en parte en mercurio y en sublimado, por cuya razón no se deben administrar los calomelanos cuyo color no sea bien blanco, cuando se prescriban á un niño no deben dársele agua de laurel cerezo, ni looc, ni ningún ioduro ni iodo, porque con la primera ó con el segundo pudiera formarse cianuro de mercurio, y con el tercero ó cuarto biioduro; así como tampoco ácidos, ni alcalinos, ni sustancias saladas, ni que puedan favorecer la formación de ácido clorhídrico en el estómago. Todas estas precauciones se pueden adoptar, excepto la referente á los alcalinos — porque los contiene hasta el agua potable — y á las sustancias que provoquen la formación clorhídrica, porque en este caso se encuentra casi todo lo que en el estómago puede penetrar, incluso la

leche, y yo creo que hasta la imaginación; pues de igual modo que aumenta la secreción salival cuando se contempla un alimento agradable, y aun con sólo pensar en él, debe ocurrir lo mismo con las secreciones gástricas, dada la simpatía que existe entre la boca y el estómago. ¿Cuándo, pues, habrá seguridad de que la administración de los calomelanos se hace en condiciones de inocuidad?

Pero todavía hay otra razón. Quiero suponer que se llevan las precauciones á un grado ideal, y que se consigue hasta abstraer al estómago de esa invisible influencia que se llama simpatía, y aun en semejante caso existe el peligro. Efectivamente, exceptuando el jugo gástrico, el sudor y la orina, que son ácidos, los demás humores, así como la mayoría de los órganos, ofrecen reacción alcalina; la colesiterina no podría estar disuelta en la bilis si ésta no fuera alcalina. Por otra parte, el cloruro de sodio se encuentra en todos los líquidos y tejidos de la economía, y tal vez el que se halla en la sangre es el que da lugar en el estómago á la formación del ácido clorhídrico. Y por último, entre las vías por las que es eliminado el cloruro de sodio figura el moco; ¿y cuánto no es el moco que se produce en el aparato digestivo, sobre todo cuando se halla en estado morbosos?

Dígase, por consiguiente, si los calomelanos no son un medio altamente peligroso y si su administración no debe inspirar verdadero terror. Hasta desde el punto de vista de las dosis á que deben prescribirse hay en los ánimos, por lo menos en el mío, grandes dudas, y es precisamente por ser un medicamento de acción incierta, variable, circunstancial, que escapa á toda previsión; no es como otros medicamentos que, aunque muy activos, se administran *científicamente*, es decir, sabiendo qué efectos van á obtenerse y con la seguridad de que no han de ser perniciosos, porque se dosifican debidamente; lo cual no ocurre con los calomelanos, pues la dosis á que se les da como purgantes, con sólo con que parte de ella se transforme en bicloruro puede determinar lesiones mortales. No se diga que la experiencia demuestra su inocuidad, porque, aparte de los casos de muerte que, según he manifestado, registra la ciencia, ¿no es verdad que cuando se les prescribe en el curso de un proceso del tubo digestivo es *posible*, es *probabilísimo*, es *indudable* que pasarán muchas veces desapercibidos sus efectos nocivos, creyéndose que son manifestaciones genuinas de la enfermedad?

Pasemos al segundo punto. El empleo de los purgantes en el catarro gastro-intestinal — *con diarrea* — como eliminadores de microbios y de toxinas, le considero en tesis general inconveniente, fundándome, para



opinar así, en la atención preferente que me merecen las lesiones y en la acción de estos medicamentos. Si las lesiones del intestino fueran insensibles á la influencia de los purgantes, claro es que estarían indicados para eliminar productos nocivos; pero como no es así, porque todos los purgantes son catarrógenos, resultará que, á la vez que provocan la expulsión de materias nocivas, exacerbán las lesiones, sumando su acción morbígena á la que producen los microbios, pues ambas concurren á la provocación ó al sostenimiento del catarro. Que los purgantes son catarrógenos lo demuestra el siguiente hecho: un sujeto sano toma un purgante por la sola razón de estar estreñido, y sus deposiciones son blandas con algo de moco y con una *fetidez especial*, no la del excremento ordinario. Si ese individuo por cualquier motivo vuelve á purgarse al día siguiente, sin haber tomado más alimento que caldos, como ya no contiene heces fecales su intestino, las cámaras son completamente líquidas, serosas, con ligeros restos de excremento y de una *fetidez cada vez mayor*, análoga á la del catarro intestinal patológico. Y semejante efecto lo produce, no sólo un purgante algo intenso, sino que se nota ya la fetidez anormal en la deposición única provocada por un simple ecoprótico, siempre que ésta sea blanda, por que acusa ya un efecto ligeramente catarrógeno.

¿Qué significa esto? Que la mucosa reacciona en sentido morboso ante todo género de estímulos anormales, lo mismo microbianos que medicamentosos; que con ambos se hincha y desprende su epitelio, se hiperemia la mucosa, aumenta la secreción de sus glándulas y se establece, en una palabra, el catarro y aumentan las fermentaciones, entre otras la pútrida de los elementos colágenos del moco. Si esto ocurre en el estado normal, ¿qué ha de suceder cuando se ejerce la acción del purgante en un intestino que ya está acatarrado?

Pero hay más: ¿para qué administrar el purgante á un niño cuyo peristaltismo se halla aumentado, lo mismo que sus secreciones intestinales, y cuyas deyecciones son más frecuentes y copiosas que en el estado fisiológico? Si el purgante no ha de producir más que este efecto, y ya existe por impulso morboso, y, por lo tanto, la eliminación se realiza ampliamente, ¿en qué se funda ni qué objeto persigue la administración de un evacuante?

Así, pues, considero á los purgantes innecesarios y perjudiciales en general en el catarro del tubo digestivo, y sólo los creo indicados cuando de la justipreciación que hagamos del número, cantidad y calidad de las cámaras de los días anteriores y del actual, podamos lógica-

mente deducir que hay materiales detenidos; y digo *detenidos*, y no simplemente *que hay materiales*, porque éstos no faltan jamás en un intestino afectado de catarro, y si fuéramos á eliminarlos mediante la administración del purgante caeríamos en ese perniciosísimo círculo vicioso que aconsejo se evite, consistente en procurar la expulsión de exudados intestinales á la vez que se provoca su formación. Cuando será con más frecuencia necesario es al principio de la enfermedad, en el caso de que el niño no haya eliminado la cantidad precisa de excrementos; pero si los ha expulsado, tampoco debe darse, pues el purgante nunca es indiferente, ya que si hace falta es útil, y si no hace falta es nocivo.

Si es preciso administrar un purgante, ¿á cuál recurriremos?

De los administrados por la boca, los que conceptúo más inocentes son el *aceite de ricino*, las *hojas de sen* ó la *magnesia calcinada*; prefiero, sin embargo, la magnesia, porque es antiácida y absorbente, lo que implica, á mi juicio, una acción antiséptica.

*Para un niño de cuatro años.*

Magnesia calcinada..... 4 gramos.

Divídase en cuatro papeles.

Para tomar dos de una vez y los otros dos uno cada ocho horas si no mueve el vientre en bastante cantidad, pero suspendiéndolos en caso contrario. Se dará la magnesia en agua azucarada; y si el niño fuera indócil, se adicionará un poco de jarabe de corteza de naranja.

Si no fuera posible hacérsela tomar, se la reemplazará por una infusión de hojas de sen administrada por la boca, que tomará el niño con gran facilidad, pues se azucara y se le hace creer que es una infusión de té; y si no se consiguiera que lo tomara, se le pondrá en enema. El sen tiene la ventaja de que no determina flegmasia de la mucosa, sino que, aunque la estimule algo, obra principalmente acrecentando la peristalsis.

*Para un niño de cuatro años.*

Hojas de sen..... 4 gramos.

Agua hirviendo..... 60 »

Hágase infusión y añádase:

Jarabe simple..... 15 »

Para tomar la mitad, tibia; y si no se mueve el vientre en suficiente cantidad á las seis horas, la otra mitad en dos veces, con seis horas