

aparecen sudores generales ó parciales, y con frecuencia se presenta edema en los pies ó en otros puntos y manchas de púrpura.

PATOCRONIA.—La duración puede ser de algunos meses ó de años.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Diferenciaremos la *tuberculosis de los ganglios mesentéricos* de la *peritoneal* en que en la primera la pared anterior del vientre ofrece su grosor normal, los tumores son más duros y pequeños y no existe derrame; en tanto que en la peritoneal el vientre se halla proyectado hacia adelante, adoptando una forma ovalada, su pared está engrosada en algunos puntos y ofrece en ellos una resistencia especial, hay tal vez en su interior una tumoración grande de mediana consistencia y ascitis.

El *vientre abultado* de los niños raquíticos, dispépsicos, etc., se distingue en que no cambia la consistencia de sus paredes, no hay tumor ni derrame y sí meteorismo.

La *ascitis*, debida á otra causa, se caracteriza porque la pared del abdomen ofrece su grosor normal, no hay dolores ni tumor y su forma es más bien ancha que prominente.

Existen dos buenos medios de comprobar la existencia de pequeños derrames peritoneales: el de la oleada lumbo-abdominal (Bard), que consiste en percutir con una mano en la región lumbar á la vez que se recibe en la otra, aplicada en el abdomen; el impulso dado por la onda líquida; y el del sonido á macizo, que se obtiene percutiendo en la región umbilical, previa colocación del niño de rodillas encima de la cama y con los brazos cruzados sobre el pecho y descansando también sobre ellos, y mejor en decúbito prono, sostenido por dos personas.

PRONÓSTICO.—Aunque más ó menos, según las circunstancias, siempre es grave.

TRATAMIENTO.—Lo primero que hay que hacer es rodear al niño de buenas condiciones higiénicas, darle una alimentación nutritiva y fácilmente digestible, en la que predomine la leche, y ponerle una faja en contacto inmediato con la piel del vientre. Si hay diarrea, empléese el tratamiento que he indicado al estudiar el catarro gastro-intestinal.

El tratamiento de la tuberculosis peritoneal es *médico* y *quirúrgico*. Uno de los recursos á que debe apelarse es la revulsión en el vientre mediante pincelaciones con tintura de iodo unas veces, otras con esparadrapo de tapsia, y aun alguna vez con vejigatorio, reemplazando á

la faja de franela con algodón cuando hayamos producido cualquiera lesión en la piel con alguno de estos medios.

La *creosota* administrada por la boca no la aconsejo, porque temo que acatarre el tubo digestivo; en lavativas se puede ensayar, con observación, por supuesto no habiendo diarrea; pero si no produce resultado ó hay que suspenderlas por cualquier motivo, recomiendo las fricciones suaves en el vientre con

Creosota de brea de haya	15 gramos.
Alcohol	75 »

Disuélvase.

Para dar una fricción con la cantidad que representa una cucharada de las de café mañana y tarde; y si produjera sudor abundante, dése la fricción con menor cantidad de solución, ó se formula ésta con menor proporción de creosota, y si fuera preciso se suspende.

Ensáyese el *iodoformo* al interior, pero á muy corta dosis, así como el *creosotal*, á título de antituberculosos; también aconsejo el *glicerofosfato de cal* como reconstituyente. Estos diferentes medicamentos se prescribirán alternativamente, pero sólo en el caso de que no exista diarrea, y observando sus efectos, con el fin de suspenderlos cuando las circunstancias lo exijan, como, por ejemplo, cuando produzcan la más ligera perturbación del tubo digestivo, aunque sólo sea saburra lingual ó inapetencia.

Al tratamiento quirúrgico, que está representado por la paracentesis simple ó seguida de inyección de aire esterilizado, de agua á 46°, de la solución boricada, etc., ó por la laparotomía, no se debe apelar sino cuando hayan fracasado los recursos médicos.

Estreñimiento.

El *estreñimiento* ó *constipación* no constituye un estado morboso propiamente dicho sino cuando es muy graduado, pues de ordinario es un simple achaque que sufren la mayoría de los individuos, pero achaque de curso irregular, que alterna á menudo con el restablecimiento temporal de la normalidad de la exoneración del vientre.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Ante todo he de hacer resaltar la gran variedad que existe respecto del intervalo que separa á las deposiciones entre sí en los diferentes individuos; pues mientras unos verifican dos ó tres deposi-

ciones diarias, otros sólo hacen una cada día ó cada dos días, en lo cual influye mucho la edad, pues por lo común los niños lactantes mueven el vientre con más frecuencia que después del destete. La manera de ser habitual del sujeto será en la que inspiremos el juicio diagnóstico, toda vez que el número de deposiciones, no pasando de cierto límite, no tiene una significación absoluta, sino relativa, ofreciendo carácter fisiológico ó morboso, según coincida con completa salud ó produzca malestar, cólicos, flatuosidades, etc., respectivamente. Veamos cuáles pueden ser las causas del estreñimiento que podemos llamar *esencial*, para distinguirlo del que acompaña á la invaginación y á otras enfermedades.

Las causas externas hállanse representadas por la lactancia con biberón; el uso prematuro de sustancias farináceas; el pan poco cocido ó muy tierno, y los alimentos de difícil digestión ó dotados de propiedades astringentes; si bien algunas de estas influencias ocasionan más á menudo diarrea que estreñimiento. Merecen citarse también el sudar en exceso; la falta de ejercicio; la permanencia demasiado prolongada en el lecho; los trabajos intelectuales excesivos, y, en general, todas las influencias debilitantes.

El procedimiento patogénico por que se traducen estas diferentes causas puede referirse á dos modalidades: una, la deficiencia del moco intestinal; y otra, la disminución de la potencia de la capa muscular; las cuales pueden resumirse en una sola, consistente en la debilitación del funcionalismo del tubo digestivo. Pero la patogenia cuenta también con otras influencias, como son la menor intervención de ciertas influencias mecánicas (bipedestación, deambulación), que, cuando se realizan, favorecen el deslizamiento del contenido intestinal; y la excesiva longitud que relativamente ofrece en los niños la S iliaca y la considerable curva que describe hacia la derecha, lo que contribuye á la retención de los excrementos.

PATOGRAFÍA.—Unas veces el cuadro sintomático es completamente negativo, exceptuando el estreñimiento en sí; pero otras el abdomen está meteorizado, aunque indolente á la presión, si bien puede llegar á ser ésta dolorosa cuando la timpanitis es muy considerable; hay sensación de plenitud abdominal; cierta dificultad respiratoria á causa de la compresión de abajo arriba que el diafragma experimenta, y cólicos intestinales. Sólo muy excepcionalmente se aprecian en algún punto de la S iliaca, del colon descendente, transverso ó ascendente, nudosidades de pequeñas dimensiones, que pueden variar de forma y dislocarse por la presión manual, debidas á la presencia de escíbalos. Las materias fecales son escasas, secas, duras y ofrecen la forma llamada excremento caprino, ó bien adoptan la de cilindros, pero no constituidos por excremento blando y homogéneo, sino por porciones duras independientes entre sí, aunque adheridas unas á otras. El acto de la defecación exige esfuerzos más ó menos violentos, que se acompañan de enrojecimiento del rostro, y aun en ocasiones de un color cianósico,

dando lugar á veces á prolapso de la mucosa rectal y aun á convulsiones; pudiendo también desarrollarse á consecuencia de la constipación una enteritis debida al prolongado contacto de los excrementos ásperos con la mucosa, y tal vez al aumento que acarreen en las fermentaciones intestinales, y á catarro gástrico ocasionado por lo lánguido é incompleto de las digestiones á causa de la detención que experimentan las heces fecales.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—Tiene que realizar dos objetos: 1.º, ver si es sintomático el estreñimiento de una enfermedad determinada; y 2.º, averiguar su patogenia, para lo que es preciso investigar la causa.

PRONÓSTICO.—Leve casi siempre desde el punto de vista de la vida y aun de la salud del niño, pero no tan satisfactorio por lo que respecta á su curabilidad, pues recidiva con extraordinaria frecuencia.

TRATAMIENTO.—Es de dos clases: *causal* y *sintomático*.

El primero consiste en remover la causa del estreñimiento, si es posible, que ni siempre lo es, ni en todos los casos se encuentra; pero en fin, se inquirirá con cuidado para ver si depende de la falta de ejercicio, del regimen alimenticio, etc., con el objeto de dar los consejos adecuados.

El tratamiento sintomático es también de una importancia extraordinaria, porque es difícil hallar un medio que combata por de pronto el estreñimiento y que no le aumente para lo sucesivo, pues no hay que olvidar que este proceso recidiva con una frecuencia extraordinaria. Voy, pues, á hacer rápidamente la crítica de los principales recursos del tratamiento sintomático.

Los *supositorios de jabón* los considero perjudiciales por lo irritantes; ahora, la introducción en el ano de un tallito de malva ó de perejil, y mejor la extremidad de una sonda blanda mojados en aceite, constituyen en los niños pequeños un provocador de los esfuerzos de defecación y de contracciones intestinales reflejas, regularmente eficaz y bastante inocente.

Las *lavativas* con agua fría producen un efecto tónico en la capa muscular del intestino, debido á la reacción que provocan; mientras que las que se ponen con agua á 45° C. determinan un efecto estimulante desde luego; tanto la una como la otra podrán dejar un rastro de mayor actividad en la fibra muscular, ó por el contrario, de debili-

dad por fatiga; lo cual sólo podrá resolverlo la observación en cada caso, que es la que nos dirá cuál de las dos temperaturas produce en el niño mejores efectos, y, por consiguiente, cuál es la preferible. Deben ser lo más pequeñas posible, porque el mucho líquido distiende el intestino y disminuye su tonicidad. Aconsejo que en los casos en que exista atonía del tubo digestivo se ensaye el poner la enema con la solución de cloruro de sodio al 5 por 100, porque, según Girard, produce temporalmente la secreción de un jugo gástrico sumamente rico en ácido clorhídrico y en pepsina; pero obsérvese si ocasiona al niño estímulo rectal, porque en caso afirmativo habrá que disminuir la dosis de sal ó suprimirla por completo, para no irritar el recto ó embotar la sensibilidad de su mucosa.

Las enemas con una cucharada de las de café de *glicerina neutra y pura* y un poco de agua, son buenas, así como las de *aceite y agua*. Si es preciso, se ponen en la lavativa cinco gramos de *aceite de ricino*, porque administrado por la vía rectal produce también acción purgante.

Cuando hay necesidad de apelar á un laxante, el que yo creo preferible es una infusión ligera de *hojas de sen* en enema, y si no produjera efecto, por la boca, pues tiene la ventaja de que no ocasiona estreñimiento consecutivo, ó si le produce es ligero.

Si las circunstancias obligaran á apelar á algún otro purgante, los que recomiendo son el *podofilino*, ó el polvo de *corteza de cáscara sagrada*, administrados por la boca.

Los purgantes, en general, no son convenientes, porque son más ó menos catarrógenos del intestino, y por lo tanto producen lesiones, y porque además la mayoría de los medicamentos de esta clase acarrearán astringencia; así es que lo mejor es que el estreñimiento desaparezca espontáneamente merced al género de vida que se aconseje al niño, y á ser posible no apelar sino á enemas con agua sola, fría, caliente ó tibia, según la que la observación nos indique en cada caso. Los purgantes no son recursos de elección, sino de necesidad—por supuesto que lo mismo ocurre con las lavativas, aunque en menor grado—, y á ser posible se preferirá para su administración la vía rectal.

Vermes intestinales.

Los vermes intestinales ofrecen en Pediatría una doble importancia: la que en sí encierran como causa de enfermedad, y la representada

por la necesidad que tiene el médico de saber justipreciar en cada caso particular su intervención etiológica, para no dejarse arrastrar por el prejuicio frequentísimo y arraigado en las madres, de considerar á las lombrices como las causantes de una gran parte de los padecimientos de los niños, las cuales, con la *baba* y la *envidia*, constituyen el tripode etiológico en que fundan muy á menudo la patogenia que cada una formula á su manera. El ascáride lumbricoide y el oxiuro son los que ofrecen en la infancia mayor frecuencia.

Ascáride lumbricoide.

HISTORIA NATURAL.—El *ascáride lumbricoide*, que ha sido también denominado *lombriz común*, es un anélido que ofrece una longitud de 16 á 40 centímetros y un grosor de 5 á 7 milímetros; el macho es más pequeño; su forma es cilíndrica y adelgazada en las extremidades; la terminación de la cabeza presenta tres labios, y alrededor de éstos centenares de finísimos dientes. Los huevecillos son ovales y blancos antes de ser expelidos; pero cuando han permanecido algún tiempo en el intestino se vuelven amarillos ó pardos y muriformes.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Son muy raros en los niños pequeños que hacen uso de lactancia natural, presentándose mayor número de veces en los sometidos á la lactancia artificial, debido á que en ocasiones es impura el agua que se mezcla con la leche; pero la mayor frecuencia es desde los tres á los diez años. Sería inútil ocuparse desde el punto de vista etiológico de las condiciones individuales, así como de los climas, estaciones, etc., ya que, siendo la lombriz un animal, el hecho de presentarse en un niño demuestra que ha penetrado en su organismo el germen correspondiente, pues no existe la generación espontánea. Pues bien; de ordinario sirve de vehículo á los huevos el agua que se emplea en bebida, la cual los contiene á veces, porque van á parar á ella los que originan de los excrementos, como ocurre con el agua de los ríos; en ocasiones penetran los huevos en el tubo digestivo mediante las frutas crudas, la escarola, etc., que han sido mojadas por agua impura.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Generalmente se encuentran los ascárides en los intestinos delgados, si bien pueden también hallarse en los gruesos, en el estómago, en el conducto colédoco, en el pancreático, en el esófago, faringe, vías respiratorias, vulva, etc. Su número es sumamente variable; rara vez hay uno solo, sino que se encuentran por lo general de 5 á 10, y en ocasiones 50, 100, 200 ó más; Petit de Lyon ha citado un niño que arrojó 2.500 en el transcurso de cinco meses. La mucosa intestinal puede ofrecer sus caracteres normales; pero creo que esto ha de ser verdaderamente raro, pues lo regular es que se presente hiperemiada, pudiendo desarrollarse un estado catarral y, aun en ciertos casos, tener lugar la perforación del intestino, efecto del reblandecimiento y de la destrucción ulcerosa que en sus tónicas determina la presencia de los ascárides, los cuales contribuirán con sus dientes á la destrucción de los tejidos.