

Si está el niño algo decaído, prescribásele, suponiendo que el aparato digestivo se halle en estado normal:

Extracto blando de quina gris.....	10 centigramos.
Tintura de cascarilla.....	50 »
Jarabe de canela.....	45 gramos.

Mézclese.

Para tomar media cucharada de las de café disuelta en un poco de agua cada tres horas. Dése al niño además un poco de vino de Jerez, mezclado con agua, después del caldo.

Empléense, por último, si es preciso, la infusión de hojas de digital, las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones hipodérmicas con la solución de cloruro de sodio en agua destilada y hervida al 7 por 1.000, y las de aceite alcanforado.

Adenopatía tráqueo-bronquial.

Esta enfermedad ha sido también denominada *tuberculosis de los ganglios bronquiales, tisis bronquial y tuberculosis de los mediastinos.*

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—La época de la vida en que con más frecuencia aparece este estado morbozo es entre los tres y los once años, hecho explicable por la mayor facilidad con que los ganglios se afectan en la infancia por la gran actividad linfática del aparato respiratorio.

Entre las causas de orden morbozo figuran las enfermedades de los órganos que envían sus vasos linfáticos a los ganglios afectados, como la tráquea, los bronquios y el parénquima pulmonar. Estas enfermedades pueden ser de dos clases: unas, como el sarampión, la tos ferina, la gripe, etc., las cuales llevan a los ganglios una infección que los altera más ó menos y los predispone a la tuberculización; y otras los procesos tuberculosos, y aun el mismo bacilo de Koch, que haya penetrado con la corriente inspiratoria y, sin haber determinado lesión en el aparato respiratorio, atraviesa el epitelium y es conducido por los linfáticos directamente a los ganglios, en los que se fija y reproduce. Cuando la infección ganglionar es una de las comprendidas en la primera clase, obra como causa predisponente, y si pertenece a la segunda, como determinante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Ya asiente el neoplasma en el centro del ganglio, que es lo más general, ó distribuido en distintos puntos, la tendencia natural del proceso es a invadir toda la glándula. Es variable el volumen que adquieren los ganglios, así como el número de ellos que se encuentra afectados, toda vez que puede estar limitada la tuberculosis a unos cuantos ó extenderse a muchos, dando lugar entonces, por la aproximación de unos a otros, a masas de un volumen considerable, como por ejemplo, el del puño de un niño ó el de una na-

ranja mediana; siendo de notar que los ganglios intrapulmonares, ó sea los que están adheridos a las ramas de subdivisión de los bronquios, nunca alcanzan tan grandes proporciones, sino tan sólo los que están situados fuera del pulmón.

El curso de las lesiones refleja las fases evolutivas del tubérculo, que, como sabemos, se presenta primero en estado de crudeza y después en el de reblandecimiento, pudiendo ocupar la materia reblandecida una pequeña porción del centro del ganglio ó encontrarse éste transformado en una especie de quiste cuyo contenido es una sustancia puriforme. Estos focos pueden abrirse en un bronquio, siendo su contenido arrojado al exterior por la expectoración, lo que se observa principalmente en los ganglios que se hallan envueltos por el parénquima pulmonar, porque son los que encuentran más dificultad en su morbozo movimiento de expansión. Mas los ganglios linfáticos reblandecidos no se abren únicamente en los bronquios, sino que se han observado casos en que se produjo la perforación del esófago, de la arteria pulmonar, así como también se han abierto en ocasiones en el pericardio ó en la pleura.

Pueden determinar los ganglios, merced a su aumento de volumen, compresión en los órganos inmediatos, ya en los pneumogástricos, en la tráquea, en los bronquios, en los pulmones y, aunque más rara vez, en la arteria pulmonar, en la vena cava superior, en las pulmonares, etc.

A veces existe únicamente la tuberculosis en los ganglios torácicos, pero con bastante frecuencia la ofrecen también el pulmón, las meninges, el peritoneo, el intestino ú otros órganos.

PATOGRAFÍA.—Es confuso el cuadro sintomático que ofrece la tuberculosis de los ganglios del mediastino, ya porque semejantes lesiones permanecen latentes ó despiertan casi exclusivamente fenómenos indirectos ó poco marcados, ó bien por su frecuente coincidencia con alteraciones de la misma índole en el pulmón; cuando ocasiona síntomas más característicos es cuando los ganglios afectados se ponen en relación directa con la pared torácica ó comprimen los órganos inmediatos.

Después del período de invasión, cuyos síntomas son variables, se presenta tos seca, frecuente y paroxística, parecida a la de la tos ferina, por cuya razón ha sido denominada *tos coqueluchoide*, pudiendo ir ó no seguida de vómitos, si bien en algunas ocasiones no ofrece la tos carácter alguno particular. A veces se observa una afonía ó enronquecimiento de la voz intermitentes. La respiración se verifica con facilidad ó existe disnea con exacerbaciones; estos ataques ortopneicos pueden repetirse varias veces al día, ya de una manera imprevista ó a causa de cualquiera influencia excitante, y desaparecer después de cierto tiempo. Se produce abotagamiento y una ligera lividez del rostro, así como dilatación de las venas del cuello. Los resultados de la auscultación son variables, pues ora son negativos, ora se nota debilidad del murmullo vesicular, ó bien indican una afección pulmonar ó pleurítica;

donde especialmente se perciben los fenómenos estetoscópicos es en el dorso, entre ambas escápulas. La percusión da á veces resultados negativos, pero otras produce un sonido á macizo más ó menos marcado en el espacio interescapular á uno y otro lado del raquis, y á nivel de la primera pieza del esternón. Cuando tiene lugar el derrame de los productos del reblandecimiento ganglionar en un órgano inmediato, los síntomas que se desarrollan varían según las circunstancias.

Cuando no coexiste este proceso con otras localizaciones tuberculosas, es apirético y no se quebranta apenas el estado general.

PATOCRONIA.—Aunque en algún caso ha seguido un curso agudo, es de ordinario crónico, pudiendo pasar de un año su duración. La curación, que es posible, se efectúa por procedimientos que no siempre es fácil conocer, entre los que debemos contar la eliminación de la materia tuberculosa á través de una abertura formada en los bronquios ó en el esófago, y la cretificación de los tubérculos. El desenlace funesto, que es el que tiene lugar mayor número de veces, se verifica unas veces á consecuencia de la tuberculosis pulmonar, que es lo más común, otras es producida por una hemoptisis fulminante, etc.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—La tos por quintas, seguida de vómitos, pudiera hacer creer en la existencia de la *coqueluche*; pero en ésta se observa primero el período catarral y luego el espasmódico; las quintas de tos van seguidas de inspiraciones sonoras; los ataques son más intensos y repetidos; hay expectoración de un moco viscoso; no existe disnea, ni paroxismos de ortopnea, ni, por último, macidez alguna anormal á la percusión.

La *tuberculosis pulmonar crónica* la distinguiremos, aparte de los síntomas que la caracterizan, entre ellos la fiebre, en que no ofrece tos por quintas, lividez de la cara, ni dilatación de las venas del cuello. La tumefacción de los ganglios supra-claviculares y de los lados del cuello constituyen un signo de probabilidad á favor de la adenopatía medias-tínica, pudiendo también ser de gran utilidad para el diagnóstico la radiografía.

Dadas las grandes dificultades con que suele luchar el diagnóstico de la tuberculosis de los ganglios torácicos, nos veremos obligados á hacerle en la inmensa mayoría de casos por *exclusión*, al que debemos también recurrir para que dé mayor fuerza al *directo*, aun en aquellos casos en que sea posible formular éste por lo característico de los síntomas.

PRONÓSTICO.—Muy grave, no sólo por la acción nociva que determinan los ganglios afectos sobre las partes próximas, sino por la frecuente coexistencia de tubérculos en otros órganos más importantes.

TRATAMIENTO.—Dada la naturaleza de la enfermedad, el tratamiento es casi impotente; y no digo impotente en absoluto, porque es posible la curación en algún caso. Lo primero que hay que hacer es aconsejar las mejores condiciones higiénicas posibles y la vida de campo.

¿Qué recursos farmacológicos deben emplearse? El *iodoformo* y la *creosota* están reputados como relativamente antituberculosos. El primero puede ensayarse, pero á condición de darle á muy corta dosis, para no traspasar la tolerancia del enfermo, y cuidando mucho de no determinar perturbaciones del aparato digestivo, para lo cual se le suspenderá aunque sólo ocasione inapetencia ó saburra lingual.

La creosota es muy desagradable para administrada por la boca, á no ser en pildoras, para lo cual es preciso que el niño tenga edad bastante para poderlas tomar; así es que la aconsejo al exterior en esta forma:

Creosota de brea de haya	20 gramos.
Alcohol.....	100 »

Disuélvase.

Para fricciones mañana y tarde en el vientre, en la parte superior del esternón y en la región inter-escapular, empleando cada vez 5 gramos, ó sea una cucharada de las de café, próximamente. Si produjera sudores abundantes, se dará sólo una fricción al día; y si aun así diera lugar á ellos, se emplea menor cantidad ó se pone en la solución menor proporción de creosota, ó se suspendería si fuera preciso.

Haremos alternar estas fricciones con la siguiente poción, dando seis días las fricciones, dejando descansar al niño otros seis días y dándole otros seis la poción, observando sus efectos, especialmente en el tubo digestivo.

Para un niño de cuatro años.

Carbonato de creosota	2 gramos.
Poción gomosa.....	45 »
Jarabe simple.....	45 »

Mézclese.

Para tomar una cucharada de las de café, tres veces al día, en el momento de las comidas. Agítese al tiempo de usarlo.

Cuando se crea conveniente suspender ya el empleo de la creosota, se prescribirá el *glicero-fosfato de cal* durante dos ó tres meses; luego el *cacodilato de sosa* ocho ó diez días, y después el *ioduro potásico*, intercalando los necesarios descansos para no acumular medicamentos en el organismo y observando los efectos, entre ellos el estado del tubo digestivo, pues hay que tener presente que en esta enfermedad es preciso conservar á éste en el máximum de integridad posible para que realice bien las digestiones, toda vez que debe darse al enfermo la más rica y abundante alimentación que *pueda tolerar, sin perturbarse, su funcionalismo gastro-intestinal.*

Practíquense revulsiones en la piel que cubre la parte superior del esternón y en la inter-escapular; con la tintura de iodo preferentemente, alternando alguna vez con vejigatorios, con tapsia y aun con la cauterización punteada si el niño la tolera con relativa tranquilidad.

Empléese, además, el tratamiento *sintomático* que las circunstancias exijan.

ENFERMEDADES DIVERSAS

Dermatoses.

De las múltiples dermatosis que en la práctica se observan, las que únicamente considero propias de la Pediatría, por la gran preferencia con que en el niño se desarrollan, son: el *eritema*, el *eczema*, el *impétigo*, la *tiña favosa*, la *tonsurante* y la *pelada*, que reuno en un solo capítulo para poder hacer algunas consideraciones de conjunto, á las que haré seguir la *tuberculosis cutánea*, que ofrece también gran interés en la infancia.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Aparte de las influencias morbígenas comunes á los adultos y á los niños, existen en éstos circunstancias particulares muy dignas de ser conocidas. El tegumento externo es en la infancia más delicado y más impresionable que en las edades mayores; su capa epidérmica más tenue; su facultad absorbente más viva y menor su hábito al contacto de los agentes que le circundan. Pero no se limitan á las condiciones de la piel las particularidades que los niños ofrecen, sino que hay otras, tales son: la presencia de los materiales excrementicios con aquella cubierta orgánica, el ptialismo que acompaña á la erupción dentaria, etc., que pueden intervenir más ó menos activamente en la producción de lesiones cutáneas.

La etiología de las erupciones que voy á estudiar podemos distribuirla en tres grandes órdenes de agentes: *comunes, especiales y específicos.*

Los primeros hállanse representados por todas las causas que producen irri-

tación, concepto vago, es cierto, pero sumamente expresivo y cuyo arraigo en la ciencia es definitivo á juzgar por lo generalizado de su uso; el roce, la suciedad, la acción de los rayos solares sobradamente intensa ó prolongada, las picaduras de pulgas ó de mosquitos, el sudor excesivo, las lágrimas en los casos de epífora, las materias fecales, la orina, etc., constituyen otros tantos estímulos anormales ó desmedidos, cuya influencia patogénica podemos referirla á la excitación que en los nervios sensitivos producen, á la hiperemia activa y al desgaste epidérmico que estas causas determinan; debiendo agregarse á estas influencias externas algunas internas, como el uso de bebidas alcohólicas, de alimentos picantes, la intoxicación de origen gastro-intestinal, etc., cuyo mecanismo patogénico consiste en el estímulo anormal que sufre la economía por estos diversos agentes, estímulo tal vez ocasionado en la piel con motivo de sus funciones excretoras; así como la herencia, cuya intervención es indudable en muchos casos y cuya patogenia está representada por la transmisión á los niños de la modalidad orgánica de sus progenitores.

Las *causas especiales* y las *específicas* están representadas por los microorganismos, cuyo estudio, desde el punto de vista de la dermatología, se encuentra todavía en embrión; pero que en el estado actual de la ciencia se puede ya decir que hay microbios cuyo modo de acción no es peculiar á una especie determinada, sino común á varias, que son las comprendidas bajo el epígrafe de *especiales*, mientras que existen otros cuya influencia les es verdaderamente privativa, que son los que constituyen las *causas específicas.*

Hay que considerar también otro elemento etiológico, indudable en varios procesos y tal vez también real en algunos otros, siquiera no pueda abrigarse respecto del particular un profundo convencimiento; este elemento etiológico es el contagio, que se efectúa por procedimientos diversos y que en los niños se verifica de ordinario mediante las naturales relaciones que entre ellos se establecen, especialmente por el cambio accidental de sombreros y de otros objetos de su uso que durante sus juegos tiene lugar.

No quiero dar por terminado el estudio de la etiología sin decir dos palabras respecto á un importantísimo problema nosológico: me refiero al llamado *herpetismo*, antes reconocido como influencia morbígena indudable y actualmente negada su existencia por algunos con gran terminancia. No es este uno de esos puntos que se pueden resolver categóricamente, pues su índole especial se sustrae á la demostración material y se muestra únicamente accesible á la investigación del razonamiento clínico.

Pues bien; el *herpetismo*, en mi opinión, no por lo que él sea en sí, que no es desconocido, sino como representante de las antiguas diátesis, de los vicios orgánicos, indeterminables en su naturaleza íntima, pero factores indudables de la realidad, es, no sólo verosímil, sino innegable, porque le impone la observación con incontrastable fuerza en esas manifestaciones recidivantes, inacabables, que los niños ofrecen de diversas dermatosis, que á pesar de un tratamiento adecuado persisten en ocasiones con una tenacidad molestísima para el enfermo y amarga para el médico, y reaparecen sin *causa externa apreciable*; y si bien en ciertos casos hállase representado el por qué en una infección gastro-intestinal, en otros no es referible á ella y, por consiguiente, semejante vicio or-