

de la piel y del tejido conectivo subcutáneo, se limita á una parte del organismo; y la *imbecilidad* y el *idiotismo*, aunque implican disminución más ó menos pronunciada de la inteligencia, no se acompañan de la tumefacción que hemos visto presenta el mixedema; y en una palabra, ofrecen sí alguna analogía con esta última enfermedad, pero no el conjunto sintomático que la es peculiar.

PRONÓSTICO.—Antes era gravísimo, por ser considerado este padecimiento como incurable; mas hoy, gracias á la eficacia del tratamiento, ha disminuido mucho la gravedad del pronóstico, si bien aún queda la incógnita referente á la duración que puedan ofrecer las curaciones obtenidas.

TRATAMIENTO.—Dado el fundamento patogénico del mixedema, el tratamiento es una consecuencia lógica: suministrar al niño *glándula tiroides*, habiéndose apelado al efecto á la *inyección subcutánea*, al *injerto* y á la *ingestión*. La inyección ha proporcionado éxitos; pero aparte de la infección local que á veces se produce al efectuarla y de los dolores que causa, ofrece dificultades la conservación del jugo tiroidiano. El injerto de la glándula procedente del carnero en las paredes abdominales ó en otros puntos no ha dado sino resultados transitorios, porque la porción trasplantada desaparecía por reabsorción. El procedimiento preferible es la administración por la boca, ya de la glándula fresca, triturada y dada en caldo, ya de la seca y pulverizada, ó bien la *tiroidina* en pastillas.

La dosis varía, según la edad del niño y según la susceptibilidad orgánica, la cual no sólo es distinta en cada sujeto, sino que varía también en uno mismo en diferentes momentos. Obsérvense cuidadosamente los efectos, para suspender el tratamiento así que veamos que se acelera el pulso, que se eleva la temperatura ó que se presentan dolores en las extremidades, poliuria, insomnio, ó *cualquiera otro fenómeno*, pues los efectos fisiológicos de la administración de la glándula tiroides distan mucho, en mi opinión, de ser bien conocidos.

#### Enfermedades ganglionares.

Pongo este epígrafe, porque es el único aplicable á los diversos procedimientos que voy á estudiar brevemente.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.— Los ganglios linfáticos se alteran muy frecuentemente en la infancia, no sólo por la mayor vulnerabilidad que todos los tejidos presentan en este período de la vida, sino por la gran actividad que durante ella ofrece el sistema linfático. Estos órganos representan la aduana

que tienen que atravesar las bacterias una vez que han conseguido vencer la resistencia que en primer término les ofrecen la piel ó las mucosas, y de ahí que se interesen en caso de angina diftérica ó de otra naturaleza, de erisipela, de sarampión, de escarlatina, de viruela, de eczema, de impétigo, etc.; aunque no en todos los casos sigue la infección idéntico itinerario, pues si bien en unos, en la mayoría, procede del tegumento externo ó del interno, en otros origina de órganos distintos, tales son las adenitis, que proceden de ciertas osteomielitis ó sinovitis, ó de la sangre; pero sea cualquiera el procedimiento, el mecanismo patogénico de las enfermedades ganglionares es el mismo, la *infección*, tomando esta palabra en su acepción más lata, ó sea el estado morbozo producido por los microbios ó por sus toxinas, y aun por las leucomainas.

Es preciso simplificar el estudio de la patología ganglionar, eliminando de su campo algunas entidades que no tienen existencia real y circunscribiendo el horizonte de otras á sus límites verdaderos. Me refiero, á la *fiebre ganglionar*, á la *adenia* y á la *tuberculosis de los ganglios*.

Yo no admito la primera de estas enfermedades, y me fundo para ello en la clínica y en las doctrinas nosológicas reinantes. En efecto, ¿qué es la *fiebre ganglionar*? Un padecimiento de naturaleza infecciosa, que se caracteriza por fiebre efímera y por una inflamación de los ganglios del cuello, un poco más duradera que la fiebre. Pues bien, no es admisible semejante estado morbozo como entidad *sui generis*, porque su desarrollo es precedido y acompañado de una flegmasia más ó menos ligera de las fosas nasales, de las amígdalas ó de la faringe, que son seguramente el factor patogénico fundamental del padecimiento; debiendo, por consiguiente, mirarse, tanto la fiebre como la flegmasia ganglionar, como fenómenos consecutivos; esto, por lo que se refiere á la clínica. Desde el punto de vista nosológico es igualmente inadmisibile, toda vez que el eslabonamiento patogénico coloca en segundo término á la fiebre y á la adenitis, pues ni la una ni la otra surgen espontáneamente encerrando en sí la razón de su existencia, ni la primera origina á la segunda, ni viceversa, sino que la fiebre se desarrolla por la intervención de toxinas especiales y la adenitis por la infección que en los ganglios cervicales producen las inflamaciones guturales ó faríngeas; no habiendo, por lo tanto, motivo para llamar fiebre ganglionar á dos manifestaciones morbosas que son efecto de un proceso verdaderamente causal, que unas veces será una angina, otras una escarlatina ó sarampión anómalos, etc., como lo prueba además, el que se dice que puede en algunos casos de fiebre ganglionar presentarse una *nefritis* ú otra localización morboza; claro es, otra ú otras manifestaciones de la enfermedad primitiva.

La *adenia* no la niego tan terminantemente como la fiebre ganglionar; pero dudo mucho de su existencia como enfermedad independiente, porque no encuentro fundamentos sólidos en que apoyarla, ni en lo referente á la anatomía patológica ni á la clínica. En el primer concepto se dice que se caracteriza por la formación de sustancia caseosa; pero ¿qué solidez ha de ofrecer semejante circunstancia, cuando la naturaleza de la materia caseosa está en litigio en lo que se refiere á sus relaciones con la tuberculosis, y aun aparte de esta circunstancia, su índole tal vez tampoco sea igual en todos los casos? ¿Cómo ha de servir de característica lo que no constituye especialidad anatomo-patológica? El

examen bacteriológico no ha aportado tampoco elementos á favor de la existencia de esta enfermedad, pues se han encontrado el bacilo de Koch, estafilococos, estreptococos, etc., pero ningún microbio especial. Y si buscamos en la clínica la demostración de su existencia, ¿dónde la hallamos? ¿Cuándo tendremos seguridad de que la multiplicidad de tumefacciones ganglionares merece el nombre de adenía, siendo como son tan variadas las causas que determinan la hinchazón de los ganglios? Si, como después diré, es tan difícil en la clínica la determinación de la tuberculosis ganglionar, y eso que parece que debía ser la más fácilmente diagnosticable, ¿cómo se la ha de diferenciar de la adenía, y más ahora, que se admite la tumefacción ganglionar generalizada como manifestación de tuberculosis, y en cambio se dice que en la adenía pueden limitarse al cuello las alteraciones de los ganglios? Eso aparte de las adenopatías sifilíticas, grasosas, amiloideas, de las leucocitémicas, de los linfadenomas y, en una palabra, de los procesos ganglionares que pueden surgir á impulso de causas diferentes. Como tampoco hay síntomas concomitantes característicos, resulta que sólo podríamos llegar al diagnóstico de la adenía por exclusión, eliminando previa y sucesivamente todos los demás procesos ganglionares posibles; pero después de efectuado esto, lo cual es imposible, á mi juicio, y de afirmar, por consiguiente, que se trataba de una adenía, yo preguntaría: Y bien, ¿en qué consiste esta enfermedad, cuál es su naturaleza, qué representación nosológica tiene? Hasta el fenómeno negativo de la adenía, constituido por la falta de aumento numérico de los leucocitos, que se considera como signo diferencial entre esta enfermedad y la leucemia, no lo es en absoluto, porque se dice que algunas veces se ha comprobado en la última fase de la adenía un notable aumento de glóbulos blancos.

La *tuberculosis ganglionar* es una enfermedad que no niego, pero cuyo horizonte clínico creo que se agranda infundadamente. De tal suerte se generaliza á veces en Medicina con verdadero exceso, y por lo tanto con error, que se ha llegado á decir por algunos: todo ganglio que supura es tuberculoso. Supongo que se querrá decir: *todo ganglio que se reblandece y destruye*, porque la supuración propiamente dicha no pretenderá nadie que sea, en caso alguno, expresión de tuberculosis; tal es, por ejemplo, la adenitis que surge por una erisipela ó en el curso de una escarlatina, es decir, el llamado bubón escarlatinoso. Pero es que hasta el reblandecimiento aparentemente tuberculoso, de curso crónico, y cuyo exudado líquido es seroso, con grumos grisáceos, es decir, la antítesis del pus cremoso, no es siempre realmente tuberculoso.

Hace mucho tiempo que abrigo la convicción de que se exagera por algunos la significación tuberculosa de ciertas adenopatías crónicas, y con el fin de contribuir á la dilucidación de este importante problema nosológico, he enviado al Gabinete microbiológico de esta Facultad de Medicina productos de dos enfermos de la Clínica de niños, cuyas condiciones eran muy adecuadas para este objeto.

El primer enfermo era un niño de seis años, quien—según dijo su madre—había un año que había tenido erosiones en la boca, y que por entonces empezó á notarle bultos en el cuello, los cuales hace dos meses que se le reventaron. En la actualidad presentaba el niño una cadena de ganglios tumefactos, rodeados

de una atmósfera de tejido celular endurecido que se extendía de oreja á oreja, pasando por debajo de la barba. La piel, que ofrecía un color rojo obscuro, estaba ulcerada á ambos lados y en la parte media del cuello, presentando las úlceras aspecto genuinamente tuberculoso, pues eran irregulares, de bordes despegados y cianósicos, el exudado era seroso y de color gris sucio, y el fondo de aquellas se hallaba en parte constituido por ganglios alterados; los tejidos afectos ofrecían un gran sello de atonía, y el niño presentaba el hábito escrofuloso de forma tórpida.

Si hubiera sido un proceso de caracteres flegmáticos y de curso agudo, lo hubiera calificado de adeno flemón; pero por los caracteres dichos y su gran cronicidad, no dudé en considerarlo como tuberculosis ganglionar con infiltración circunyacente, en parte tuberculosa y en parte de índole común, es decir, flegmática, aunque desnaturalizada. Mandé para el examen dos veces, en dos distintas ocasiones, productos que parecían trozos de ganglio caseificado, y las dos veces me contestaron que no había bacilos de Koch y sí muchos estreptococos.

El otro enfermo era un niño de cinco años. Presentaba una masa ganglionar cuyo tamaño era aparentemente como media nuez, muy movable; las partes blandas periféricas sin infiltración alguna, ni otra alteración que una úlcera que correspondía al centro del tumor, la cual exhalaba un pus seroso muy escaso. Tenía, además, varios ganglios duros, pequeños y deslizables: uno encima del cóndilo de la mandíbula, otro debajo de la barba y varios por bajo de los reblandecidos. Extirpé la masa ganglionar reblandecida, la cual era desmenuzable, de color blanco-grisáceo, y estaba íntimamente adherida á los tejidos periféricos, que se hallaban en estado completamente normal. En el examen microbiológico de las porciones de ganglios lesionados se encontró la estructura del tuberculoma y bacilos de Koch, aunque en corto número.

Estos dos casos son muy significativos, cada uno por su estilo, ya que demuestran que bajo apariencias clínicas, aun cuando distintas entre sí, coincidentes en los caracteres generales que se asignan á las tuberculosis ganglionares, pueden existir procesos tuberculosos y no tuberculosos. Efectivamente, el primer caso prueba que hay lesiones ganglionares crónicas que determinan el reblandecimiento y la destrucción del órgano; que dan lugar á un exudado seroso; que se acompañan de tumefacción dura de varios ganglios, y que á pesar de este cuadro clínico, *en apariencia tuberculoso*, no ofrecen, en realidad, este carácter, toda vez que falta el bacilo de Koch. ¿Constituirá el primer niño de los dos que he citado un ejemplo de tuberculosis atípica, es decir, de apariencia objetiva tuberculosa, pero debida á un microbio distinto del bacilo de Koch, y que en el caso que nos ocupa podríamos denominar *estreptocócica*? Pudiera ser; mas por de pronto hay que reconocer en este caso el alcance nosológico que realmente tiene, pues los hechos hay que considerarlos como son en sí antes de sacar las deducciones adecuadas, y, por consiguiente, debo decir que probablemente la adenopatía de este niño no era tuberculosa.

La forma de tuberculosis ganglionar denominada *micro-poli-adenitis* generalizada, denominación que conceptúo impropia, porque más que inflamación genuina creo que habrá hipertrofia, hiperplasia y degeneración, no la considero

admisible; porque si hasta en procesos que implican reblandecimiento de los ganglios y formación de pus seroso hay casos en los que no se puede demostrar su naturaleza tuberculosa, ¿cómo se han de considerar de esta índole las tumefacciones de los ganglios á que semejante nombre se refiere, siendo, como son, duras, y siendo de tan distintas clases los procesos que pueden afectar á estos órganos?

En el segundo niño, de que he hecho mención, era tuberculoso el proceso de la masa ganglionar reblandecida; pero ¿serían de igual naturaleza los procesos de los diversos ganglios, pequeños y duros, que presentaba? Ni lo niego, ni lo afirmo. En mi opinión, la micro-poli-adenitis no constituye una enfermedad especial, sino una de tantas modalidades objetivas de las lesiones ganglionares cuya naturaleza puede ser distinta en cada caso.

PATOLOGÍA.—Los síntomas son muy variables, como también lo son el número y asiento de los ganglios lesionados; sin embargo, en la inmensa mayoría de casos, sobre todo en los procesos de cierta intensidad, son los del cuello los preferentemente afectados. Como el estudio de los diferentes estados morbosos traspasaría los límites de la Pediatría, me limitaré á hacer algunas reflexiones generales respecto de los que con mayor frecuencia se presentan en la infancia.

Pues bien; considerados en conjunto, podemos referir los cuadros sintomáticos á dos grandes modalidades que denominaré así: *expansiva* y *fija*. En la primera coloco los *procesos flegmáticos y tuberculosos*; y en la segunda los *procesos hipertróficos, hiperplásicos y degenerativos*, que aunque modifican las condiciones somáticas de los ganglios, se circunscriben á ellos y no interesan los tejidos ambientes.

La flegmasia puede limitarse á los ganglios—adenitis—, ó invadir además, que es lo más frecuente, el tejido conectivo que les rodea—adenoflemón—, y los síntomas son: dolor, tumefacción y aumento de temperatura local, no presentándose el enrojecimiento sino cuando está bastante avanzado el flemón; la fiebre está en relación con la intensidad del proceso y con la naturaleza de la enfermedad en cuyo curso se desarrolla la adenitis.

El proceso tuberculoso se limita en un principio á los ganglios, pero más tarde se produce el reblandecimiento del neoplasma, la infiltración de los tejidos circunyacentes, la ulceración de la piel y la salida de exudados.

Denominó á la flegmasia y á la tuberculosis procesos expansivos, porque se verifica en ellos la propagación de las lesiones, las cuales se extienden desde los ganglios en que se inician á las partes blandas inmediatas; mientras que en los procesos fijos no tiene lugar la expansión

morbosa, sino que se limitan las lesiones á los ganglios, sin que esto quiera decir que el proceso en sí no experimente modificaciones en su intimidad, así es que estos órganos aparecen movibles y sus contornos claramente delineados en medio del tejido conjuntivo que les circunda, el cual permanece extraño á la enfermedad.

#### Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO.—El de la *adenitis* aguda y el del *adeno-flemón* son fáciles; pues la primera se caracteriza por nudosidades redondeadas, movibles y dolorosas, y suelen reconocer por causas los procesos que radican en órganos cuyos vasos linfáticos van á parar á los ganglios afectados; y el adeno-flemón, por una hinchazón que subsigue á estas nudosidades y que ofrece los caracteres ordinarios de la flegmasia; es una hinchazón en masa, constituida por el tejido celular y por los ganglios, pero uniforme y sin límites precisos, sino que se pierde gradualmente en las partes próximas.

Exceptuando la inflamación aguda, el diagnóstico de todos los demás procesos se halla rodeado de sombras y hay que efectuarle, no sólo en vista de los síntomas objetivos, sino teniendo muy en cuenta la anamnesia del niño, el curso de la enfermedad y las concomitancias morbosas, y aun así no alcanza el diagnóstico otro carácter que el de probable, pues ya hemos visto, por los dos niños que he citado, que hasta el cuadro sintomático que pudiera creerse característico de la tuberculosis ganglionar no lo es, por lo menos en absoluto.

PRONÓSTICO.—Leve de ordinario en la adenitis y en el adeno-flemón; en los demás casos se encuentra en relación con la naturaleza de la enfermedad y con la intensidad y extensión de las lesiones.

TRATAMIENTO.—En la *adenitis* y en el *adeno-flemón*, aparte de las indicaciones que establezca la enfermedad primitiva, apelaremos á las embrocaciones cuatro veces al día con la pomada de *cloruro amónico* que he aconsejado al estudiar la parotitis, reemplazándola, si no diera resultado, con el *ungüento mercurial*. Si se forma absceso, dilátese cuanto antes, practicando al efecto una incisión todo lo más pequeña posible, si se trata del cuello y de una niña, pero que sea suficiente á dar fácil salida al pus. No se practiquen inyecciones de ninguna clase en la cavidad del absceso, á no exigirlo circunstancias especiales, como por ejemplo, el mal olor del pus, pues más bien aportan infección y estímulo anómalo y prolongan la duración del proceso.

La *tuberculosis ganglionar* y los procesos ganglionares *fijos*, se tratarán con los medios internos que su naturaleza *probable* reclame.

La *extirpación* de los ganglios afectos de tuberculosis, constituye un problema muy complejo que hay que resolver en vista de las circunstancias de cada caso; pues además de las dificultades que la operación puede ofrecer en el cuello, hay que pensar si se podrán ó no extirpar todos los ganglios que estén interesados; fijarse en el curso que ha seguido el proceso para calcular la marcha probable que en lo sucesivo seguirá; examinar el estado en que actualmente se halla, para deducir el pro y el contra del *statu quo* y de la intervención quirúrgica; y, en una palabra, inspiraremos nuestra conducta en el resultado que arroje la detenida justipreciación de todas las circunstancias.

#### Escrofulosis.

¿Es la *escrofulosis* una entidad morbosa real, ó una ilusión clínica legada por la tradición? Ni lo uno ni lo otro; ni es una enfermedad con todos los atributos de tal, ni menos un conjunto de enfermedades unidas en su arranque patogénico, ni tampoco un simple producto de la imaginación de nuestros antepasados. Semejante entidad patológica es fruto de la observación, largo tiempo sostenida y por todos los médicos realizada; circunstancias que dan á sus cimientos científicos una solidez inmovible, tanto, que ha resistido á la corriente del criterio moderno, que pretendía, y aún pretende, borrarla del catálogo de los hechos morbosos; y es que las magnificencias del progreso médico deslumbran, y las brillantes adquisiciones efectuadas en orden á la causalidad han cambiado el concepto de ésta respecto de muchas enfermedades, provocando en los ánimos una reacción exagerada á favor de la nueva doctrina etiológica que ha reemplazado en absoluto, en opinión de muchos, á la influencia morbígena de la antigua escrofulosis; sustitución lamentable, toda vez que son perfectamente compatibles la doctrina nosológica que la gran intuición de nuestros antepasados ha creado, mil veces confirmada por su observación paciente é irreprochable, con la que establecen los modernos, merced á los actuales medios de investigación.

¿Qué decían los antiguos? Que existía una diátesis, un vicio humoral, un virus, una entidad patogénica, en una palabra, cuya naturaleza en vano perseguían, y así lo declaraban francamente, que se traducía en la realidad por múltiples manifestaciones morbosas.

¿Qué han demostrado los modernos? Que algunas, que muchas de estas manifestaciones, no digo que todas, son producidas por causas especiales, sobre todo el bacilo de Koch, figurando en esta última categoría los tumores blancos, el lupus, los gomas tuberculosos y ciertas adenopatías, debiendo, por consiguiente, desaparecer del horizonte de la escrofulosis.

¿Son incompatibles ambas interpretaciones? De ninguna manera; los modernos no han hecho otra cosa que afinar la investigación, precisar la causa, hallar el agente de lo que los antiguos denominaban vagamente escrofulosis, y trasladar como consecuencia algunos procesos á los dominios de la tuberculosis. Han encontrado también los modernos la causa de las oftalmías, que eran frecuente manifestación de escrofulosis, y por lo tanto la han separado del campo de esta última. Persigue también la ciencia moderna el esclarecimiento de la causa próxima de otras enfermedades que antes formaban parte del cuadro de la escrofulosis, y la ha encontrado respecto de las otitis, de las adenitis, de la osteomielitis, y está en vías de conseguirlo del eczema, del impétigo, etcétera. Todos estos triunfos los ha alcanzado la microbiología, que es la que ha dado á conocer la causa viva de estas enfermedades, simplificando de esta suerte la etiología y haciendo casi tabla rasa de los largos catálogos de influencias que figuraban como causas de cada uno de los padecimientos indicados.

¿Ha perdido por esto la escrofulosis toda realidad y debe desaparecer del horizonte de la nosología? Por ahora no; y probablemente nunca. El paso de gigante que ha dado la ciencia en la investigación de las causas es perfectamente compatible con muchos de los conceptos que nos ha legado la tradición y que están calcados en la experiencia universal, y entre ellos se encuentra la escrofulosis, la cual, no obstante haber perdido casi todos sus atributos clínicos, conserva en principio idéntica representación nosológica, que en buena ciencia es preciso reconocer y que nadie puede negar. Semejante representación es la de una predisposición morbosa múltiple. Ofrece alguna analogía con la predisposición cancerosa, tuberculosa, etc., en las cuales, no obstante ser conocida la causa próxima de la segunda, y supongamos que también lo es la de la primera, ¿qué importancia no tiene en semejantes enfermedades la predisposición? La ciencia no puede desconocer la intervención que la economía tiene, por sus condiciones especiales, en el desarrollo de los estados morbosos, y por eso, al lado de las brillantes conquistas que en la actualidad realiza, coloca las modalidades orgáni-