

debilidad irritable. Me refiero á la *hidroterapia fría*, ya bajo la forma de ducha, de sábana mojada, de regadera ó de baño de mar ó de río, según las circunstancias. Un medio sencillo que se debe emplear en todos los casos desde luego, suponiendo que no esté el niño resfriado ni exista ninguna otra contraindicación, son las *lociones con agua fresca ó fría*, según la estación, del periné, ingles, genitales externos y bajo vientre (hipogastrio). Sea cualquiera el procedimiento á que se apele, cuídese de que el niño reaccione siempre rápida y completamente.

Cuando sea exagerada la excitabilidad de la vejiga, prescribiremos el *bromuro de potasio*.

Para un niño de cuatro años.

| | |
|-----------------------|-----------|
| Bromuro potásico..... | 2 gramos. |
| Agua destilada..... | } aa 30 » |
| Jarabe simple..... | |

Disuélvase y mézclase.

Para tomar una cucharada grande al tiempo de comer, otra al merendar y otra al cenar. Si no produce resultado, adminístrese cucharada y media cada vez, y si es preciso dos, si es que no se nota debilidad de pulso ni decaimiento general; pero si á los pocos días no ha producido resultados satisfactorios, suspéndase, y después de dejar descansar al niño una semana prescribásele:

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Extracto de belladona..... | 5 centigramos. |
| Agua destilada, c. s. para disolverle | |
| Jarabe simple..... | 60 gramos. |

H. s. a.

Para tomar media cucharada de las de café el primer día por la mañana—para ensayar la susceptibilidad del niño—, mezclada con una cucharada de agua; y desde el día siguiente, media cucharada de las de café por la mañana y media por la tarde, con observación, suspendiendo su empleo si se inician los fenómenos fisiológicos de la belladona.

Si no da resultado, reemplácesela por el *beleño*, dejando transcurrir unos días entre uno y otro medicamento:

| | |
|--|-----------------|
| Extracto de beleño..... | 10 centigramos. |
| Agua destilada, c. s. para disolverle. | |
| Jarabe simple..... | 60 gramos. |

H. s. a.

Para tomar de igual manera que la belladona y también con observación.

Si creemos que en la patogenia domina, en vez de la excitabilidad la atonía del esfínter, en este caso el medicamento indicado será la *nuez vómica*.

Para un niño de cuatro años.

| | |
|----------------------------|---------------|
| Sulfato de estriónina..... | 6 miligramos. |
| Jarabe simple..... | 90 gramos. |

Disuélvase s. a.

Para tomar media cucharada de las de café media hora antes de almorzar y de cenar, con observación; pero en concluyéndose la fórmula ya no se prescribirá más, para evitar que se acumule el medicamento.

Recomiendo de una manera especial, sea cualquiera la modalidad patogénica de la enuresis, el *bromuro de alcanfor*.

Para un niño de cuatro años.

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Bromuro de alcanfor..... | 50 centigramos. |
|--------------------------|-----------------|

H. s. a. 50 píldoras lo más pequeñas posible, para administrar dos seguidas cuatro veces al día.

Si no es el niño muy indócil, las tomará con suma facilidad colocando una sobre la lengua y bebiendo agua á continuación, con lo cual la deglutirá aun sin apercibirse de ello.

Empléense después los reconstituyentes de igual manera que he dicho para la escrofulosis, debiéndose también ensayar éstos en la enuresis en que domina el exceso de contractilidad, si los medicamentos que antes he aconsejado no dieran resultado.

Si es necesario apélese á la *electricidad*.

Escoliosis.

Compréndese bajo la denominación de *escoliosis* á la desviación lateral y permanente de la columna vertebral.

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—Es un estado morboso muy frecuente; se presenta en cualquier periodo de la infancia y aun puede ser congénito, si bien esto es muy raro, pues Coville sólo ha hallado un escoliótico entre 1.000 recién nacidos, siendo las épocas preferentes de aparición de los seis á los siete años y de los diez á los quince.

La escoliosis es en unos casos *esencial* y en otros *sintomática*, si bien este doble carácter que á simple vista aparece muy claro, cuando se reflexiona un momento respecto de la patogenia se desvanece poco á poco, hasta el punto de verse uno algo inclinado á considerar á todas las escoliosis como sintomáticas, por ser difícil comprender, si bien no imposible, según trataré de demostrar, cómo se produce la alteración de la estática raquídea sin alteraciones somáticas previas de la parte afecta.

Las influencias reputadas como causas de la escoliosis esencial son, en general, las incurvaciones laterales del tronco mucho tiempo sostenidas, por ejemplo, el llevar la madre al niño siempre en el mismo brazo, lo que obliga á la criatura á doblar algo el tronco hacia su madre para guardar el necesario equilibrio; así como la inclinación que los niños de más edad imprimen al tronco durante cierto número de horas cada día, ya para escribir, ya para llevar pesos siempre con el mismo brazo ó cántaros de agua apoyados siempre en la misma cadera, etc., etc.

¿Son capaces semejantes causas de alterar de una manera permanente la disposición de la columna vertebral? Esta es la duda que antes indicaba, pero que en principio resuelvo por la afirmativa; porque si bien es cierto que de muchos, muchísimos niños sometidos á estas influencias sólo algunos se hacen escoliósicos, y que las inclinaciones del tronco en una dirección determinada son accidentales, pues alternan con otras distintas, sin embargo, hay que reconocer que en ciertos casos es tan sostenida la posición viciosa del tronco, que es preciso admitir su influencia patogénica, como ocurre, por ejemplo, con algunas niñas de siete ú ocho años, encargadas por su madre del cuidado constante de un hermanito de pocos meses, al que tienen en brazos una gran parte del día, realizando para ello un esfuerzo superior á la débil resistencia de su organismo; y tal vez esa misma niña se ve obligada á desempeñar parte de las labores rudas de la casa, como traer agua de la fuente, etc. Pues bien; si á esta inclinación reiterada del tronco en un sentido determinado agregamos la blandura de los huesos, así como la de los discos intervertebrales que ha de implicar cierto grado de depresibilidad, y la laxitud de los ligamentos que ha de permitir á las vértebras una ligera dislocación, y tenemos en cuenta que además el crecimiento de estas partes se realiza durante cierto número de horas cada día y largo tiempo con arreglo al plan vicioso que le imponen las actitudes violentas que los niños guardan, ¿cómo no se ha de admitir la producción de la escoliosis en algunos casos bajo la exclusiva influencia de estas causas puramente mecánicas, sin la intervención de alteraciones patológicas del raquis, previas ni concomitantes? Hállase, á mi juicio, confirmada esta interpretación por los resultados de la estadística relativamente al número de escoliosis de cada lado, que es muy superior en el derecho, lo que prueba que interviene en la desviación el esfuerzo realizado con este lado, que es el que más funciona de ordinario, lo que obliga á la cabeza y á la parte superior del tronco á inclinarse hacia el izquierdo para guardar el equilibrio; inclinación que, por lo prolongada y repetida, acaba por imprimir al raquis una disposición viciosa. Constituye también una prueba el ser la escoliosis mucho más frecuente en las niñas, pues en éstas, por la índole especial de sus labores, es en las que se hace sentir preferentemente la influen-

cia de las posiciones violentas. No debe atribuirse el predominio de la escoliosis del lado derecho á la ligera desviación que hacia este lado ofrece ya normalmente la columna vertebral, no sólo porque en los niños sanos se mantiene invariable esta insignificante corvadura, sino que en bastantes casos la escoliosis es del lado izquierdo, lo que demuestra la no intervención patogénica de semejante detalle fisiológico. Pero aún debemos hacer constar otro factor patogénico de la escoliosis esencial, y es la ruptura del paralelismo entre la masa muscular del lado derecho del tronco y la del izquierdo, lo cual ha de acarrear una mayor potencia contráctil en los músculos más desarrollados, que aportará también su influencia á la producción del desquiciamiento raquídeo. Esta es al menos mi opinión respecto de la patogenia de la escoliosis primitiva ó esencial; teoría patogénica, como se ve, compleja, y que satisface más que la de contractura ó parálisis de los músculos de una de las gotieras vertebrales, pues ésta sólo tendría aplicación á casos excepcionales, y que la que atribuye el proceso á la debilidad ligamentosa, hecho que no hay por qué suponer y que de existir sería probablemente bilateral.

La de la escoliosis sintomática no puede referirse á un solo mecanismo, pero figura también en ella como factor importante el procedimiento mecánico escoliógico que acabo de manifestar en la forma esencial.

El raquitismo es causa indudable de escoliosis en los primeros años de la vida, y la interpretación es muy sencilla, toda vez que es muy natural que se desvíe el raquis en una enfermedad que determina reblandecimiento óseo. Pero puede ser sintomática de otros estados morbosos, como la coxalgia, en la que es debida á que el niño pone el miembro abdominal correspondiente en semiflexión para evitar los dolores, por lo cual resulta más corto que el miembro del lado opuesto—esto aparte de otras causas lesionales de acortamiento en caso de coxalgia que no sería pertinente detallar—; de una contractura ó de una inflamación del psoas, pues la flexión que en el muslo produce coloca á la extremidad en situación análoga, desde el punto de vista de la marcha, á cuando existe coxalgia; de una ciática, la que obliga al niño á doblar el miembro y á ladear por consiguiente el tronco; las contracturas ó aquinesias histéricas ó de otra índole de los músculos de una de las canales vertebrales, que hacen ladear al tronco, ya por tracción activa en caso de contractura, ó bien por la sola acción de la tonicidad de los músculos sanos en caso de parálisis; la retracción que sufre el tórax á consecuencia de procesos pleuríticos, etc., etc.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — La variedad más frecuente de escoliosis es la dorsal con la convexidad dirigida hacia el lado derecho, siendo rara la dorsal izquierda; en cambio en la región lumbar se observa más á menudo la variedad izquierda que la derecha, pudiendo hallarse también interesada la región cervical. Pero aparte de la corvadura que podemos denominar fundamental, tenemos que considerar otras secundarias, llamadas de *compensación*, cuya palabra expresa bien claramente el concepto nosológico que encierra, ya que constituyen desviaciones necesarias, aunque tardan algún tiempo en desarrollarse, para que se conserve la dirección vertical del eje de sustentación, y las cuales ofrecen, por lo tanto, la convexidad en sentido opuesto á la corvadura primitiva; dando unas y otras por resultado el acortamiento del tronco, no el de la columna vertebral,

que se conserva el mismo próximamente, sólo que se invierte en gran parte en el zig-zag que forma.

Además de estas desviaciones en sentido vertical experimenta el raquis otras en el horizontal, representadas por una torsión en virtud de la cual las apófisis espinosas se lateralizan más ó menos dirigiéndose en sentido de la concavidad á la vez que se desvían los cuerpos vertebrales, pero no con constante y absoluto paralelismo con las apófisis espinosas, pues en ocasiones es mayor la torcedura de aquéllos que la de éstas. El motivo de semejante torsión ha sido objeto de diversas hipótesis, todas verosímiles, aunque ninguna es capaz, á mi juicio, de explicar satisfactoriamente el hecho en todos los casos, porque, dada la diferente disposición que la columna vertebral ofrece en cada uno de ellos, la distinta graduación del proceso y el estado de las costillas, es natural que el mecanismo de la torsión sea complejo y que no siempre intervengan en igual proporción los diversos elementos patogénicos.

Las vértebras consideradas en sí mismas presentan modificaciones de mucha importancia, que denotan la gran parte que en el desarrollo de la escoliosis toma la reducción del volumen de la masa ósea en los puntos que se hallan sometidos á la compresión. En efecto, el cuerpo adquiere la forma de una cuña cuyo vértice mira á la concavidad de la corvadura raquídea y la base á la convexidad, que es lo natural, pues en este punto es donde sufre menos presión; las caras superior é inferior pierden su relativo paralelismo; disminuye la altura de las láminas; la masa apofisaria sufre alteraciones diversas y el agujero vertebral adquiere una forma ovoidea, hallándose su extremidad más ancha en dirección de la convexidad. Los ligamentos ofrecen también notables modificaciones; el anterior está distendido en la parte convexa de la corvadura raquídea y engrosado en la cóncava; los amarillos aparecen también estirados en la parte convexa y los de las apófisis articulares presentan aumentado su grosor. Los músculos de las gotieras vertebrales se hallan en estado normal ó atrofiados, y aun en ocasiones han experimentado la degeneración grasienta.

Las costillas ofrecen aumentada su corvadura en el lado correspondiente á la convexidad, y disminuída del lado de la concavidad. El corazón y los pulmones son rechazados hacia arriba por el diafragma, á consecuencia de la menor altura que el tórax presenta, experimentando también algunas modificaciones el aparato digestivo, el bazo y el hígado. El cráneo está normal, pero la cara, por el contrario, parece más larga; sin embargo, yo concepción muy probable que semejante alargamiento lo sea tan sólo en la apariencia, y que en realidad no haya sino el contraste que forma una cara del tamaño que corresponde á la edad del niño, con un tronco considerablemente acortado. No creo aceptable la opinión de Patay relativamente á las modificaciones que experimenta el interior de la pelvis, quien dice, que en los escolióticos se halla estrechada asimétricamente en los estrechos superior é inferior, y simétricamente en la excavación; y me fundo en que, siendo la escoliosis debida mayor ó menor número de veces al raquitismo y tan diferente la extensión que en éste abarca el reblandecimiento óseo en cada niño, y siendo por otra parte tan diversa la intensidad de la escoliosis y la edad en que se presenta, ha de variar necesariamente la modificación que la pelvis sufra según las circunstancias de cada caso.

PATOLOGÍA. — El cuadro clínico de la escoliosis varía según el asiento de ésta. Cuando se ve al niño desnudo, lo primero que se advierte en las variedades dorsales es la asimetría del tórax por delante y por detrás, aunque más pronunciada por la espalda. En la escoliosis dorsal del lado derecho, que como he dicho es la más frecuente, ofrece el raquis una convexidad más ó menos pronunciada en esta dirección; pero como las costillas de este lado se hallan sumamente abombadas, mirado el niño de espalda son las que más llaman la atención, obscureciendo en cierto modo la situación de la columna vertebral, que se aprecia, sin embargo, fácilmente pasando los dedos por la serie de apófisis espinosas, cuyo medio nos permite determinar con toda exactitud el grado de la desviación raquídea. El hemi-dorso izquierdo forma á veces un tan vivo contraste por lo aplanado de las costillas, que parece como si correspondiera á otro niño. La conformación de la cara anterior del tórax es la antítesis de la posterior; pues el lado derecho se halla deprimido, como consecuencia de la desviación de las costillas hacia atrás, y en cambio el izquierdo aparece relativamente voluminoso. La punta de la escápula derecha se encuentra algo descentralizada y más elevada que la izquierda, apareciendo también elevado el hombro derecho y el brazo correspondiente aproximado á él, mientras que el izquierdo está bastante separado de la cara lateral del tórax por la concavidad que ésta ofrece. Cuando además de la escoliosis dorsal existe cifosis de la misma región, el vientre es más prominente, debido á la lordosis lumbar compensadora de la cifosis; de igual suerte que se producen desviaciones de convexidad izquierda en las regiones lumbar y cervical compensadoras de la escoliosis dorsal, y las cuales dan lugar: la lumbar, á la depresión del vacío derecho y á la prominencia del izquierdo; y la cervical, cuando es muy acentuada, produce la elevación de la escápula izquierda, haciendo, por consiguiente, que su ángulo inferior se encuentre á la misma altura que el del lado opuesto.

Cuando en vez de escoliosis dorsal del lado derecho se trata de la del izquierdo ó de cualquiera de las otras variedades, los síntomas objetivos, tanto los directos como los compensadores, están en relación con el asiento, dirección é intensidad de la corvadura raquídea fundamental.

Aparte de los fenómenos objetivos que dejo descritos, presentan los niños perturbaciones funcionales determinadas por la defectuosa conformación de la jaula torácica: la respiración es algo frecuente, y el niño presenta disnea bastante acentuada cuando anda con cierta cele-