pios, que se conocen bien si se examina la cámara posterior de la boca, y á veces de calentura, y por otra parte la marcha del mal va siempre en aumento, siendo por lo comun menos fuerte el primer acceso que el siguiente y asi sucesivamente. En muchos casos la edad poco adelantada de los niños hace que las circunstancias conmemorativas sean muy insuficientes; pero aun entonces el estado de los gangliones, cervicales proporciona un recurso importante, pues si se hallan infartados, desde algunos dias solamente, anuncian que existe una anjina lardácea, porque siempre permanecen intactos en el crup falso.

Por lo que toca á los síntomas, debe saberse que la tos que se ha llamado crupal, en los niños de muy poca edad es, como dice M. Trousseau, la espresion de cualquiera inflamacion aguda de la membrana mucosa de la larinje; y por consiguiente no es un indicio del crup hasta que en lugar de ser ronca, ruidosa y crupal, se va volviendo mas y mas ronca y acaba por ser casi insonora y estar acompañada de sufocacion. No es exacto el carácter establecido por M. Guersent de que en el crup la tos nunca es ruidosa sino siempre obscura. Se conoce fácilmente que si la falsa membrana no ocupa sino el orificio superior de la larinje ó cualquiera otro punto de su cavidad, dejando intactos los labios de la glotis, la tos puede producirse todavía con alguna claridad y no ser insonora; y en efecto, en el verdadero crup, antes de ser la tos insonora, es ronca, silbante y estrepitosa; caractéres que presenta tambien en el pseudo-crup; y es muy difícil de establecer si entonces no se ha formado todavía la falsa membrana, ó si esta es todavía delgada y poco consistente. No puede pues establecerse por los solos caractéres de la tos si el niño padece una larinjitis *stridula* ó si entra en el segundo período del crup. En vista de lo que tenemos dicho con respecto á la diferencia de los caractéres de la tos en el crup cuando la falsa membrana ha invadido ya la glotis, parece que deberia reservarse el nombre de *crupal* para este caso, ó sea cuando ya es insonora, llamándola *pseudo-crupal* cuando tiene los caractéres arriba indicados. Pero debe tenerse presente que aun la tos crupal propiamente dicha, bajo el sentido que acabamos de espresar, no existe tampoco esclusivamente en el crup confirmado, pues se

ha visto en casos en qué no la ocasionaba la presencia de alguna pseudo-membrana en la larinje: sin embargo estos casos deben considerarse como escepciones muy raras.

Todo lo que acabamos de decir acerca la tos es aplicable á los caractéres de la voz que aun tienen menos valor que los de aquella; pues que la voz pseudo-crupal, que se ha comparado al canto de un pollo ó al aullido de un perrito, se encuentra, como la tos pseudo-crupal, en el principio del verdadero crup y en el falso; y tambien se percibe muy á menudo una voz crupal ó sea insonora y completamente apagada en los casos en qué, en realidad, no hay falsa membrana en la larinje.

La forma de la sufocacion tampoco puede por si sola caracterizar el crup. Hemos visto al describir esta enfermedad que la dificultad que encuentra el aire para pasar por la glotis algunas veces es mas considerable en la inspiracion que en la espiracion, y entonces asi como la inspiracion forma el silbido anormal, la espiracion es afónica, corta y pasiva como en el estado normal; y que en otros casos el paso del aire está tambien dificultado en la espiracion, y entonces, siendo esta silbante como la inspiracion, se percibe un ruido análogo al que hace la sierra á la piedra, la espiracion es mas larga y activa, es decir, se efectúa con esfuerzo de los músculos espiratorios. La primera forma de sufocacion es menos característica y menos propia del crup que la segunda, pues se parece mucho á la que ocasiona el edema de los repliegues ariteno-epiglóticos. La segunda puede al contrario considerarse como uno de los signos mas ciertos de la existencia del crup, y sin embargo se han observado algunos casos raros en qué esta forma de sufocacion acompaña á un falso crup bien caracterizado; sin embargo por lo regular la espiracion no suele presentar estos caractéres sino en el verdadero.

Por fin los autores han indicado otros señales para diagnosticar estas afecciones, pero por si solos son aun menos exactos que los que acabamos de examinar: asi dicen que en el crup falso regularmente no hay calentura, ni dolor en la larinje, y que no se ven en él pedazos membranosos entre las materias espectoradas. Este último síntoma falta tambien muchas veces en el crup, y cuando se observa no puede decidir por si solo si vienen las membranas de la larinje ó de otra parte.

Por lo demás los síntomas que se observan en los accesos del crup falso son análogos á los del verdadero, asi hay conjestion en la cara y en el cuello, á las que sucede, cuando cesan los accidentes, la palidez de la cara, que se cubre de sudor; la sufocacion va acompañada de mucha congoja, etc.

Cuando la larinjitis estrepitosa se complica con la anjina lardácea es muy difícil el diagnóstico, por no decir imposible, como puede conocerse con lo que hemos dicho en la pájina 123; pero por fortuna entonces es poco importante la distincion con respecto á la práctica, pues conviene dirijir el tratamiento para combatir enérjicamente y detener la marcha de la difterítide farinjea.

En la pájina 122, hemos visto los caractéres que pueden diferenciar del crup y del falso crup al espasmo idiopático de la glotis; pero asi como está bien manifestado que el espasmo sintomático de esta parte varia en su forma, es lójico el pensar que puede presentar tambien muchas variedades el idiopático. Asi la afonia independiente de una lesion orgánica de la larinje puede en rigor atribuirse tambien, en ciertos casos, á una contraccion espasmódica de los músculos que contribuyen á la relajacion de las cuerdas vocales y á la parálisis de los estensores de las mismas. En fin, segun el espasmo ocupe aisladamente á algun músculo ó bien á los de un solo lado y segun este espasmo sea continuo ó intermitente (este es mucho mas frecuente), es claro que deben tambien variar las modificaciones de la voz y los grados de la sufocacion. Como estas circunstancias no están todavía confirmadas por la práctica y solo se fundan en las nociones fisiolójicas, no insistiremos mas en ellas.

Hay una especie de *asma* que los médicos ingleses y alemanes han llamado *thymica*. M. Blache la incluye en el espasmo de la glotis y la describe del modo siguiente: «Esta enfermedad se manifiesta sobre todo del cuarto al doceno mes y casi siempre principia instantaneamente durante la noche sin pródomos. El niño se dispierta sobresaltado, como en la larinjitis estrepitosa; y le ataca un acceso de sufocacion con la inspiracion corta é incompleta, ó al contrario cinco ó seis inspiraciones profundas se suceden sin ninguna espiracion intermedia. Ora en el primer momento de la sufocacion, ora cuando se restablece el estado normal de la respiracion, el enfermo dá un grito agudo y penetrante que se parece algo al del crup ó de la coqueluche, y que se conoce muy bien despues de haberlo oido una sola vez, de modo que Kopp lo ha considerado como un señal patagnomónico de la enfermedad. Mientras el niño se halla amenazado de asfixia, el pulso es pequeño, duro y frecuente, y algunas veces sobrevienen convulsiones jenerales violentas y evacuaciones involuntarias. El acceso dura de uno á diez minutos: si es mas largo, parece inevitable la muerte inmediata, y se efectúa por asfixia, por apoplejia ó porque cesa el influjo nervioso; y cuando es menos largo, la respiracion se va restableciendo poco á poco, las convulsiones persisten todavía, ó cesan inmediatamente todos los fenómenos morbosos, y el niño vuelve á consiliar un sueño tranquilo. Al cabo de algunos dias se manifiestan nuevos ataques mas inmediatos, que no aparecen espontáneamente ni por la noche, sino tambien durante el dia provocados por el llanto, la risa, la cólera, la deglucion, etc.: pueden mostrarse quince ó veinte veces en veinte y cuatro horas, hasta que ocasionan la muerte. En otros casos van disminuyendo progresivamente los accidentes y se consigue la curacion, que, sin embargo, casi nunca es completa hasta despues de muchos meses y aun años.»

Seria un error creer que los síntomas que acabamos de nombrar dependan esclusivamente de la hipertrofia del timo, como lo han insinuado la mayor parte de los autores que han hablado del asma tímico; pues son evidentemente un resultado inmediato de un espasmo de la larinje, ya sea sintomático y dependiente de aquella hipertrofia como han creido los autores estranjeros que han hablado de ella, ya sea puramente idiopático como parece que lo creen hasta el presente todos los buenos observadores de Francia, porque ninguno de ellos ha tenido todavía ocasion de encontrar aquella hipertrofia en los casos de espasmo de la glotis, que puede muy bien ser idiopático, y á pesar de que estaban publicadas desde mucho tiempo las observaciones de Kopp é Hirsch que dicen haberla encontrado en muchos casos de dicho asma.

Los síntomas propios de ella pueden depender de otras causas. El Dr. Kyll, inglés, clasifica las causas del espasmo de la

glotis de la manera siguiente: 1.° En primer lugar la inflamacion del cerebro y de sus membranas; 2.° la inflamacion de la porcion cervical de la médula espinal; 3.° el infarto de los gangliones linfáticos del cuello y del pecho: Hufeland fué el primero que ha hablado del espasmo de la glotis en los niños escrofulosos habiendo dado á esta enfermedad el nombre de *catalepsia pulmonar;* 4.° la hipertrofia del timo que puede obrar como los gangliones linfáticos infartados, comprimiendo el noveno par de nervios.

Por otra parte, segun el mismo autor, no es fácil de diagnosticar esta hipertrofia. Se ha dicho que no se percibe el ruido respiratorio al nivel de esta glándula cuando es mayor su volúmen que en el estado normal; pero dice, «he encontrado este signo negativo en muchísimos niños que lo pasaban muy bien. Tampoco considero mayor valor en el que se funda en la posibilidad de oir distintamente los latidos del corazon del lado derecho del pecho. Me parecen mejor establecidos los señales siguientes: los niños padecen una difnea habitual; los ataques sobrevienen principalmente cuando aquellos están acostados de espaldas; percutiendo la rejion correspondiente al timo se obtiene un sonido completamente mate; la lengua á menudo sale fuera de la boca aun durante el sueño; y si este último síntoma no es constante, como lo han asegurado Kopp y Graf, por lo menos tiene mucho valor, pues nunca se ha observado sino en casos en qué el espasmo de los glotis dependia de la hipertrofia del timo.

Pronóstico. Por lo comun el crup falso constituye una afeccion lijera, que se cura fácilmente con un tratamiento simple y muchas veces poco activo: sin embargo ha habido casos de larinjitis que simulaban el crup y ocasionaron la muerte por alguna complicacion ó por ser muy considerable y persistente el espasmo de los músculos constrictores de la glotis. Es difícil de establecer, sobre datos positivos, el pronóstico del espasmo idiopático de la larinje, pues carecemos de hechos acerca este particular; pero es probable que es tanto mayor su peligro cuanta menor es la edad del niño. El del asma tímico siempre debe ser muy grave pues en rigor un solo ataque puede ocasionar la muerte: sin embargo, segun el Dr. Hirsch, cuando el sujeto tiene la constitucion robusta y

se halla poco dispuesto á las afecciones catarrales, cuando el caso es reciente, los paroxismos débiles y lejanos, y no han aparecido todavía convulsiones epileptiformes pueden tenerse todavía esperanzas.

Tratamiento. Hemos dicho ya que á menudo el falso crup tiende á curarse espontaneamente, y la esperiencia ha manifestado que, en los mas de los casos, solo debe favorecerse esta tendencia natural con alguna tisana demulcente, con pediluvios y maniluvios irritantes, con el calor de la cama y con otros medios simples que se emplean en los romadizos. Para los casos en qué el pseudo-crup es evidentemente simple y su intensidad no es alarmante, M. Guersent reprueba el uso de las emisiones sanguíneas y de los vomitivos que, segun él, son mas propios para prolongar que para abreviar la duracion del mal. Aunque el pseudo-crup sea simple, si va acompañado de calentura y la sufocacion es intensa, no debemos titubear en recurrir á las sangrías y eméticos: en jeneral es preciso empezar con los vomitivos y despues aplicar alguna sanguijuela en las inmediaciones de la larinje. Sin embargo, si el niño es muy sanguíneo y muy considerable la detencion de la circulacion venosa, deben ocupar el primer lugar las sangrías jenerales y las sanguijuelas aplicadas lejos de la larinje; pues que si se ataca de pronto el falso crup con la aplicacion de sanguijuelas en el cuello, debe temerse que el dolor que estas ocasionan agrave el elemento espasmódico del mal; y asi es que, antes de usarlas, es mejor disminuir este espasmo, para lo que sirven muy bien los vomitivos por la perturbacion profunda que ocasionan, ya en la inervacion en jeneral, ya en particular en el modo de accion de los nervios pneumo-gástricos, de los cuales emanan los larinjeos.

El tratamiento del pseudo-crup grave llamado nervioso por Guersent, exije la mayor atencion y debe componerse de medicaciones activas y sabiamente dirijidas. « Las ideas terapéuticas de Millar acerca el asma agudo, dice M. Guersent, encuentran aqui su aplicacion: porque el pseudo-crup nervioso es seguramente una de las enfermedades que habia señalado con el nombre de asma. Habia observado muy bien en la práctica que las sangrías en jeneral son dañosas en esta enfermedad: raras veces disminuyen los accesos de sufocacion ó

solo producen este efecto momentáneamente pues los accesos siguientes por lo comun son mas fuertes; y á menudo no hacen mas que debilitar al enfermo y acelerar el período adinámico. Sin embargo, si la difnea, la rubicundez de la cara, y la fuerza del pulso parecen indicar la sangría, debe preferirse una jeneral pequeña á las sanguijuelas, ó bien se han de aplicar estas como revulsivas en las estremidades y no en el cuello ni pecho, por no aumentar el espasmo: esto debe referirse tambien á los revulsivos cutáneos. Los laxantes pueden tener buen efecto, pero debemos recurrir con preferencia á todo á los antiespasmódicos. Además del alcanfor, almizcle y éter, Millar ha encarecido especialmente á la asafétida en lavativas. No deben olvidarse los baños tibios. Las afusiones frias pueden tambien ser mucho mas útiles aqui que en el crup.

Si el pseudo-crup está complicado con una afeccion inflamatoria, como una bronquitis ó pneumonia, lo que debe siempre temerse cuando hay calentura desde el principio, se combaten estas complicaciones con los medios propios; pero no debe descuidarse el atacar al mismo tiempo al falso crup si agrava los síntomas. Si este coincide con una difterítide gutural deben emplearse lo mas pronto posible y con las precauciones necesarias la cauterizacion y los demás tópicos que señalaremos como propios para modificar enérjicamente la vitalidad de la mucosa afecta.

En los casos de espasmo de la glotis bien caracterizado se hallan especialmente indicados los opiados y en particular los preparados de belladona, y tambien pueden servir bien todos los antiespasmódicos locales y jenerales y los demás medios que hemos recomendado contra el pseudo-crup.

Para el asma tímico, el Dr. Hirsch resume las indicaciones del modo siguiente: « 1.° Durante el acceso no debe hacerse otra cosa que levantar al niño, inclinando un poco su cuerpo hácia adelante, golpeándole lijeramente las espaldas, y tirarle un poco de agua fria en la cara: todo lo demás seria inútil. 2.° Para moderar la violencia de los espasmos, pueden usarse con buen éxito el agua de laurel-cerezo á doses pequeñas y graduadas, el almizcle, la asafétida y el zinc. 3.° Para evitar las conjestiones del corazon y de los pulmones, é impedir el

aumento de accion de estos órganos, sirven bien una dieta severa, sangrías locales abundantes y repetidas con frecuencia, los exutorios sobre el pecho, purgantes frecuentes y enérjicos, y tambien el agua de laurel-cerezo. El método evacuante y antiflojístico servirá con preferencia en los niños fuertes y robustos; asi como en los que tienen la constitucion delicada servirá mejor el antiespasmódico; pero se obtendrán aun mejores efectos combinándolos ambos segun lo exija el caso. 4.° Para combatir directamente la causa del mal, con los antiflojísticos, evacuantes y derivativos algunas veces ya se consigue correjir el desarrollo del timo. Con este objeto, y aun para disminuir el volúmen de esta glándula se han propuesto diferentes remedios, tales como los mercuriales, los antimoniales, la cicuta, la dijital, el carbon animal y el iodo: estos medios cumplen bien algunas veces, pero están lejos de tener una eficacia constante. Sin embargo, uniéndolos con otros ajentes, y sobre todo haciendo que los enfermos observen un réjimen conveniente, algunas veces puede conseguirse la curacion de esta grave afeccion. »

§ III.

De la anjina larinjea edematosa.

Blache llamó á esta enfermedad *larinjitis edematosa ó submucosa*, y Bayle *edema de la glotis*: este fué el primero que la describió, y la distinguió en *primitiva y consecutiva*. Segun los Sres Trousseau y Belloc, cuando es primitiva es casi constantemente el resultado de una fluxion inflamatoria de la larinje ó de las partes vecinas, y no se diferencia por su naturaleza de la que ya describió Boerhaave en los afor. 801 y 802; y cuando es consecutiva, es decir, ocasionada por una lesion orgánica de la larinje y de sus anexos, puede ser *inflamatoria ó activa* ó bien *no inflamatoria ó pasiva*. Sin embargo no es indispensable la inflamacion para ocasionar el edema de la larinje, como lo prueba el que se desarrolla sin que haya esta precedido en algunos casos de hidropesía consecuente á la escarlatina ó sintomática de las enfermedades del corazon ó de alguna otra víscera.

Esta afeccion se encuentra poquísimas veces en los niños y en particular cuando es efecto de la inflamacion, lo que no es estraño si se atiende á que son muy raras en ellos la larinjitis crónica y la tisis larinjea en cuyo curso es cuando se suele manifestar aquella. De todos modos tanto si es ó no efecto de la inflamacion, en los niños es mucho mas rara que en el adulto, y por otra parte no existen suficientes hechos para que podamos notar las diferencias que presenta en ellos: por consiguiente omitiremos el hacer una descripcion de sus síntomas que son bien conocidos y se podran encontrar en los tratados de patolojía. Nó obstante si reflexionamos acerca las menores dimensiones de la larinje en la infancia, fácilmente podrémos conocer que la tumefaccion edematosa de los repliegues ariteno-epiglóticos, en igualdad de circunstancias, debe disminuir de una cantidad proporcionalmente mayor el volúmen de la coluna de aire necesaria á la respiracion, y por consiguiente los síntomas deben tener mayor intensidad, una marcha mas rápida, y mas á menudo la terminacion funesta. Por lo que toca á las causas el edema larinjeo que depende de una hidropesía consecuente á la escarlatina debe ser probablemente mas fuerte en la infancia que despues de ella, solamente á causa de la mayor frecuencia de la escarlatina en los niños.

De lo poco que habla Billard de esta afeccion se desprende que se encuentra tambien algunas veces en los recien-nacidos, y parece que entonces en muchos casos nada tiene que ver la inflamacion en su produccion. Dice Billard que al hacer la autopsia de niños que durante la vida habian presentado síntomas de anjina, no es raro el encontrar, en lugar de una inflamacion bien caracterizada, una hinchazon edematosa mas ó menos considerable de las paredes de la larinje. Cita en particular un caso en el cual á la abertura del cadáver se halló una hinchazon edematosa considerable en la glotis; las paredes laterales de la larinje eran blancas, gruesas y tan hinchadas que casi se tocaban: escarificándolas con la punta del escalpelo no salió líquido de ellas; la serosidad se hallaba como cuajada, si puede decirse, en el tejido celular sub-mocoso: la cara y los miembros estaban edematosos. La coincidencia de este estado de hidropesía jeneral, en este caso y en

algunos otros obligó á Billard á una investigacion especial que prueba que conocia algo de esencial en el edema de la larinje ó por lo menos que no la consideraba como sintomática de la inflamacion en todos los casos. Dice además que los señales esteriores de esta enfermedad no pueden conocerse fácilmente. Sin embargo creyó notar en muchos niños que padecian esta enfermedad y además un edema en diferentes partes del cuerpo, el grito muy irregular, casi siempre apagado, incompleto é interrumpido como el balido de una cabra: observó este fenómeno particular en tres niños en quienes se encontró en la autopsia un edema de los repliegues ariteno-epiglóticos.

En cuanto al tratamiento nos parece que en los niños deberá ser mas activo que en los adultos en razon de que amenaza el mal un peligro mas inminente. A mas de los medios propios para combatir la larinjitis antecedente ó coincidente, cuando existe, deben emplearse medios particulares contra el edema. Si la enfermedad no es muy intensa, si no son frecuentes los accesos de difnea (5 ó 6 por dia), ó si esta aunque sea continua no es muy fuerte para que se pueda temer que comprometa próximamente la vida, deben prescribirse los revulsivos cutáneos locales, los diuréticos y los drásticos. En los casos de hidropesía cuando aun progresa deben evitarse cuidadosamente los baños de vapor y las bebidas se han de tomar en poca abundancia hasta que la secrecion renal y la exalacion cutánea ó intestinal empiezen á recobrar su actividad.

Cuando el caso es muy inminente de modo que seria tardía la accion de los remedios que acabamos de citar, el único recurso que puede conservar la vida del enfermo consiste en la traqueotomia, que vanamente han combatido algunos prácticos, y que, en los niños, en casos de edema larinjeo, podrá ofrecer mejores esperanzas que en el adulto, porque este edema parece que se observa las mas de las veces en aquellos sin coincidencia de larinjitis aguda ni crónica. Sin embargo debe tenerse presente que esta operacion no es mas que un medio urjente que previene la asfixia inminente, y por lo mismo que despues de haberlo practicado no debemos dejar de combatir con enerjía la hidropesía jeneral y lo-

cal. Luego que se conozca que se disipa el edema de la larinje puede estraerse la cánula y restablecer el modo habitual de respirar.

No hablamos particularmente de las enfermedades de la traquea porque acompañan siempre las de la larinje ó de los bronquios, y presentan aun menos importancia en los niños que en el adulto.

ARTÍCULO VI.

DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA.

Presenta mucho interés en los niños el estudio de las afecciones tuberculosas, pues en ellos se observan con mucha frecuencia, y se nota sobre todo evidentemente el influjo de una causa primera jeneral en su esencia, variable solamente en su sitio principal y en sus efectos secundarios; y por fin en ellos hacen mas víctimas las afecciones tuberculosas sin perturbar de una manera grave la integridad del aparato respiratorio. Para describirlas mejor, vista su importancia, hablaremos de las enfermedades tuberculosas y escrofulosas en jeneral antes de tratar de las del pecho.

§ PRIMERO.

De las enfermedades escrofulosas y tuberculosas en jeneral.

Naturaleza. Las escrófulas y los tubérculos consisten en una caquexia jeneral; pero hasta que se sepa en qué estriba este estado primitivo, del cual son únicamente efectos secundarios las lesiones locales que lo manifiestan, no podrá conocerse si son idénticos el estado caquéctico escrofuloso y el tuberculoso; pero lo cierto es que estas dos caquexias tienen tantas relaciones entre sí por su naturaleza presumida, por los mas de sus efectos secundarios y por sus causas, que no deben estudiarse como dos enfermedades esencialmente diferentes.

En la práctica nos dejamos influir estremadamente por el sitio de las lesiones locales para admitir una ú otra de estas

afecciones; asi es que llamamos escrofulosos á los individuos que presentan ciertas lesiones locales esternas, como los infartos y abscesos tuberculosos de los gangliones linfáticos subcutáneos, del tejido celular, de las partes blandas de las articulaciones y de los huesos, cuya naturaleza es idéntica á la de las lesiones tuberculosas internas, á las cuales conservamos el nombre de tubérculos del pulmon, del cerebro, de los intestinos, etc. Además se llaman escrofulosas otras afecciones, como ciertos tumores blancos, caries, necroses, raquítides, afecciones de la piel y de los orificios de algunas mucosas, etc., á causa de su marcha lenta y obscura, de su tenacidad, de la resistencia que ofrecen á los medios terapéuticos, y de su coincidencia comun en un mismo sujeto, con la coexistencia de lo que se ha llamado *contitucion escrofulosa*.

Estas dos razones tienen seguramente mucho mas valor que el sitio para distinguir las escrófulas de los tubérculos; y para disminuirlo se deberia probar que las enfermedades escrofulosas que hemos nombrado últimamente son debidas á un modo particular de tuberculizacion hasta aquí desconocido, y que la constitucion escrofulosa es idéntica á la tuberculosa; pero el estado actual de la ciencia prueba bien por la anatomía patolójica que hay ciertas lesiones que, consideradas en sus caractéres locales, pueden llamarse escrofulosas y que son sin embargo completamente independientes de la existencia de los tubérculos; al paso que se encuentran muchas enfermedades tuberculosas en sujetos que no presentan ninguna lesion escrofulosa propiamente dicha. Por otra parte, en medio de la ignorancia en que nos hallamos acerca de lo que constituye las diáteses escrofulosa y tuberculosa, es imposible decidir si son iguales y diferentes la una de la otra. Los atributos fisiolójicos de la constitucion escrofulosa son demasiado variables para suministrar señales ciertos de su existencia, y asi lo que nos guia por lo comun para determinarla es la coincidencia ó la existencia anterior de muchas de las afecciones llamadas escrofulosas; de la misma manera admitimos la tuberculosa, que tambien carece de signos ciertos y patagnomónicos, por la naturaleza de los afectos patolójicos idénticos en todos los órganos.

En los mas de los casos estas dos especies de lesiones coinciden en mas ó menos número en los mismos sujetos, y unas y