de la invasion de la gangrena: entonces se encuentra la mucosa de la vulva ulcerada, y en ella como en la boca creemos que precede siempre á la gangrena una flegmasia ulcerativa. Sino se modifica oportunamente esta úlcera, sobreviene, regularmente con mucha rapidez, una hinchazon considerable de los grandes labios, cuya superficie se vuelve luciente y de un color rojo un poco obscuro: la superficie de la úlcera y de la mucosa inmediata se vuelve negra, se convierte en una sanies pútrida, segrega en abundancia un líquido fétido é icoroso que se esparrama en las partes vecinas y á su vez las corroe y verdaderamente parece ser el vehículo de la gangrena. En un caso que hemos observado, antes de qué la gangrena hubiese pasado de la superficie interna de los grandes labios, la piel inmediata al ano y á las ingles, bañada por el icor gangrenoso, se enrojeció, ulceró y se cubrió de escaras. Los progresos del mal en jeneral son rápidos, se destruyen gradualmente los grandes y pequeños labios, el clítoris, la vajina y la uretra; y no sobreviene la muerte hasta que estas partes se hallan horriblemente desorganizadas. M. Ollivier d' Anjers cree que si la muerte es menos pronta que en la gangrena de la boca es porque en esta el aire inspirado se carga de los miasmas deletéreos, y obra como un veneno en la sangre que circula en los pulmones. Sin embargo en algunos casos la muerte sobreviene despues de dos ó tres dias de la invasion de la gangrena, y antes de que esta haya ocasionado una desorganizacion profunda; lo que depende de que la enfermedad no es puramente local; las mas de las veces los síntomas jenerales no son simples fenómenos de reaccion, sino el resultado de una infeccion primitiva de los flúidos ó de una lesion dinámica, siendo la prueba mas cierta de ella la naturaleza específica de la gangrena.

El tratamiento que debe emplearse desde el principio de la gangrena y en los casos de ulceraciones anteriores que pueden hacerla temer, es una cauterizacion mas ó menos enérjica, que es igualmente necesaria durante todo el curso de la enfermedad, mientras no son irremediables sus destrozos. Algunas veces pueden convenir los antiflojísticos locales; pero por lo regular deben administrarse interiormente los tónicos y antisépticos como en la gangrena de la boca.

Hidrocele. * Es muy frecuente en los recien-nacidos, y proviene de que la comunicacion que existe en los primeros tiempos de la vida intra-uterina entre el peritoneo y la túnica vajinal, continúa abierta; y asi la serosidad pasa, desde el abdómen, por el conducto formado por el peritoneo que baja con los testículos, y ocasiona un hidrocele mas ó menos voluminoso.

Se conoce por el tumor que es irregularmente redondo, como piriforme, blando, fluctuante y transparente, y mayormente por la facilidad con que desaparece con la presion, ó aun con la simple posicion horizontal, pues refluye el líquido al abdómen; asi como por la razon inversa se aumenta el tumor cuando el niño está levantado.

El pronóstico, en jeneral, es muy poco grave; pues se consigue casi siempre la curacion apretando el tumor para hacer refluir el líquido al abdómen, y manteniendo despues constantemente comprimido el anillo inguinal con un vendaje adecuado, para obliterar la comunicacion del peritoneo y de la túnica vajinal. Sin embargo antes de recurrir á la compresion se podrán aplicar tópicos astrinjentes sobre el escroto.

Infiltracion de los jenitales. * Se ha confundido con el hidrocele conjénito otro tumor acuoso del escroto formado por una infiltracion serosa del tejido celular de esta parte, que se observa con frecuencia en los recien-nacidos y particularmente cuando padecen el edema ó endurecimiento del tejido celular. Siendo simple, se cura casi siempre por si sola, ó con los tópicos y chorros refrijerantes hechos con el agua comun ó vejeto-mineral. En ciertos casos conviene recurrir á los tópicos tónicos y astrinjentes. Cuando coincide con el edema es un síntoma de esta enfermedad á cuya descripcion nos referimos.

ARTÍCULO V.

DE LOS TUBÉRCULOS DEL ABDÓMEN.

En todos los órganos de la cavidad abdominal puede hallarse la afeccion tuberculosa; pero se nota que raras veces se encuentran vestijios de ella en el estómago, en la parte superior de los intestinos, en el pancreas, en los conductos escretorios y vejiga urinarios, ni en los órganos sexuales, aun en

los sujetos que han muerto en el mas alto grado de aquella caquexia. Esta afecta con alguna mayor frecuencia el hígado, bazo y riñones; pero regularmente concentra sobre todo sus efectos en el ileon, en los intestinos gruesos, en el peritoneo y en los ganglios mesentéricos, pudiendo ocasionar directamente la muerte aun que no haya otra lesion profunda en órgano alguno importante. En este último caso ó sea cuando se hallan en el mesenterio, se ha dado á la enfermedad el nombre de *tabes mesentérica*, (*carreau* de los franceses). Considerados en jeneral, los tubérculos del abdómen no tienen tanta importancia como los del pecho, porque son menos frecuentes, porque suelen coincidir con ellos otras lesiones semejantes en el pecho y cabeza, y porque su diagnóstico es mas difícil.

Anatomía patolójica. Casi nunca hemos hallado tubérculos en un órgano cualquiera del bajo-vientre sin encontrarlos en algunos de los ganglios de esta cavidad: jeneralmente los ganglios afectos son los que reciben los vasos absorventes que vienen de los demás órganos tuberculizados; asi cuando lo estàn los intestinos se hallan en los ganglios del mesenterio ó mesocolon. Por fin en algunos casos escepcionales hay muchos tubérculos voluminosos y adelantados en las vísceras y peritoneo, y apenas se encuentran vestijios de ellos en los ganglios linfáticos. Por otra parte, es raro de encontrar tubérculos en los ganglios sin que los haya tambien en los órganos á que corresponden respectivamente; pero lo que debe notarse es que en los primeros la lesion puede ser muy considerable y adelantada, formando tumores voluminosos, al paso que en los órganos los tubérculos sean poco numerosos, pequeños y no constituyan todavía sino una lesion insignificante, si asi puede decirse. Se vé pues que bajo estos puntos de vista, hay una grande semejanza entre los tubérculos del abdómen y los del pecho.

Los ganglios, bajo la influencia de la caquexia tuberculosa pueden esperimentar otras alteraciones; y asi se encuentran á veces mas voluminosos que en el estado normal, formando masas rojizas, de aspecto carnoso y vascular, como fungosos, estado que es igual al que presentan las glándulas del cuello en algunos escrofulosos, cuyos infartos ganglionares no son necesariamente de naturaleza tuberculosa: esta circunstancia es otra

prueba en favor de la opinion que hemos sostenido acerca la falta de identidad absoluta de las escrófulas y los tubérculos.

Cuando los ganglios linfáticos se han vuelto tuberculosos presentan una forma muy variable; se les vé algunas veces convertidos bastante completamente en sustancia tuberculosa, sin que queden vestijios de su tejido, y sin embargo conservan su volúmen regular: en otros casos, ya sea por la falta, sea por la distension de un quiste formado al rededor del ganglio, este se desorganiza, va adquiriendo un volúmen siempre mayor y puede formar una masa homojénea de algunas pulgadas de grosor, que no parece debida á la aglomeracion de muchos ganglios. Sin embargo, cuando los tumores mesentéricos adquieren el volúmen del puño y aun mas, se reconoce siempre su multiplicidad primitiva, y nunca es bastante íntima su aglomeracion para simular un solo tumor. Por lo demás hay muchísima analojía entre los tubérculos del vientre y los del pecho con respecto á sus caractéres anatómicos: en estado crudo, la materia tuberculosa, ora gris y semi-transparente, ora blanca, amarillenta, opaca y caseiforme, forma granos separados, ó bien se halla infiltrada en el tejido ganglionar que mas tarde desaparece completamente: desde entonces queda constituido el tumor, y está rodeado de un quiste fibroso mas ó menos resistente. En otros casos falta el quiste, seguramente por defecto de plasticidad, y entonces la materia tuberculosa se vá derramando entre las láminas del peritoneo, en el tejido celular que rodea los ganglios, y forma los depósitos amorfos de un volúmen algunas veces considerable.

No se sabe todavía hasta cual punto los tumores ganglionares dificultan el curso de los líquidos en los vasos linfáticos y sanguíneos. Sœmmering habia indicado ya que no se hallaba sensiblemente turbada la circulacion linfática, y los trabajos de muchos otros fisiólogos han parecido confirmar esta opinion. Sin embargo hay muchísimos casos en los cuales es demasiado completa la lesion de los ganglios paraque puedan pasar por ellos la linfa y el quilo; solamente las anastómoses suplen á este obstáculo y conducen estos líquidos en el canal torácico; pero no resulta menos de ello que la elaboracion del quilo en su paso por los ganglios no se efectúa como en el estado normal, y con esto se esplica en parte el defecto de la

nutricion, que antiguamente se atribuia á la detencion del quilo á causa de la obstruccion de las glándulas. Son tantas las anastomóses de los vasos sanguíneos del mesenterio que nunca se halla bien detenida la circulacion de la sangre, y aunque se observa algunas veces la ascitis en la tabes mesentérica, parece que depende mas bien de un cierto grado de irritacion que de la dificultad de la circulacion, pues que disminuye gradualmente con los progresos del mal.

En su último período, los tubérculos ganglionares se reblandecen gradualmente, hasta el estado de pus líquido; pero rarísimas veces se observa este último grado, ó á lo menos tan pocas como en los torácicos: parece que á medida que se reblandece el tubérculo, se va reabsorviendo su parte mas líquida, ó tal vez sucumben los enfermos antes de que la desorganizacion haya llegado hasta tal punto.

La frecuencia de los tubérculos ganglionares en los tísicos es mucho mayor en la infancia que en las demás edades. Hemos dicho que son raros en el estómago y en el duodeno, siendo muy difícil el dar una esplicacion convincente de esta particularidad. Se encuentran con frecuencia en la mitad inferior de los intestinos delgados y en los gruesos, lo cual tal vez tiene alguna relacion con la naturaleza de las funciones de esta parte del tubo dijestivo, que consisten en gran parte en secreciones escrementicias.

Son conocidos los caractéres anatómicos que presentan jeneralmente los tubérculos intestinales. Desarrollados debajo de la mucosa se les encuentra en los diferentes puntos de la circunferencia de los intestinos, pero en los mas de los casos á lo largo de su borde convexo, y precisamente al nivel de las manchas foliculares. En estado crudo, su volúmen por lo comun es pequeño, su forma redondeada, su color blanquecino y opaco y algunas veces transparente y parduzco (granos grises), su número muy variable, ora están aislados, ora reunidos, aglomerados y confluentes; raras veces acompañados de vestijios de hiperemia ó de flógosis en la mucosa que los cubre. Su período de reblandecimiento nada presenta de particular; y su supuracion, destruyendo la membrana mucosa, produce úlceras mas ó menos estensas, en cuyo fondo y bordes se encuentran á menudo otros tubérculos nacientes ó ya

prontos á reblandecerse y supurarse. Con los progresos y la duracion de la enfermedad, se multiplican las úlceras, que se reunen para formar otras mas anchas, ó bien permanecen aisladas; algunas se cicatrizan, otras se hacen mas profundas y hasta pueden llegar á perforar el intestino ocasionando la peritonitis agudísima. En los mas de los casos en que el mal se estiende de esta manera hácia el peritoneo, en la superficie de esta membrana se forman aderencias que previenen el derrame de las materias intestinales ó que lo circunscriben luego que se efectúa; y en algunos casos de este jénero se encuentra una ó muchas cavidades con las cuales comunica el intestino, representando una especie de cloaca en la cual están mezclados las materias estercoráceas, los gases y el pus; desorganizacion que, como veremos, puede efectuarse á causa de una perforacion hecha de fuera á dentro, y con la cual pueden vivir los que la padecen.

Las lesiones tuberculosas de los intestinos, bastante á menudo diseminadas en una grande estension, en otros casos se concentran en un solo punto, como en el estremo del ileon, en el recto ó en el ciego, y no es raro el encontrarlas en el apéndice de este.

A pesar de la existencia de tubérculos en los ganglios mesentéricos, en los intestinos y en otros órganos, algunas veces está intacto el peritoneo; pero en los mas de los casos se encuentran en él lesiones que son ó tubérculos, ó aderencias pseudo-membranosas, ó un derrame seroso ó sero-purulento. Algunas veces hay tubérculos solos, pero entonces son pocos y están poco adelantados; la peritonitis crónica simple es igualmente muy rara, nunca la hemos observado en los niños sino en estado agudo; se halla pues casi jeneralmente ligada á lesiones tuberculosas; sin embargo estas son á veces casi insignificantes y puede haber aderencias muy estensas en el peritoneo á pesar de que la materia tuberculosa apenas se halle en algunos puntos; por fin bastante á menudo falta ó es poco manifiesto el derrame cuando la enfermedad es antigua y está adelantada, porque entonces ha dejado su lugar á las falsas membranas.

Los tubérculos se forman en los mas de los casos en el tejido celular sub-seroso, y presentan en él sus caractéres ordi-

narios; algunas veces empiezan en la superficie interna del peritoneo, y forman en él pequeños tumores semi-transparentes, cristalinos, de aspecto vesicular, que poco á poco se cambian en verdaderos tubérculos crudos, opacos, caseosos, rodeados desde entonces de pseudo-membranas; en otras la materia tuberculosa, en lugar de formar pequeñas masas redondas y separadas, se infiltra formando capas amorfas y mas ó menos gruesas, ora debajo del peritoneo parietal en las rejiones en que abunda el tejido celular, ora entre las láminas de los mesenterios y epiploons, ora en fin en la superficie libre del peritoneo, entre las asas intestinales; y en este último caso no es fácil el decidir si se ha efectuado la secrecion antes ó despues de la formacion de las falsas membranas: lo cierto es que estas se hallan á menudo en puntos en que no se halla materia tuberculosa, lo que tiende á hacerlas considerar como primitivas. Por fin en otros casos mucho mas notables hay verdaderos derrámenes de una materia casi organizada, pero análoga por su color y su aspecto á la materia tuberculosa.

Las aderencias pseudo-membranosas, que son el carácter principal de la peritonitis crónica, rarísimas veces ocupan toda la estension de la cavidad abdominal: en jeneral dejan libre la porcion de la membrana serosa que forma la cavidad posterior de los epiploons; faltan á menudo en las superficies anterior y posterior del estómago, pero se encuentran tantas en el paquete intestinal que todas las asas, reunidas entre sí con el grande epiploon y aun con la pared abdominal anterior, forman una masa en la cual se hallan íntimamente confundidas todas estas partes: hay entre ellas una especie de continuidad de tejido que se opone completamente á los movimientos de escurrimiento que se efectúan en el estado normal. En este estado es evidente que las contracciones peristálticas y antiperistálticas de los intestinos se hallan imposibilitadas durante la vida, ó por lo menos muy incompletas y muy irregulares; obstáculo mecánico que en realidad es muy influyente en algunos casos en que sobreviene el marasmo y la muerte, sin que haya otra lesion que pueda esplicarlos: cuando se añaden á él otros desórdenes dependientes de la afeccion tuberculosa contribuye siempre por su parte á adelantar su terminacion siempre funesta.

Cuando la tisis entero-mesentérica ha llegado á su último período, raras veces se encuentra derrame en el abdómen, ó bien es poco abundante. Existe mas comunmente en los principios, y á medida que desaparece, se establecen las aderencias y hacen progresos los tumores tuberculosos. El líquido derramado unas veces consiste en una serosidad pura, y en otras es opaca, coposa, y casi purulenta: en algunos casos se encuentran cavidades llenas de pus y de materia tuberculosa reblandecida que comunican con la intestinal. En algunos de estos casos, no habiendo encontrado en el espesor de las paredes de los intestinos tubérculos crudos ni ulcerados, hemos pensado que las perforaciones se habian establecido de fuera á dentro, permitiendo la evacuacion de la materia tuberculosa segregada en la superficie del peritoneo y arrastrada por la supuracion á la cavidad intestinal. Se ha pretendido que los ganglios del mesenterio hechos tuberculosos podian eliminarse de esta manera; lo que no puede efectuarse sino despues de su reblandecimiento y supuracion; siendo difícil de creer que se hayan podido encontrar y reconocer en las evacuaciones alvinas tumores tuberculosos eliminados en masa siguiendo á ello la curacion.

La lesion tuberculosa del hígado y bazo nos ha parecido igualmente frecuente; sin embargo parece que se ha hallado con mas frecuencia en el bazo: se encuentra en estos órganos mucho mas á menudo en los niños que en los adultos. En el bazo regularmente son muy numerosos los tubérculos, de modo que parece que se ha desvanecido en gran parte su tejido: los hemos hallado siempre en estado crudo mas ó menos adelantado, pero jamás supurados ni reemplazados por cavernas. No podemos decir lo mismo acerca el hígado que á menudo no contiene muchos tubérculos, y no es raro el encontrar en él escavaciones, por lo comun poco estensas, en las cuales se encuentra ora pus y materia tuberculosa, ora pus solo, ó en fin un líquido bilioso. Con una diseccion adecuada se descubre casi siempre una comunicacion entre estas cavidades y un conducto hepático mas ó menos voluminoso, por el cual la cavidad evacúa los líquidos que contiene, para llenarse mas tarde de una cierta cantidad de bilis que refluye por el conducto en que se ha abierto: entonces se forman verdaderas

cavernas en las cuales las ramificaciones del conducto hepático hacen lo que los bronquios en las cavernas pulmonares. A los riñones, que, segun Louis, solamente son tuberculosos una vez por 40, los hemos hallado en este estado en una octava parte de los casos; en los mas de ellos se hallaban ligeramente alterados, presentando solamente algunos tubérculos crudos y aislados en una de sus dos sustancias: algunas veces estos cuerpos estraños desarrollados cerca de la superficie libre de los mamelones se reblandecen y se eliminan en la cavidad de los cálices desde donde los arrastra la orina. El pancreas y los órganos sexuales por lo comun permanecen casi intactos aun en los sujetos tísicos en su mayor grado, sin embargo los hemos encontrado en un niño de 10 años en el pancreas, y en otro de 4 en los testículos: no es imposible pero es muy raro el hallarlos en los órganos sexuales de las niñas.

Causas. No presentan particularidad alguna que se diferencie de las que tenemos dicho acerca la etiolojia de la caquexia tuberculosa á que nos referimos: nos toca pues hablar solamente de la influencia especial que ejercen las funciones y las enfermedades de los órganos abdominales acerca la localizacion de la caquexia tuberculosa en estos, con respecto á lo cual debemos decir que asi como para comprender la accion de la mayor parte de las causas de la caquexia tuberculosa es preciso admitir en los mas de los casos una predisposicion ó idiosincrasia jeneral; de la misma manera debe admitirse una predisposicion local torácica, abdominal ó cerebral para esplicar la localizacion mas ó menos frecuente de los tubérculos en estas cavidades: previa esta predisposicion en el vientre, pueden contribuir al desarrollo de los tubérculos en los órganos que contiene, el mal réjimen alimenticio, las diacrises y las flegmasias gastro-intestinales, etc.

Síntomas, diagnóstico y pronóstico. Si se observase á menudo la afeccion tuberculosa localizada aisladamente en los ganglios linfáticos, en los intestinos ó en el peritoneo, podrian señalárseles síntomas particulares para cada uno de ellos; pero raramente sucede asi, y la invasion simultánea ó sucesiva de la enfermedad en los diferentes órganos del abdómen hace muy difícil la apreciacion de los síntomas propios á cada una de estas variedades de sitio: de esta manera se esplica la insu-

ficiencia de las descripciones de los autores, la mayor parte de los cuales han atribuido á la tabes mesentérica síntomas que pertenecen á los tubérculos intestinales ó á la peritonitis tuberculosa y *vice-versa*. Estas tres enfermedades en los mas de los casos presentan síntomas comunes; y como muy á menudo se hallan reunidas, algunas veces es difícil el decidir á cual de ellas deben atribuirse especialmente: sin embargo no dejan de tener caractéres particulares cuyo predominio puede contribuir mucho para aclarar el diagnóstico.

Los síntomas comunes en el principio son los caractéres que distinguen en los mas de los sujetos la constitucion tuberculosa y escrofulosa, y luego las perturbaciones de las funciones dijestivas, con las cuales principia casi siempre la enfermedad. Nos ha parecido mas frecuente la coincidencia de los infartos escrofulosos esternos con los tubérculos del abdómen, que en los que se hallan limitados en el pecho. Los síntomas que en el principio pueden hacer temer una afeccion tuberculosa abdominal, sin indicar positivamente su sitio, son la disminucion y algunas veces el aumento del apetito y aun el hambre, una sed irregular, dijestiones mas ó menos difíciles, algunas veces los vómitos, casi siempre los dolores sordos en la parte media del abdómen; alternativas de diarrea y de constipacion, la tension y el meteorismo del vientre. Sin embargo como estos síntomas pueden depender de alguna otra de las enfermedades del abdómen de que hemos hablado, no podemos precipitarnos á manifestar el diagnóstico, esperando los efectos de las medicaciones empleadas para combatirlas; pues que si se vé que, á pesar de ellas, van aumentando los síntomas, se puede presumir con mayor fundamento la existencia de una afeccion tuberculosa. La frecuencia ó la continuidad de la diarrea se liga con preferencia á los tubérculos intestinales, mayormente desde que están ulcerados; en los principios de la peritonitis crónica hay mas á menudo constipacion y vómitos, y por fin cuando los ganglios empiezan á tuberculizarse, estando todavía sanos los intestinos y el peritoneo, las perturbaciones de las dijestiones son jeneralmente mas variables, menos continuas y menos intensas, á pesar de qué se halla ya sensiblemente perturbada la nutricion y progresa el enflaquecimiento.

Á medida que se vá aumentando el mal, los síntomas se ha-

cen mas manifiestos, y bastante á menudo presentan caractéres diferenciales: la tuberculizacion intestinal vá acompañada de una diarrea que se vá haciendo mas continua y abundante; algunas veces las úlceras dan bastante cantidad de pus para que pueda encontrarse entre las materias fecales; pero en los mas de los casos esto es enteramente imposible, y lo que quita á la diarrea casi toda la importancia que tuviera para aclarar el diagnóstico es él que sobreviene con frecuencia en un período adelantado de todas las afecciones tuberculosas como un simple efecto de la colicuacion, análogo á los sudores. Como sea, esta diarrea presenta habitualmente un carácter que puede faltar en los dos casos de qué nos ocuparemos luego, y es que tiene lugar no solamente poco despues de la injestion de los alimentos, como efecto de la impotencia en que se hallan los intestinos para elaborarlos, sino tambien á intervalos lejanos de las comidas: de esto puede deducirse que hay á la vez lientería y flujo purulento ó seroso de los intestinos. En la peritonitis crónica cuando hay numerosas aderencias que impiden los movimientos de los intestinos, la diarrea sobreviene con preferencia poco tiempo despues de la injestion de los alimentos, y se suspende por lo comun completamente si el enfermo observa una dieta absoluta durante 24 horas. Por fin, en el caso de tubérculos mesentéricos, la diarrea tiene siempre caractéres mas variables. Esta vá acompañada ó no de dolores abdominales, los cuales faltan en la colicuativa, y son menores en la tabes mesentérica propiamente dicha que en los tubérculos de los intestinos ó del peritoneo: en estos dos últimos casos el dolor parece debido no solamente á la llegada y al paso de las materias quimáceas, sino aun de la flegmasia crónica que acompaña á estas dos enfermedades; de manera que se halla en los intervalos de las evacuaciones con un carácter de continuidad, pero casi siempre sin intensidad.

Los señales que son verdaderamente importantes en las afecciones que nos ocupan son los que suministran el tacto y la inspeccion del abdómen. El aumento de volúmen no tiene un valor absoluto, y lo ocasionan tres circunstancias principales, á saber, la ascitis, el meteorismo, y la presion del diafragma en los órganos abdominales: la última circunstancia debe tenerse muy presente. M. Guersent ha demostrado bien que,

en los niños, el vientre por lo jeneral es muy voluminoso, y por consiguiente este volúmen como señal ordinario de la tabes mesentérica es absolutamente insignificante. Faltando el meteorismo y la ascitis, se halla el abdómen naturalmente abultado hasta á los 3 ó 4 años, y aun mas tarde, ya porque entonces los intestinos son relativamente mas largos, ya porque el pecho, poco desarrollado hasta la edad de pubertad, no deja remontar al diafragma tanto como lo hace despues; y asi los órganos que, en el adulto, están enteramente contenidos en los hipocondrios, en los niños pasan habitualmente del borde del pecho: sin embargo siempre debemos asegurarnos de sí además de estas causas normales las hay patolójicas; pues la prominencia del abdómen bastante á menudo es efecto en parte de una estrechez transversal ó antero-posterior del pecho producida por la raquitis. El meteorismo acompaña fácilmente las enfermedades abdominales como hemos visto, y por consiguiente puede aclarar poco el diagnóstico en la que nos ocupa. Si depende de los tubérculos mesentéricos é intestinales, regularmente es permanente; pero puede aumentar ó disminuir segun sean mas ó menos pronunciados los demás accidentes dijestivos. Falta regularmente ó es poco manifiesto en la peritonitis. La ascitis es frecuente en los tumores tuberculosos del mesenterio, mayormente cuando han adquirido un volúmen considerable y sino se forman aderencias debidas á la peritonitis, en jeneral, vá aumentando hasta la muerte. En el principio suele ser sola, pero mas adelante se le añade el edema de los miembros inferiores, y aun un anasarca jeneral: esta estension de la hidropesía, aunque puede resultar únicamente del estado caquéctico jeneral, las mas de las veces hace sospechar la compresion de la vena cava abdominal por los tubérculos, ó la de los grandes vasos que llegan al corazon por los ganglios tuberculosos del mediastino. En otros casos disminuye la ascitis con los progresos del mal; se forman aderencias que acercan los puntos opuestos del peritoneo, y el volúmen del vientre disminuye cada dia y acaba haciéndose menor que en el estado normal. Al contrario, falta la ascitis aun en los principios, cuando la peritonitis crónica constituye la lesion principal, y es igualmente poco influida por los tubérculos limitados en los intestinos; sin embargo

esta regla jeñéral puede tener escepciones.

El tacto y la percusion, practicados oportunamente, nos suministran medios para conocer la causa del aumento de volúmen del vientre. Siempre que con ellos se encuentran tumores voluminosos en el mesenterio, es claro el diagnóstico; pero el desarrollo anormal de los gases y la ascitis pueden privarnos de tocarlos: cuando no es asi se encuentran aquellos bajo la forma de masas separadas, redondas, algunas veces del volúmen de un huevo y aun del puño, ora movibles en diferentes sentidos, ora fijas y aderentes: cuando son móviles luego que cesa la presion que los hace mudar de sitio vuelven á adquirir la primera posicion. Cuando son muy considerables y es cercana su terminacion, levantan la pared anterior del abdómen adelgazada y retraida, la cual los abraza entonces estrechamente: están colocados delante de la coluna vertebral, frente al ombligo y son duros é indolentes á la presion: lástima es que en el principio del mal no pueda adquirirse la certitud del diagnóstico, siempre tardía, que procura la existencia de estos tumores, que se distinguirán de los estercoráceos y de los tubérculos de los riñones con los demás caractéres propios.

De todo lo que precede puede deducirse que el aumento de volúmen del abdómen se refiere jeneralmente á la tabes mesentérica propiamente dicha: en ciertos casos, que nos parecen mas raros que á muchos autores, puede hallarse la ascitis independientemente de aquella, como efecto de los tubérculos intestinales y como el primer grado de la peritonitis crónica; pues que aquellos producen mas á menudo el meteorismo; y la peritonitis crónica primitiva casi siempre vá acompañada, aun en el principio, de un cierto grado de retraccion de las paredes abdominales que parecen aderidas con los intestinos formando con ellos parte de una masa; los movimientos de escurrimiento se han vuelto imposibles, y con el tacto se nota una cierta renitencia mas dura y menos elástica que en el estado normal, diferente de la que se percibe en el meteorismo y en la ascitis. En el estado normal parece al tacto que las partes subyacentes se deslizan bajo la mano; y una percusion un poco brusca les imprime una especie de sacudimiento ó de temblor que se transmite á las partes inmediatas, é indica la grande movilidad de qué gozan; y en la peritonitis

las asas intestinales reunidas por aderencias se resisten á la presion sin transmitirla; el choque parece limitar sus efectos al punto en qué se ejerce y no se propaga.

En algunos casos la simple inspeccion del abdómen procura á un ojo práctico señales característicos: asi se observa que la pared abdominal, apesar de que se halla aplicada y amoldada sobre las asas intestinales, presenta prominencias redondeadas que corresponden á ellas, y en sus intervalos depresiones producidas por aderencias que atraen al peritoneo parietal en los intervalos de las anfractuosidades. La rejion umbilical, aunque atraida hácia la coluna vertebral, tiene algunas veces una forma redondeada, cuando se acumulan gases en los intestinos; pero otras veces está aplanada, muy deprimida, y dá á la percusion un sonido mate. Cuando la peritonitis crónica sucede á la ascitis, es claro que todos los caractéres que acabamos de indicar no se pronuncian sino á medida que se vá reabsorviendo el líquido, absorcion que aun puede no ser completa cuando sobreviene la muerte. Algunas veces la ascitis se declara durante el curso de la peritonitis y entonces es raro que llegue á ser muy considerable, porque se oponen á ello las aderencias formadas ya; pero se nota casi siempre que se agrava el dolor y otros accidentes que indican que la enfermedad pasa al estado agudo ó sub-agudo. Por fin, cuando la tabes mesentérica se junta á la peritonitis, los señales suministrados por la inspeccion y el tacto del abdómen, pueden hallarse modificados por la presencia de tubérculos voluminosos en el mesenterio.

Las tises mesentérica, intestinal ó peritoneal presentan siempre una marcha crónica ó sub-aguda. Su duracion puede ser muy larga; pero en algunos casos, cuando se hallan reunidas, apenas pasan algunas semanas desde que se manifiestan los síntomas que las indican algo positivamente hasta la muerte. Comparadas entre si acerca este particular, cuando se hallan aisladas, la peritonitis crónica es la que nos ha parecido que marcha con mayor rapidez y con menos remisiones hácia la muerte: el enflaquecimiento general es mas pronto y mas considerable, como si la sola dificultad mecánica que esperimentan los intestinos impidiese mas completamente sus funciones. Por otra parte, la marcha de las tises abdominales á

menudo se abrevia por la complicacion de tubérculos en otras cavidades ó de otras enfermedades, como las flegmasias gastro-intestinales y los flujos diarréicos cuya invasion favorecen aquellos, bajo la influencia de simples causas ocasionales, asi como aumentan su intensidad. La sola complicacion que tiene una conexion íntima con la tuberculizacion abdominal es la perforacion de los órganos afectos, que puede sobrevenir no solamente en una época adelantada del mal, sino tambien á veces de repente, en cuyo caso se manifiesta una peritonitis agudísima en sujetos que parecen hallarse muy bien, la cual ocasiona luego la muerte y en la antopsia se encuentran solamente un corto número de tubérculos en los órganos abdominales, de los cuales uno solamente, por una especie de fatalidad, se ha supurado y abierto en el peritoneo, antes de la formacion de falsas membranas. Difícil es distinguir durante la vida en estos casos, que no son muy raros, esta peritonitis de la aguda espontánea, pero debe tenerse presente que esta es escesivamente rara en los niños.

Es aun mas difícil el conocer la presencia de los tubérculos en los demás órganos del abdómen que en el mesenterio, intestinos y peritoneo. Casi siempre se hallan en estado latente en aquellos en todos sus períodos, y aun cuando ocasionan algunos síntomas, se confunden estos regularmente con los de las tises abdominales. Sin embargo, la presencia de un dolor sordo, profundo y continuo en los hipocondrios derecho ó izquierdo, la hinchazon del hígado ó del bazo, y algunas veces la forma abollada de estos órganos, podrian hacer sospechar que se hallan tuberculizados. En algunos casos raros se manifiesta la ictericia bajo la influencia de los tubérculos del hígado ó de los ganglios colocados al rededor de los vasos biliares que pueden dificultar la evacuacion de la bilis en el duodeno. Los de los riñones en los mas de los casos no se sospechan durante la vida: en uno que hemos observado en un niño de 12 años se hubiera podido diagnosticar; pues se reconoció durante la vida un tumor abollado, duro, del tamaño de un huevo de gallina, en la parte derecha y un poco superior del ombligo, que se creyó pertenecer al mesenterio; y la autopsia hizo ver que consistia en un aumento de volúmen del riñon derecho, cuya materia tuberculosa se hallaba en estado

de eliminacion y pasaba por las vias urinarias; de manera que si se hubiese examinado la orina durante la vida se hubiera encontrado en ella pus y algunos grumos de una materia estraña, y esto habria aclarado el diagnóstico. La afeccion tuberculosa de los riñones ha sido objeto de investigaciones especiales por parte de M. Ammon; y en los niños de alguna edad notó algunos síntomas que hacen al diagnóstico mas fácil de lo que puede serlo en los pequeños, pues los enfermos se quejaron, en el principio, de un prurito en el orificio de la uretra y de tenesmo vesical, alternando con la incontinencia de orina: esta es serosa, de un color de paja; su emision vá acompañada de ardor y de tenesmo en el cuello de la vejiga; despues de algunas horas se deposita en ella un sedimento furfuráceo, claro, del color de los tubérculos: presenta estos caractéres desde el principio del mal; pero el sedimento puede faltar por algunos dias para reaparecer pronto, siendo mas abundante en las épocas en qué los tubérculos pasan del estado crudo al de madurez: la presencia del tumor puede confundirse con los tubérculos de los demás órganos; y los síntomas jenerales son los mismos de las afecciones tuberculosas en jeneral.

El pronóstico de los tubérculos abdominales es por lo menos tan grave como en los del pecho, siendo desgraciadamente muy comun el que la enfermedad se resista á todos los medios curativos. Sin embargo no puede negarse la posibilidad de obtener la curacion, que puede conseguirse por reblandecimiento y eliminacion de la materia tuberculosa, por su transformacion en materia cretácea, y por su reabsorcion: estos dos últimos modos nada presentan de particular en los órganos abdominales; y en cuanto al primero, al hablar de las lesiones anatómicas hemos visto como puede efectuarse; pero por desgracia esta terminacion es sumamente rara.

Tratamiento. Raras veces convienen las emisiones sanguíneas, y solo pueden prescribirse en los principios cuando hay síntomas inflamatorios. Los alterantes, y en particular el iodo, se hallan mas á menudo contraindicados que en la tisis pulmonar, porque obran sobre órganos que se hallan enfermos ó muy inmediatos á estarlo; sin embargo si el estómago y los intestinos están sanos, si la lesion parece limitarse á los

ganglios mesentéricos, puede ensayarse el uso interno del iodo, vijilando de cerca sus efectos. Por razones análogas no pueden administrarse interiormente la mayor parte de los tónicos, purgantes y eméticos sino con mucha reserva: sin embargo los ingleses usan mucho los calomelanos dándoles á dosses fraccionadas. Se han preconizado, mayormente en otros tiempos, una multitud de remedios en quienes podemos tener pocas esperanzas, como los mercuriales, la goma amoníaco, el aloé, el sen, los ajenjos, el eléboro negro, la achicoria, la raiz de aro, el carbonato de potasa, la barita, y muchos preparados compuestos como el agua mercurial de Theden, la esencia dulce de Stahl, las píldoras de Bécher, las de Grateloup, de Janin, etc. En el último período el tratamiento debe ser paliativo; asi se combaten los dolores abdominales con los tópicos emolientes y narcóticos; la diarrea con los opiados y astrinjentes, cuando es abundante y colicuativa; los vómitos con los antiespasmódicos y la pocion antiemética de Riviére; la ascitis con los diuréticos al interior y las fricciones sobre el abdómen con la tintura de dijital, etc. (Véase el tratamiento de la caquexia tuberculosa en jeneral y de los tubérculos del pecho para mayores detalles.)

CAPÍTULO III.

DE LAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Las enfermedades del sistema nervioso no ofrecen seguramente tanta importancia en los niños como se les ha atribuido jeneralmente; pues si se tienen presentes los datos estadísticos que quedan indicados en la pájina 12 se verá que no son tan frecuentes en ellos como se ha creido. Sin embargo son casi siempre sumamente graves y superiores á los recursos del arte, y ocasionan una mortandad relativa muy considerable.

Las principales enfermedades de los centros nerviosos que se observan en la infancia se reducen á un corto número de jéneros: entre las *neuroses* no se encuentran sino las de movilidad, pues las de sensibilidad y de la intelijencia son rarísimas en ella; y asi nada diremos de las *neuraljias* ni de la *alienacion mental*, pues aunque el *idiotismo* pertenece á la infancia, como depende de un vicio conjénito no debe ocuparnos. Las neuroses complexas, como el *histerismo*, la *epilepsia*, la *catalepsia*, la *hidrofobia*, *etc.*, pertenecen mas á la pubertad y á la edad adulta que á la infancia: algunos autores han dicho que era bastante frecuente en esta la epilepsia porque la confundieron con la forma grave de la eclampsia. Con respecto á las alteraciones materiales de aquellos órganos, hablaremos de ellas con mas ó menos estension segun la importancia que presenten en la infancia; y asi nada diremos de los *abscesos*, de las *afecciones cancerosas*, ni otras enfermedades que son mas frecuentes en la edad media ó en la vejez.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LAS NEUROSES DE MOVILIDAD.

Las neuroses de movimiento son de dos especies: en la una