5.º Las hidropesías que deben considerarse como mas especiales á la infancia son las que tienen una marcha aguda y sobrevienen por lo jeneral á causa de una modificacion en las funciones de la piel. Esta membrana, notable en la infancia por la delicadeza de su tejido, por su impresionabilidad y por la actividad de las secreciones que se efectúan en ella, puede hallarse tan enérjicamente modificada por la sola accion del frio, sin que haya precedido enfermedad alguna, de modo que pierde por algun tiempo la facultad de sacar de la sangre los principios acuosos; y entonces, siendo mas activa la exalacion en el tejido celular y en las membranas serosas, se forma una hidropesía. Bastante á menudo se observan casos de esta naturaleza, pero sobrevienen aun las hidropesías con mayor facilidad hácia el fin ó durante la convalecencia de las calenturas exantemáticas, y sobre todo despues de la escarlatina: vamos á ocuparnos pues principalmente de las *hidropesias escarlatinosas*.

Estas hidropesías tienen la *marcha* aguda. Precedida por algunos síntomas jenerales poco intensos, no se manifiesta siempre primeramente en las partes mas distantes de los centros circulatorios, y algunas veces la cara es la parte que primero se infiltra. En los dias siguientes se vá estendiendo y asi llega á ocupar todos los miembros y la cara, y despues el tronco: al mismo tiempo vá levantando mas la piel de manera que produce una hinchazon enorme, que varia sin embargo mucho con respecto á su grado segun las partes del cuerpo, siendo mayor en los puntos en qué el tejido celular es laxo y laminar. Asi es que, en el dorso de los piés y de las manos, la hinchazon, mas sensible que en la rejion plantar ó palmar, forma regularmente una prominencia ovalada, limitada por los ligamentos anulares del tarso y del carpo; en los párpados hincha algunas veces al tejido celular subcutáneo y submucoso de manera que aquellos no pueden abrirse; por fin en algunos casos el volúmen del escroto, del pene, y de los labios de la vulva se halla aumentado de una manera espantosa.

Los síntomas locales de esta especie de *anasarca* son muy diferentes de los que se observan en las hidropesías pasivas ó mecánicas. La hinchazon es renitente al tacto y conserva por menos tiempo la impresion del dedo que solo es bien manifiesta cuando se deprimen con fuerza los tegumentos; se es-

tiende con mayor regularidad en las diferentes partes del cuerpo, solo raras veces ocupa una pequeña estension de él, y no obedece tan sensiblemente como las hidropesías sintomáticas á las leyes de gravedad. La piel presenta una elevacion de temperatura por lo regular muy apreciable bien que moderada; bastante á menudo tiene aun el color de rosa y casi está eritematosa; las mas de las veces está seca, en algunas está vaporosa y húmeda, el enfermo esperimenta en todas las partes infiltradas una sensacion de calor, punzadas y aun un verdadero dolor. En los mas de los casos el pulso es febril, es decir, sensiblemente mas frecuente y mas desarrollado que en el estado normal; hay sed, que parece que está mas bien en relacion con la calentura que con la hidropesía; las orinas ofrecen un color rojo obscuro, debido á la materia colorante de la sangre, á menudo son como cenagosas, dejan precipitar un sedimento abundante moreno, y siempre son poco copiosas.

Tales son los *sintomas* de la hidropesía aguda mientras ocupa solamente al tejido celular de las rejiones esternas. Por fortuna en los mas de los casos es así. Despues de haber permanecido unos pocos dias en este período de estado se vé disminuir y abandonar sucesivamente las diferentes partes del cuerpo en un órden inverso al que ha seguido para su desarrollo. Al mismo tiempo, y aun antes de la declinacion del anasarca, los síntomas jenerales y locales que indicaban un estado inflamatorio sub-agudo, disminuyen y desaparecen: la secrecion renal vuelve á adquirir su actividad y elimina la serosidad que ha entrado en el torrente circulatorio. En otros casos se notan sudores ó una diarrea que contribuyen igualmente á la curacion. Pero la hidropesía aguda no es siempre tan benigna; se estiende á las cavidades serosas, á los órganos esenciales á la vida, y si el arte no detiene con prontitud sus progresos, puede ocasionar la muerte. Raras veces la ocasiona la ascitis, que, de todas las hidropesías *internas*, es la que es mas susceptible de resolucion, porque no compromete inmediatamente las funciones mas esenciales á la vida. No debe decirse lo mismo de las hidropesías del pecho y del pericardio que si son abundantes son mas de una vez la causa de una terminacion funesta. Por fin el peligro es aun mayor ó por lo menos es mas rápido en el hidrocéfalo. Hemos hablado ya de to-

das estas hidropesías. En muchos casos la hidropesía invade tambien el tejido celular submucoso que entra en la composicion de los órganos membranosos, y aun se vé que la serosidad se infiltra en el tejido propio de todos los órganos. Por todo lo dicho se comprenderá bien que, de resultas de estos estados locales secundarios, pueden manifestarse los diferentes síntomas propios.

En estos últimos tiempos se ha hecho una observacion acerca la hidropesía escarlatinosa que no podemos pasar en silencio. Se ha notado que la orina contiene albumina, y en ciertos sujetos que han sucumbido se han manifestado las lesiones del riñon propias á la enfermedad conocida con los nombres de *enfermedad de Brigth* (v. páj. 430), de *nefritis albuminosa*, de *albuminaria*, etc. Sin querer negar la realidad de los hechos publicados acerca este particular, nuestras observaciones que no siempre han estado conformes con ella nos inducen á pensar que se ha admitido demasiado pronto sino la constancia por lo menos la jeneralidad de este doble fenómeno. Solo en muy pocos enfermos hemos notado la albuminaria, y asi creemos que antes de admitir que las hidropesías escarlatinosas reconocen por causa la accion que ejerce el exantema en los riñones se necesitan nuevas pruebas.

El *diagnóstico* de las hidropesías no puede estudiarse de una manera jeneral pues es diferente segun el sitio que ocupan. En jeneral es fácil en el anasarca y el edema, que se caracterizan bastante bien por la distencion de la piel y la persistencia de la impresion del dedo. Cuando el líquido está contenido en una cavidad de paredes blandas, como en la *ascitis* é *hidrocele*, la fluctuacion hace conocer la enfermedad. Las hidropesías internas se conocen con diferentes señales segun el órgano que ocupan, como lo tenemos dicho. Por otra parte el diagnóstico no debe limitarse al conocimiento de la hidropesía, sino que deben investigarse sus causas, para lo cual conviene estudiar la marcha de ellas. Si es lenta y no vá acompañada de síntomas que indican un estado pletórico ó inflamatorio jeneral y local, en una palabra, si la hidropesía parece *pasiva ó mecánica*, es preciso determinar el jénero y sitio de la afeccion orgánica de qué depende. En las hidropesías llamadas *activas*, no será indiferente distinguir las que dependen

de la escarlatina de las que provienen de otra causa; para lo cual servirán mucho en las primeras el estado albuminoso de la orina, la descamacion de la piel y la coincidencia de infartos parotídeos. Estamos casi ciertos de haberla conocido de esta manera en ciertos casos en que no se habia notado la erupcion ya por la neglijencia de los padres del niño, ya por la poca gravedad de la escarlatina.

El *pronóstico* es variable segun las diferentes especies de hidropesía; pero en jeneral debe hacerse reservado. Por lo que corresponde á las agudas en particular, mientras que van creciendo y mayormente si este crecimiento es rápido, debe temerse que de un momento á otro la hidropesía no forme derrámenes serosos en las cavidades esplánicas, el edema del pulmon ó de la glotis, etc.; accidentes mas ó menos graves, pero que siempre lo son muchísimo mas que un simple anasarca. Al contrario, si este es solo, ó solamente vá acompañado de un poco de ascitis ó de hidrotorax; si al mismo tiempo ha cesado la calentura ó el calor local, y por consiguiente si todos los accidentes son estacionarios y con mayor razon si ya se vé que se disminuyen, y sobre todo si todos estos buenos indicios coinciden con orinas ó sudores abundantes ó con una diarrea que no tenga mal carácter, puede esperarse la curacion; estando solamente con precaucion contra una recrudescencia que puede producir la accion del frio ú otra causa.

Tratamiento. Prescindiendo aquí de las indicaciones dependientes de las enfermedades que han dado oríjen á las hidropesías y de los remedios especiales relativos al sitio que ocupan nos limitaremos á establecer las indicaciones jenerales. La division de las hidropesías en activas y pasivas es muy importante para la práctica; pero no debe creerse que siempre se hallan estas dos especies absolutamente separadas; pues en un mismo enfermo la hidropesía puede tener durante algun tiempo la forma activa y despues la pasiva. Hemos visto que las hidropesías escarlatinosas son las que ofrecen mayor interés en la infancia y que casi siempre son activas; y por consiguiente en ella y en los mas de los casos debe emplearse la medicacion debilitante proporcionada á la intensidad de la reaccion y al estado de las fuerzas del enfermo: los medios de qué se compone son las sangrías jenerales ó locales, las bebi-

das emolientes y la dieta. Mientras que progresa la hidropesía y se nota en ella un estado esténico y mas ó menos febril nos parece indicada esta medicacion; asi como está siempre contraindicada si el enfermo se halla en un estado asténico, aunque aquella progrese. Por otra parte la hidropesía en su período agudo, puede tambien combatirse con algunos de los medios que convienen mas especialmente en el 2.º período; tales son los purgantes y diuréticos; al paso que deben proscribirse los sudoríficos internos y esternos.

Antes de administrar los purgantes es preciso estar seguro de que no los contraindica el estado de las vias dijestivas, como sucede cuando hay una diarrea abundante y mayormente si esta depende de la flógosis; pero sino hay estas complicaciones no debemos dudar en prescribir el aceite de ricino, las sales neutras y los calomelanos; despues, si estos no bastan, se usan los drásticos, tales como la jalapa, gomo-guta, escamonea, aceite de croton, eléboro, coloquíntida, aloé, etc. La mayor parte de estos medicamentos tienen desgraciadamente un sabor tan desagradable que es difícil de hacerlos tomar á los niños por mas que procuren disfrazarse: los calomelanos y la goma-guta son los preferibles: la última, jeneralmente poco usada, puede darse en una pocion emulsiva á la dosis de una quinta parte de grano por cada año que tenga el niño. Deben vijilarse siempre cuidadosamente los efectos de los purgantes para suspenderlos luego que parecen pasar del objeto que se desea.

Los diuréticos solo deben administrarse en una grande cantidad de vehículo en la forma activa, porque la injestion de las bebidas abundantes puede contribuir á los progresos de la hidropesía. El nitro nos parece tan seguro en sus efectos como cualquier otro diurético, y tal vez es el que tiene su accion mas inocente en la mucosa dijestiva. El estado de esta membrana puede contraindicar ó hacer suspender el uso de la dijital y de la escila que son muy buenos diuréticos cuando se emplean en una dosis poco elevada, pero que entonces pueden irritar al estómago.

Cuando se emplean los hidragogos en las hidropesías que tienen la forma pasiva, ya desde su principio, ya despues de haberse manifestado durante algun tiempo la activa, para poder suspender ó continuar su uso, debe examinarse exactamente sus efectos. Si ocasionan una disminucion de la hidropesía proporcionada á la abundancia de las evacuaciones y si el organismo los soporta bien pueden continuarse; pero en el caso contrario deben abandonarse dejando descansar los órganos durante algun tiempo para volverlos á administrar despues. Además debe investigarse la tendencia que se manifiesta en algunos enfermos, ora á un flujo urinario, ora á una diarrea, pues que entonces á veces basta el auxiliar débilmente á la naturaleza para conseguir la curacion.

La medicacion sudorífica es menos segura que las precedentes y tiene el inconveniente de aumentar la diátesis serosa cuando se emplean abundantes bebidas; inconveniente que debe temerse tanto en la forma activa como en la pasiva: además en la primera todos los sudoríficos que tienen una accion estimulante en la circulacion jeneral y en la calorificacion cutánea están contraindicados; asi los baños de vapor que se prescriben bastante á menudo en la hidropesía escarlatinosa no nos parecen indicados hasta que ha cesado el estado esténico, pues en este caso suelen agravarlo notablemente; asi como empleados cuando la marcha deja de ser ascendente y despues de haber usado la medicacion debilitante nos han parecido muy útiles y nada peligrosos.

Hemos hablado del tratamiento del *hidrocéfalo*. El del *hidrotorax*, *hidropericardio* y de la *ascitis* en jeneral es el mismo que el de la pleuresía, pericarditis y peritonitis, mientras les acompaña á aquellos la inflamacion y aunque esta sola sea inminente lo que debe siempre temerse mientras son esténicas. Cuando no es así y por lo mismo no ceden á un tratamiento jeneral se combaten con los revulsivos, como los sinapismos y vejigatorios, etc. Por fin cuando por su abundancia privan la accion de los órganos y amenazan inmediatamente la vida puede en rigor hacerse necesaria la paracentesis del pecho ó del abdómen.

Escrófulas esternas y raquitis. Dijimos á su tiempo que las caquexias escrofulosa y tuberculosa eran, sino idénticas, por lo menos muy semejantes por su naturaleza, y por esto vamos á describir en un mismo artículo las alteraciones que cualquiera de ellas ocasiona en los órganos esternos; y asi mismo comprenderemos en él á la raquitis, porque la considera-

mos, con Hufeland, que no es mas que una modificacion especial de la enfermedad escrofulosa, ó una afeccion escrofulosa de los huesos. Las principales razones que apoyan este aserto son: 1.ª Que ambas enfermedades reconocen las mismas causas predisponentes y ocasionales; con la sola diferencia de qué si obran en un niño muy pequeño este se volverá raquítico, y si es mayor le afectarán regularmente las escrófulas ó tubérculos viscerales. Asi es que, aunque ambas afecciones suelen padecerse en la infancia, la raquitis es mas frecuente desde 6 meses hasta 2 ó 3 años, lo que tal vez es solamente efecto de que, siendo la nutricion del tejido óseo estremadamente activa en esta época, llama hácia él la accion del vicio escrofuloso, de la misma manera que mas adelante la preponderancia del sistema linfático hace que sean mas frecuentes las escrófulas ganglionares, y que en las inmediaciones de la pubertad el aparato respiratorio sea el sitio mas frecuente de la tuberculizacion. 2.º Los niños que han sido raquíticos en su primera infancia casi siempre presentan despues indicios mas ó menos visibles de la caquexia escrofulosa, y á menudo la padecen en alto grado. 3.º El mismo tratamiento conviene contra estas dos enfermedades, salvas solamente las modificaciones que requiere el sitio del mal en el tejido óseo. Sin embargo no negamos que faltan todavía datos positivos para asegurar la identidad de estas dos afecciones.

La descripcion de las lesiones escrofulosas y tuberculosas esternas pertenece en gran parte á la Cirujía, ó á algunos ramos especiales de la patolojía, como lo hemos dicho ya hablando de ciertas enfermedades de la piel, de los ojos y oidos, cuyo desarrollo se halla manifiestamente sometido á la influencia de la caquexia escrofulosa. Lo mismo debemos decir de los *flegmones crónicos* ó *abscesos frios*, de los *infartos ganglionares*, de las *caries* y *necroses*, y por consiguiente no haremos mas que resumir su descripcion; al paso que nos detendremos un poco mas en la raquitis.

Los Sres. Alibert y Lugol han descrito una alteracion especial de la piel debida á la caquexia escrofulosa, con el nombre de *escrófula cutánea:* M. Guersent las llama *induraciones escrofulosas de la piel.* Estas induraciones que se observan particularmente en el cuello y en la cara al rededor de las alas de

la nariz, forman prominencias oblongas, redondeadas, semejantes á rodetes, otras veces pequeñas masas aisladas ó reunidas, ó pequeñas láminas irregulares. Tienen un color rojo de violeta que aumenta de intensidad cuando hace mucho calor ó mucho frio, y casi siempre son indolentes. Pueden permanecer mucho tiempo en este estado, pero en los mas de los casos acaban por inflamarse; el tejido que los forma se reblandece y se vuelve esponjoso, poco á poco se infiltra de pus que se junta en pequeños focos á la superficie y en el espesor del dermis, para abrirse pronto al esterior por pequeños agujeros ocasionando ulceraciones parduzcas é irregulares que presentan todos los caractéres de las úlceras escrofulosas y se cubren de costras si se dejan espuestas al aire. No deben confundirse las induraciones cutáneas con los tubérculos del *lupus* que se ulceran y destruyen las partes inmediatas á la manera del cáncer de la cara.

Los *abscesos escrofulosos* son *cutáneos* ó *sub-cutáneos*. Los primeros, dice M. Guersent, «por su forma, su poca estension y su color se asemejan mucho á las láminas induradas de qué hemos hablado, pero se diferencian porque desde su principio presentan una notable blandura al tacto..... Algunas veces terminan por reabsorcion, y entonces solo queda en el lugar que ocupaban un color rojo violáceo que es mas visible durante los grandes calores ó frios. Si se abren espontáneamente dan lugar al flujo de un pus sanioso ó seropurulento como el de algunos diviesos, y luego á ulceraciones mas ó menos profundas.» Los subcutáneos producidos por la accion del vicio escrofuloso en el tejido celular tienen constantemente la marcha lenta y sorda de los abscesos frios. Se les encuentra en todas las rejiones y á una variable profundidad afectando, ora el tejido celular subcutáneo, ora el que se halla debajo de las vainas aponeuróticas. Bastante á menudo hay muchos en un mismo individuo. Al principio se presentan bajo la forma de un tumor duro, sin rubicundez ni calor, circunscrito, que poco á poco se reblandece y se percibe en él una fluctuacion, primero obscura y despues mas evidente. En este estado, algunas veces permanecen muchísimo tiempo estacionarios; pero por fin terminan por reabsorcion ó por evacuacion al esterior. En este último caso la piel se enrojece,

despues se vuelve violácea y se adelgaza: acompañan algunos dolores á este trabajo inflamatorio que siempre es lento, Cuando se abre el absceso fluye un pus seroso, amarillento, es decir, mal elaborado; en medio del cual se encuentran copos albuminosos ó de un aspecto caseoso que á menudo hacen pensar que ha orijinado el absceso un depósito de materia tuberculosa en el tejido celular.

Los *infartos ganglionares* son uno de los efectos mas frecuentes de la enfermedad escrofulosa. Se les encuentra sobre todo en el cuello y despues en los sobacos y en las ingles. Los ganglios que ocupan la direccion de los grandes vasos de los miembros se infartan tambien muy á menudo, y, cosa notable, en los escrofulosos se vén desarrollar tumores que ofrecen todos los caractéres de los ganglios infartados en las rejiones en qué, en el estado normal, no se encuentran. Parece que al principio son simples relieves nudosos de los vasos linfáticos que se transforman luego en verdaderos ganglios. Como quiera que sea, los tumores ganglionares se desarrollan sin ó casi sin inflamacion, aumentan de volúmen confundiéndose con los de las inmediaciones para formar masas algunas veces enormes, mas ó menos abolladas. Unas veces están libres y pueden moverse debajo de la piel, en otras están aderidos á esta membrana y á las partes subyacentes: á menudo permanecen estacionarios y completamente indolentes en el primer caso, al paso que en el segundo, al cabo de mas ó menos tiempo, tienden á reblandecerse, á infiltrarse de pus y á abrirse al esterior. Precede siempre á esta terminacion un cierto grado de inflamacion; los infartos se vuelven dolorosos, la piel se enrojece y calienta, se manifiesta la fluctuacion, la piel se ulcera y deja fluir un pus de mal carácter como el de los abscesos frios. El exámen de estos infartos en el cadáver, en el primer período manifiesta los ganglios muy desarrollados, en parte rojos ó transformados en un tejido denso, parduzco y como fibroso; la mayor parte contienen materia tuberculosa en mas ó menos cantidad; pero otras no presentan vestijio alguno de ella y pueden, como los primeros, terminar por supuracion. Cuando esta se efectúa, se forma regularmente primero en el tejido celular que rodea los ganglios ó solamente en los puntos mas enfermos de estos; en otros

puntos la desorganizacion está menos adelantada y su conclusion se opone á la pronta cicatrizacion de los abscesos escrofulosos que no puede conseguirse hasta que se han fundido completamente por la supuracion todas las partes afectas. Al paso que se organiza el foco en el centro, en la circunferencia el mal hace nuevos progresos, invade las partes inmediatas y no puede agotarse la supuracion.

Todas las lesiones de que hemos hablado hasta ahora forman úlceras escrofulosas cuyos caractéres comunes son: un aspecto descolorido, mamelones blandos y mal organizados, de los que salen fácilmente fungosidades y vejetaciones difíciles de reprimir; el pus que dán es seroso y otras veces sanioso; la piel se despega en la circunferencia de la úlcera y se adelgaza: por haber perdido su tejido celular, no puede volver á pegarse por su superficie profunda. La cicatrizacion siempre es lenta, irregular, se efectúa en un punto y no en otro, y no marcha concéntricamente de la circunferencia al centro; de lo que dependen esas cicatrices disformes, semejantes á crestas, vejetaciones ó rodetes prominentes sobre la piel, y esas depresiones profundas y desiguales debidas al arrollamiento hácia adentro de los bordes de la úlcera que se adieren en el fondo de la cicatriz.

Cuando la enfermedad escrofulosa afecta á los músculos ó los tejidos fibrosos ocasiona tambien infartos crónicos con depósito de materia tuberculosa, ó sin él, cuya tendencia regular es el ocasionar, por la supuracion y desorganizacion de los tejidos, úlceras de una cicatrizacion siempre difícil. En las rejiones articulares es donde estas lesiones presentan, en jeneral, mayor gravedad, dando lugar á los que se llaman *tumores blancos escrofulosos*. En el tejido óseo, la caquexia escrofulosa ocasiona muchas especies de alteraciones: asi se nota la hinchazon del periostio, y la del mismo tejido óseo y despues la caries y la necrosis; enfermedades que unas veces ván acompañadas de depósito de materia tuberculosa y otras no. La descripcion detallada de estas afecciones podrá encontrarse en los tratados de Cirujía.

La RAQUITIS pertenece casi esclusivamente á la infancia, pues en el dia está bien demostrado que las desviaciones del raquis que sobrevienen cerca de la pubertad resultan de otra

afeccion. En 346 casos examinados por M. Guerin se ha efectuado la invasion en 3 antes del nacimiento; en 98 durante el 1.r año; en 176 en el 2.º; en 35 en el 3.º; en 19 en el 4.º; en 10 en el 5.º, y en 5 de 6 á 12 años. Afecta las mas de las veces los huesos largos ó á lo menos determina siempre en ellos deformaciones mas sensibles. Sus estremidades se hinchan y aumentan el volúmen de las articulaciones; al mismo tiempo se adelgaza el cuerpo de los huesos y no tarda en encorvarse en diferentes sentidos, pero, por lo comun, siguiendo las corvaduras naturales; asi es que los fémures se ván volviendo mas cóncavos hácia dentro y atrás, y desvian el centro de gravedad mas afuera de la línea media, de manera que los niños para andar están obligados á llevar las rodillas hácia dentro y las piernas hácia afuera para sostener el equilibrio; de lo que resulta que las tibias forman con los fémures un ángulo muy obtuso. A su turno se encorvan tambien los huesos de la pierna, de manera que se vuelven convexos hácia afuera y representan con los del lado opuesto una especie de elipse cuyas dos mitades se miran por su concavidad. En los miembros superiores se desvian tambien lo mas regularmente en el sentido de sus corvaduras naturales. Cuando la raquitis invade al pecho produce en él deformaciones muy notables que describen muy bien los Sres. Rilliet y Barthez cuando dicen: «Si se examina al enfermo desnudo, uno se admira de la forma singular del pecho; el esternon, que parece muy inclinado hácia delante, está encorvado, casi anguloso de arriba abajo; luego despues de él los cartílagos se inclinan hácia atrás, como si fuesen á tocar la coluna vertebral, de lo cual resulta un aplastamiento estraordinario de las rejiones axilares que son cóncavas. Se vén tambien en los lados del pecho una serie de nudos que corresponden á la union de los cartílagos y de las costillas, de manera que forman dos líneas que partiendo de la parte superior del pecho hácia adelante, se dirijen hácia abajo y afuera, de modo que forman entre si una especie de concha de tortuga, redondeada ó angular, mas ancha en la parte inferior que en la superior, formada por el esternon que está como empujado hácia adelante por los cartílagos costales. Estas prominencias redondeadas y mamelonadas dependen evidentemente de los huesos; mas considerables en la base del pecho

se hallan en la parte mas deprimida de él ó un poco mas adelante y parecen tocar los lados del cuerpo de las vértebras; el estrechamiento se halla en casi todo lo alto desde la 2.ª ó 3.ª costilla hasta debajo del pezon; en este punto las costillas falsas se elevan y forman una prominencia que envuelve la parte superior del abdómen, aumentan asi la depresion torácica, y añaden la apariencia á la realidad. Por otra parte no pudiendo ser deprimidas las vísceras abdominales por las paredes blandas que contienen se diseñan perfectamente; el hígado en la parte derecha y el estómago en la izquierda levantan las costillas falsas, pero casi siempre desigualmente, de manera que el pecho parece un poco inclinado ora á derecha ora á izquierda. El abultamiento de los intestinos, tan comun en los niños pequeños, completa la forma esférica del abdómen; de manera que este globo abdominal está como cubierto superiormente por la parte inferior del pecho que dilata, al paso que la parte superior de este queda deprimida.»

Mirada por detrás, es menos sensible la deformacion del torax; y, cuando existe, regularmente no depende del mismo pecho sino de los omóplatos y del raquis. Los 1.os adquieren á menudo un espesor considerable que los hace mucho mas prominentes, y en cuanto al 2.º, su corvadura mas comun tiene lugar en sentido ántero-posterior, presentando una convexidad mas ó menos manifiesta desde la parte media del espinazo hasta el sacro. Esta corbadura se borra en gran parte cuando se levanta al niño, y parece que solo es debida á la debilidad de los músculos estensores de la coluna vertebral. Como disminuye la elevacion vertical del abdómen, contribuye á rechazar hácia adelante las vísceras de esta cavidad y á aumentar su forma globulosa. El raquis puede tambien presentar inflexiones laterales, á cuya produccion creemos que tienen la mayor parte la posicion y la atonía muscular; pues que en el principio la deformacion de los huesos tiene lugar igualmente en ambos lados de la línea media. Los huesos de la pelvis, vueltos raquíticos, se inclinan y encorvan de diferentes maneras. El sacro y el pubis se aproximan y acortan el diámetro ántero-posterior; en otros casos se acercan lateralmente, y por fin el solo engrosamiento de los huesos del bacinete puede producir un estrechamiento jeneral