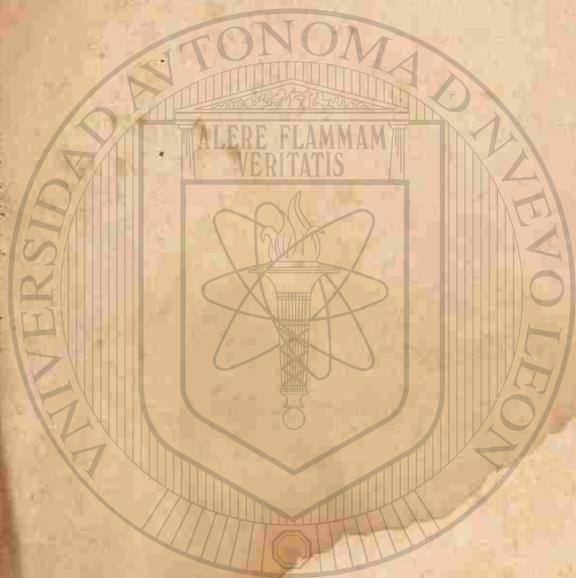




ENFERMEDAD
DE
LOS NIÑOS



RJ45
B3



TRATADO PRACTICO
de las
ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



SE HALLA

En Barcelona en las librerías de INDAR calle de la Platería, SAURI calle Ancha esquina al Regomí, y en la Portería del COLEJIO de MEDICINA y CIRUJÍA.

En Madrid en la de la Sra. Viuda de RAZOLA, y en las principales librerías del Reino.

EN LOS MISMOS PUNTOS ESTÁ DE VENTA EL

MANUAL DE MATERIA MÉDICA, de H. Milne Edwards y P. Vavasseur. Traducido del Francés por los SS. Oms y Ferreras, segunda edición, corregida y considerablemente aumentada. Consta de 2 tomos en 8.º de mas de 850 páginas. Su precio 32 reales vellon en rústica y 40 en pasta en Barcelona y dos reales mas en los demás puntos.

TRATADO ELEMENTAR COMPLETO DE LAS ENFERMEDADES DE MUJERES, por los SS. Oms y Ferreras. Revisado por el Catedrático Dr. D. Antonio Mayner. Sirve de texto en el colejio de Medicina y Cirujía de Barcelona; consta de dos tomos en 8.º prolongado de mas de 700 páginas, y se vende en Barcelona á 30 reales vellon en rústica y 38 en pasta y en los demás puntos con el aumento de dos reales.

COMPENDIO DEL TRATADO PRÁCTICO DE LAS ENFERMEDADES VENÉREAS DEL Dr. DESRUELLES, arreglado por los SS. Oms y Ferreras, y revisado por el Dr. Mayner. Sirve de texto en la asignatura correspondiente en el colejio de Medicina y Cirujía de Barcelona; consta de un tomo en 8.º prolongado de 500 páginas, y se vende á 18 reales vellon en rústica y 22 en pasta, y en los demás puntos con el aumento de un real.

Para manifestar el mérito de estas tres obritas, basta decir que la Excm. Direccion General de Estudios se sirvió recomendarlas en el año 1841 para la enseñanza de las correspondientes asignaturas de Medicina en las Universidades y Colejios de España; y que en efecto sirven de texto en la mayor parte.

TRATADO PRÁCTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS

ESCRITO EN FRANCÉS POR EL

DOCTOR F. BARRIER,

VICE-PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MÉDICA DE EMULACION DE LION, ETC.

Arreglado á las lecciones del

Dr. D. Antonio Mayner,

CATEDRÁTICO DEL NACIONAL COLEJIO DE MEDICINA Y CIRUJÍA DE BARCELONA, SOCIO DE NÚMERO DE SU ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA, ETC.

POR

D. Luis Oms y Garrigolas,

Licenciado en Medicina y Cirujía, Socio corresponsal de la Nacional Academia Médico-Quirúrgica de Barcelona y de la Sociedad económica de amigos del país de Gerona, etc.

Y

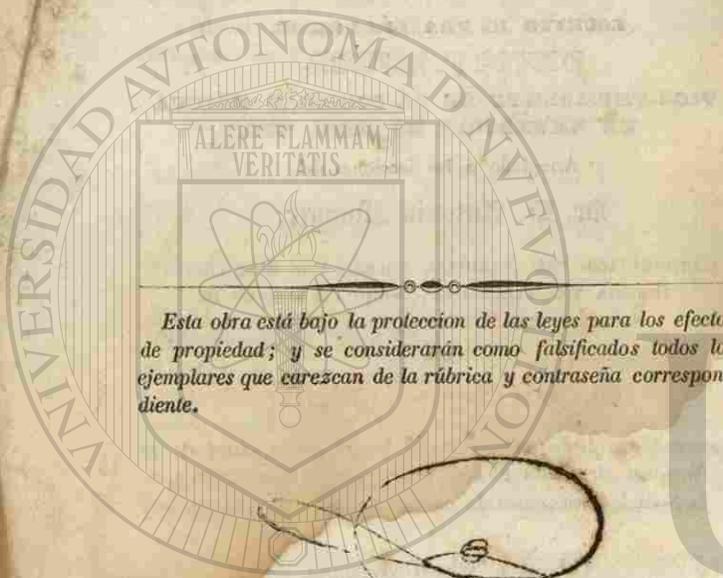
D. José Oriol Ferreras,

Licenciado en Medicina y Cirujía, Socio corresponsal de las Nacionales Academias de Medicina y Cirujía y de Ciencias naturales y artes de Barcelona, etc.

Barcelona.

IMPRENTA DE D. RAMON INDAR
calle de la Platería núm. 58.

1843.



Esta obra está bajo la protección de las leyes para los efectos de propiedad; y se considerarán como falsificados todos los ejemplares que carezcan de la rúbrica y contraseña correspondiente.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



Prólogo de los traductores.

El mismo objeto que nos movió á compendiar el tratado práctico de las enfermedades venéreas del Dr. H. M. J. Desruelles, para que su tamaño fuese proporcionado al corto espacio de tiempo que se dedica en la esplicacion de aquellas enfermedades en los Nacionales Colejios de Medicina y Cirujia, nos ha obligado ahora á refundir el interesante tratado práctico de las enfermedades de los niños del Dr. Barrier, para la formación de este compendio, el cual contiene con la suficiente estension todas las ideas vertidas en aquella obra, que es seguramente una de las monografias mas interesantes que se ha publicado recientemente en Francia.

La esplicacion de las enfermedades de los niños, ha variado mucho desde que las luminosas aclaraciones proporcionadas por la anatomía patológica han disipado los errores que se inculcaban antes con respecto á la curacion de aquellas afecciones, y que

ofuscaban su diagnóstico. Por consiguiente no nos detendremos en manifestar las ventajas que pueden reportar de la lectura de este librito los Profesores de Medicina y Cirujía; pues basta decir que en España no hay obra alguna que trate de las enfermedades de la infancia insiguiendo las ideas desarrolladas por Barrier; pero lo dedicamos particularmente á los alumnos de aquella ciencia, quienes, por lo comun, necesitan obritas elementares que, sin agobiar su memoria, les inculquen debidamente las ideas teórico-prácticas que deben despues tener presentes en su práctica particular.

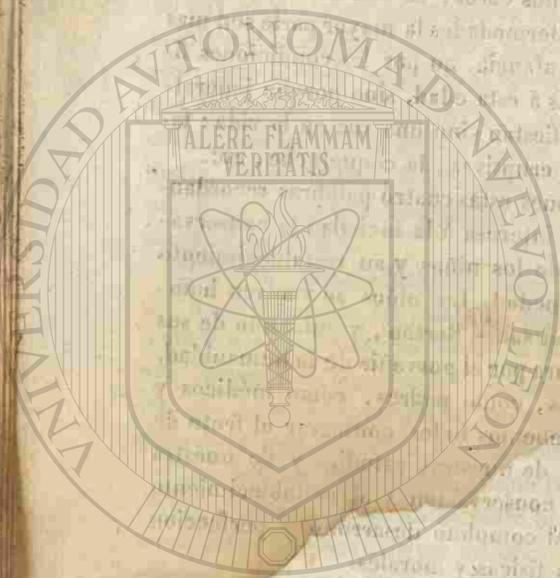
El Dr. D. Antonio Mayner, deseoso de proporcionar á sus discipulos un tratadito que pueda servir de texto á sus lecciones, ha tenido la bondad de revisar este compendio, como lo hizo con las otras dos obritas que tenemos publicadas correspondientes á la asignatura que con tanto acierto desempeña.

El tratado de Barrier comprende las enfermedades de la infancia desde el nacimiento hasta la pubertad, excepto aquellas cuyo origen es anterior al nacimiento: no habla pues de las enfermedades congénitas, ni de las que dependen esencialmente del parto, cuya esplicacion corresponde por lo mismo á la tocología.

Las enfermedades de los niños deben referirse á tres diferentes clases: hay algunas, aunque son pocas, que se manifiestan esclusivamente en la infancia, como por ejemplo los desarreglos morbosos de la dentición; otras que en los niños presentan una forma especial que se halla en perfecta relacion con las condiciones fisiológicas propias de su edad, como

la pneumonia, y otras que se observan con muchísima mayor frecuencia en la niñez que en las demás edades, pero que no presentan en aquella las mas de las veces una forma especial, hallándose solamente modificadas, en algunos casos, de una manera accesoria. Entre estas enfermedades la mayor parte son mas frecuentes en la infancia, no por las condiciones fisiológicas inherentes á esta edad, sino porque jeneralmente no se manifiestan sino una vez en la vida: tales son las fiebres eruptivas, la coqueluche, etc.

Concluiremos pues estas cuatro palabras recordando lo mucho que interesa á la sociedad la conservacion de la salud de los niños y su restablecimiento en caso de enfermedad. Los niños se vuelven hombres, como dice el sabio Berton, y cuidando de sus intereses se procura por el porvenir de la humanidad. Como ciudadanos, como padres, como médicos y como filósofos debemos todos consagrar el fruto de nuestro trabajo, de nuestros estudios y de nuestra esperiencia á la conservacion y al restablecimiento de su salud, y al completo desarrollo y perfeccion de sus facultades físicas y morales.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

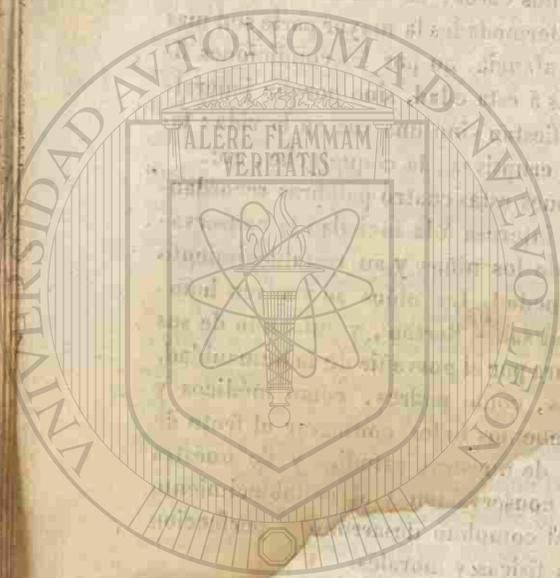
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

INTRODUCCION.

La vida intra-uterina es una edad de creacion, y la infancia, la adolescencia y la juventud lo son de crecimiento. Este es tan rápido y tan considerable en la infancia que obliga á dividirla en tres períodos bien distintos. El 1.º se estiende desde el nacimiento hasta al fin de la primera denticion. Entonces la nutricion es muy activa y el desarrollo es sumamente rápido; pero se perturba fácilmente la perfeccion de los órganos porque está poco adelantada, proviniendo de aquí la influencia estremadamente funesta de las enfermedades por falta de resistencia orgánica: la tercera parte de los niños que nacen, mueren durante el primer año de su vida, á lo que contribuye mucho la denticion. En el 2.º, que acaba á los siete años, las funciones y los órganos presentan ya mayor equilibrio entre sí; y por lo mismo los niños son en él menos susceptibles de enfermar y en sus afecciones triunfa mas á menudo la resistencia orgánica. El 3.º se estiende desde siete á catorce años, época en la cual se goza de la mejor salud y es menor la mortalidad.

Por lo que toca á los caracteres jenerales de la niñez desde el nacimiento á la pubertad, debe tenerse presente que su carácter fundamental es el progreso de su formacion hasta lle-



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TRATADO PRÁCTICO
DE LAS
ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS.

INTRODUCCION.

La vida intra-uterina es una edad de creacion, y la infancia, la adolescencia y la juventud lo son de crecimiento. Este es tan rápido y tan considerable en la infancia que obliga á dividirla en tres períodos bien distintos. El 1.º se estiende desde el nacimiento hasta al fin de la primera denticion. Entonces la nutricion es muy activa y el desarrollo es sumamente rápido; pero se perturba fácilmente la perfeccion de los órganos porque está poco adelantada, proviniendo de aquí la influencia estremadamente funesta de las enfermedades por falta de resistencia orgánica: la tercera parte de los niños que nacen, mueren durante el primer año de su vida, á lo que contribuye mucho la denticion. En el 2.º, que acaba á los siete años, las funciones y los órganos presentan ya mayor equilibrio entre sí; y por lo mismo los niños son en él menos susceptibles de enfermar y en sus afecciones triunfa mas á menudo la resistencia orgánica. El 3.º se estiende desde siete á catorce años, época en la cual se goza de la mejor salud y es menor la mortalidad.

Por lo que toca á los caracteres jenerales de la niñez desde el nacimiento á la pubertad, debe tenerse presente que su carácter fundamental es el progreso de su formacion hasta lle-

gar al complemento del desarrollo regular del organismo. Todas las funciones de la vida vejetativa tienen una actividad infinitamente mayor en los niños que en la edad adulta; así es que en la nutrición predomina el movimiento de composición ó de asimilación; los materiales preparados por ella son eminentemente plásticos ó organizables; de ahí depende el rápido crecimiento y desarrollo de todo el organismo. Sin embargo el desarrollo relativo se efectúa de una manera irregular; se nota una repartición desigual del líquido de nutrición, en razón de la cual son importantes los períodos de desarrollo; pues que, haciéndose con mayor actividad la nutrición en ciertas épocas y en determinados órganos, puede ocasionar y curar ciertas enfermedades.

Las condiciones anatómicas de los órganos son sumamente notables con proporción á la actividad de las funciones de qué hablamos. Se conoce la preponderancia del aparato vascular arterial por la inyección vascular roja estremadamente pronunciada en los sistemas capilares de la superficie esterna é interna de los tegumentos y de todos los tejidos: estos se hallan llenos de jugos y de materia plástica: el tejido celular va perdiendo su blandura y su aspecto mucoso y se va volviendo sólido: el sistema linfático está muy desarrollado y crece rápidamente hasta después de la segunda dentición: la porción abdominal de este sistema que forma el aparato quilífero es notable por el volumen de sus ganglios; y no es menos considerable el desarrollo de su porción torácica.

Las funciones relativas no son menos activas que las asimilativas; pero no tienen el grado de perfección y de regularidad que se nota en estas. La impresionabilidad é irritabilidad son extremas: las impresiones son tan vivas en el principio de la infancia que bastan para determinar movimientos irregulares y automáticos; mas adelante se hallan todavía mal apreciadas por el sentido íntimo y promueven movimientos que no están siempre subordinados á la razón. La impresionabilidad del sistema nervioso ocasiona necesariamente una grande actividad en todos los actos por los cuales este sistema obedece á las impresiones; y de ella depende esa movilidad nerviosa que se acerca tanto al estado espasmódico y que tanto predispone á las afecciones convulsivas. Con relación á la

energía de estas funciones se nota en la infancia la preponderancia relativa de volumen de los centros y cordones nerviosos, la blandura de su tejido y el desarrollo de algunos de los aparatos de los sentidos, que son ya tan perfectos como es posible.

Por fin en la infancia la unidad vital está mucho mas caracterizada, el *sensorium commune* no puede conmoverse en un punto sin que obre en otros muchos á la vez; en una palabra, son mas numerosas y mas vivas las simpatías, estas dan lugar mas á menudo á enfermedades y aun á veces ocasionan la muerte.

Cuando obra en la infancia alguna causa perturbatriz, sus efectos son mas considerables porque en ella la vida es mas activa y mas rápida en todos sus movimientos, porque los órganos no se hallan todavía bien constituidos, y porque en las funciones no hay toda la regularidad que se nota mas adelante. De esto puede deducirse la predisposición en que se hallan los niños para padecer un gran número de enfermedades, la mayor intensidad de estas afecciones en comparación de las demás edades, su marcha mas rápida y mas aguda, su terminación mas á menudo funesta, la dificultad de su diagnóstico, y en fin la dificultad de curarlas, como consecuencia necesaria de todas las condiciones precedentes. Sin embargo, si bien es verdad que, con respecto al pronóstico, debe temerse mucho la influencia de la mayor energía vital y principalmente de la imperfección de los órganos y funciones de los niños, pueden tambien esperarse de estas dos condiciones recursos inesperados. «Debemos temerlo todo, pero tambien esperarlo todo, dice Hufeland; se ha de pronosticar conforme á los síntomas mas alarmantes, pero nunca se ha de perder completamente la esperanza, porque es aun tan enérgica la fuerza de creación, que puede procurar curaciones realmente maravillosas.»

De estas consideraciones pueden deducirse los principios terapéuticos siguientes:

1.º Siendo mas activa la vida y mas rápidos todos sus movimientos, cuando estos se desordenan, las alteraciones se producen con mayor rapidez; y por consiguiente deben emplearse los remedios lo mas pronto posible y con pocos intervalos:

deben pues visitarse á menudo los niños para observarlos debidamente siguiendo la marcha del mal , con el fin de poderla dirigir oportunamente luego que parezcan insuficientes los esfuerzos de la naturaleza.

2.º En esta edad puede contarse mucho con la naturaleza medicatriz por la actividad de la vida; y así muchas veces bastan para conseguir la curacion los remedios mas insignificantes. Por consiguiente, es menester usar con precaucion los medios enérgicos, cuidando principalmente de que las doses en que se administran sean proporcionadas á la edad del enfermo; y al contrario se debe insistir en la administracion atenta y minuciosa de los simples: la medicina espectante, que se vale de estos medios, basta con mucha frecuencia para conseguir la curacion, si se usa debidamente. La contraindicacion de los remedios demasiado activos, y en particular de los evacuantes y debilitantes en la niñez, depende de que en ella las fuerzas vitales, aunque son abundantes, se necesitan para el desarrollo del organismo: debe pues respetarse debidamente, sin temerlo, este exceso aparente de vitalidad, cuidando de no traspasar los límites convenientes al atacarlo en su fuente; pues de ello resultaría un abatimiento de fuerzas que sería funesto.

3.º Debe tenerse la misma prudencia en la administracion de los escitantes, de los estimulantes jenerales y de los medicamentos que penetran profundamente en el organismo, porque pueden aumentar la accion de la fuerza vital hasta un grado incompatible con la conservacion de los órganos en su estado de integridad.

4.º De la mayor accion de sus órganos, resulta que los niños tienen mayor necesidad de repararlos por medio del alimento y del sueño; y por consiguiente debe procurarse cuidadosamente, en la práctica de sus enfermedades, el proporcionarles un régimen adecuado al que necesitan en el estado normal.

5.º No se han de considerar como enfermedades ciertos síntomas que se observan á veces en los niños y acompañan á su desarrollo físico; si se limitan á este trabajo importante, que no debe estorbarse sino dirigirse competentemente; y no se ha de olvidar que en la infancia se notan á menudo algunas

irregularidades en el desempeño de las funciones, por falta de concierto ó de equilibrio, contra los cuales, mientras no pasen de los límites propios, no deben emplearse los medios terapéuticos.

Con respecto al estado de las funciones de los niños, pueden tambien sentarse los siguientes preceptos:

1.º El aparato respiratorio, que entra repentinamente en accion al nacer el niño, y que durante toda la infancia goza de una grande actividad, presenta condiciones que favorecen singularmente la invasion y la gravedad de sus enfermedades. La estrechez de los conductos aéreos, y mayormente del de la glotis, hace que las afecciones inflamatorias ó espasmódicas de estos conductos sean infinitamente mas graves; y así es preciso estar siempre prevenido en ellas contra la asfixia lenta ó rápida, que ocasionan con frecuencia, y cuya marcha á menudo se desconoce, particularmente en el crup. Es por esto que, en la infancia, están indicados con mayor frecuencia la traqueotomia y los eméticos, de los cuales puede esperarse mucho porque pueden hacer desprender y arrojar los productos plásticos que obstruyen el paso del aire por medio de las violentas contracciones que ocasionan á los músculos espiradores. La membrana mucosa de estos conductos, como muchas otras, se halla muy predispuesta, en la niñez, á las afecciones catarrales, que son muy graves en razon de la estrechez de los bronquios y de la dificultad de la expectoracion, que depende de la debilidad del aparato respiratorio, ya porque aquellas por sí solas pueden ocasionar la sufocacion, y ya, sobre todo, porque son el verdadero origen de las pneumonias lobulillares ó de los lobulillos que acaban con muchos niños. De estas condiciones resulta tambien la indicacion de los vomitivos en muchos casos, y la de los tónicos y de todos los medicamentos que pueden facilitar la expectoracion ó disminuir la abundancia de las secreciones en los bronquios.

2.º El aparato digestivo, destinado á resistir continuamente la accion de escitantes fisiológicos de naturaleza muy variable, cuya influencia mas ó menos enérgica no ha embotado todavía el hábito, se halla espuesto á una multitud de enfermedades cuya causa le viene del exterior, á mas de las que dependen de las funciones que desempeña. Es preciso sin embargo ad-

vertir que las afecciones del tubo digestivo suelen ser menos graves por si mismas que por los accidentes morbosos que desarrollan fácilmente en el aparato respiratorio y encefálico; pero por lo mismo es preciso combatir las pronto, aunque parezcan ligeras, para evitar los accidentes mas graves que suelen ocasionar. Regularmente consisten en inflamaciones y en lesiones de secrecion cuyos síntomas deben combatirse cuidadosamente luego que se manifiestan. En muchos casos no se puede conocer bien la alteracion orgánica á que deben atribuirse estos síntomas y entonces es preciso combatirlos directamente: tales son la replecion del estómago, los flatos, la acumulacion de materias fecales, etc.; contra los cuales y contra las acideces saburrales tan frecuentes en los niños de poca edad sirven muy bien los absorbentes, los escitantes suaves aromáticos y carminativos, los vomitivos y los purgantes suaves. El uso de estos dos últimos medios requiere sin duda, como las demás medicaciones, prudencia y moderacion; pero debe advertirse que en la niñez ofrecen menos inconvenientes y mayores ventajas que en las demás edades, ó por lo menos que en aquella se hallan mas á menudo indicados. El vómito se produce fácilmente sin fatigar ni irritar demasiado al estómago, cuya susceptibilidad hace no obstante que la perturbacion sea bastante profunda para que queden luego modificadas ventajosamente con los eméticos ciertas afecciones de este órgano. Los purgantes tienen una influencia análoga que puede ser muy eficaz, aunque se usen los mas suaves y á cortas dosis. La ipecacuana es el mejor emético para los niños, y el ruibarbo el mejor purgante porque no debilita, como la mayor parte de los evacuantes, y ejerce una accion tónica y fortificante. Por fin, en razon á la debilitacion que ocasionan, los evacuantes son á menudo muy preferibles á los antiflojísticos propiamente dichos, porque su efecto, siendo menos duradero, es sin embargo pronto y suficiente para cortar el progreso de las enfermedades sin atacar el elemento esencial de las fuerzas del organismo, ni los principales medios de su reparacion.

3.º El aparato circulatorio es el que desempeña en la infancia sus funciones con mayor perfeccion, y asi sus enfermedades son muy raras. Sin embargo todo induce á creer que

los flúidos que contiene son muy susceptibles de experimentar las modificaciones morbosas que jeneralmente se consideran en el dia como causas productoras ó al menos predisponentes de las diáteses inflamatoria, serosa, tuberculosa y escrofulosa. No obstante no debe exajerarse la importancia ni la frecuencia de la primera de estas diáteses, pues es mucho mas rara de lo que pudiera creerse atendiendo á algunas apariencias. La riqueza de la sangre de los niños es muy necesaria para su nutricion, y por lo mismo deben emplearse con mucha reserva las evacuaciones sanguíneas, y cuando son indispensables se deberá echar mano, lo mas pronto posible, de los medios que pueden reparar las pérdidas que han ocasionado. Hallándose pues indicadas solamente las sangrias para los casos de inflamacion grave, parece inútil decir que están contraindicadas en las otras diáteses de que hemos hablado; teniendo presente que las pérdidas de sangre en todas las edades pueden favorecer las hidropesías, el estado clorótico, las escrófulas y las enfermedades tuberculosas. Puede establecerse como principio jeneral, con respecto á la infancia, que es infinitamente mas peligroso el excederse en el uso de las emisiones sanguíneas que el extremo opuesto.

4.º Por la escesiva impresionabilidad é irritabilidad del sistema nervioso que se nota en los niños, deben combatirse con premura tanto las afecciones puramente nerviosas, como las que son efecto de las congestiones sanguíneas del cerebro, y se debe tener muchísima reserva en el uso del opio, mayormente en la primera infancia. Aun despues de ella solo debe permitirse su uso en casos graves, como por ejemplo contra una diarrea rebelde, y aun se ha de administrar con precaucion. Despues de la segunda denticion son menos peligrosos los opiados, pero todavía deben prescribirse con prudencia. En la infancia es preferible en jeneral su administracion por absorcion cutánea ó en lavativa y siempre se han de dar en corta dosis. Sin embargo no deben proibirse siempre los estupefacientes en la infancia, pues que entre ellos, los que suministra la familia de las solanáceas sirven con mucha ventaja contra ciertas neuroses, como la coqueluche, etc.

5.º De la considerable actividad que se nota en los niños en la absorcion y exalacion cutáneas podemos aprovecharnos en

su terapéutica aplicando en la piel muchos medicamentos que obran bien por absorcion y que pudieran ser nocivos si se introducian en el canal digestivo; y valiéndonos á tiempo de los diaforéticos, que son muy útiles en muchas enfermedades y en particular en aquellas en que hay expansion de la accion vital hácia los tegumentos, como en las calenturas eruptivas. Por otra parte en atencion á la sensibilidad de la piel, que se halla muy desarrollada en los niños, cuando se necesita la aplicacion de algun revulsivo deben aplicarse los que causan menos dolor, pues que, en razon de la irritabilidad del sistema nervioso, el dolor es el mas inútil y el mas peligroso de todos los derivativos. La pérdida del calor animal que en el hombre se efectúa por la piel, es en los niños muy pronta y muy fácil; lo que es un hecho de mucha importancia cuyas consecuencias para la terapéutica pueden conocerse con facilidad.

6.º Debe tenerse muy presente en la práctica de las enfermedades de la infancia la accion enérgica de las simpatías que con tanta frecuencia se desarrollan en ellos, ya con respecto al diagnóstico, para distinguir cuidadosamente las lesiones orgánicas y primitivas de las que son simpáticas y secundarias; ya por lo que toca al tratamiento, porque en muchos casos deben estas combatirse directamente, pues su sola persistencia puede hacer temer una terminacion inmediatamente funesta ó su transformacion en otra enfermedad mucho mas grave por afectar á algun órgano mas interesante. Por otra parte en la terapéutica pueden proporcionarse felices efectos de las simpatías, pues que promoviéndolas espresamente, puede mejorarse el estado de un órgano enfermo, modificando el de otro que está sano. Apesar de que la mayor parte de los autores han exajerado ó interpretado mal las simpatías reciprocas del estómago y del cerebro, sin embargo el práctico debe tenerlas siempre presentes en las enfermedades de los niños.

Con respecto á la higiene de los niños debemos decir que es mucho mas difícil que en las demás épocas de la vida, siendo sin embargo tan interesante como en ellas. Asi como en el período de estado de la vida, el objeto de la higiene es la conservacion de los órganos ya formados, en la niñez versa además en su desarrollo y perfeccion, que deben dirigirse y favorecerse insiguiendo las leyes de la naturaleza. En el orden

natural, la vida vejetativa precede al ejercicio de las funciones relativas; de modo que estas no se desempeñan perfectamente hasta que se efectúa como corresponde la nutricion; y esta se perturba, perjudicando notablemente á la salud del niño, si se provocan aquellas prematura é imprudentemente; lo que debe tenerse muy presente.

No nos detendremos en la esplicacion de las reglas de higiene aplicables á cada una de las funciones en particular; pero vamos á indicar un principio jeneral del que puede deducirse fácilmente la aplicacion de la higiene especial de los niños.

El desarrollo de los órganos presenta períodos de transicion, algunas veces muy rápidos, y períodos intermedios, en los cuales aquel es mas lento y mas gradual. Los primeros son mas peligrosos y mas difíciles y requieren mayor cuidado.

Pueden reducirse á dos preceptos jenerales todos los medios propios para cumplir con el indicado objeto. El 1.º consiste en apresurar el desarrollo y perfeccion de los órganos en los períodos intermedios, á fin de que se hallen en mejor disposicion para luchar contra las causas perturbatrices mas activas que les esperan en los de transicion; y el 2.º consiste en moderar el desarrollo en estos, para que la transicion sea mas insensible, y aquel se efectúe con regularidad.

No puede considerarse como completo ó concluido un período de transicion hasta que el organismo ha contraido el hábito de las condiciones en que se halla nuevamente colocado: asi es que, si bien es verdad que la transicion de la vida intra-uterina á la extra-uterina se efectúa en el acto de nacer, sin embargo no se ha concluido hasta la edad de dos ó tres meses, en la cual el organismo del niño ha contraido el hábito de resistir los agentes exteriores que le rodean. En esta época entra el niño en un período intermedio, durante el cual debe prepararse oportunamente para el otro de transicion que debe experimentar en la época de la denticion y del destete. Con este objeto debe empezarse á habituarlo al uso de alimentos artificiales; debe permitírsele un ejercicio mas libre de sus músculos; se le ha de habituar gradualmente á las variaciones de temperatura y á la humedad de la atmósfera; se ha de procurar la actividad de las calorificaciones por los medios capa-

ces de aumentar la tonicidad y la reaccion del sistema cutáneo, y por fin deben aumentarse tambien gradualmente el número y la fuerza de las impresiones de los sentidos que hasta esta época se han procurado disminuir. A medida que se aproxima el período de transicion se amortigua, si así puede decirse, este desarrollo artificialmente acelerado, de lo que resulta que los hábitos se consolidan, se aumentan las fuerzas estáticas del organismo, y en una palabra todas las condiciones son favorables al niño para que pueda acabar de pasar de una vida parasita á otra que es completamente independiente. Por último cuando yase ha efectuado esta transicion debe dejarse que descanse el niño hasta que se haya habituado á su nuevo estado, antes de pasar á prepararlo para la otra transicion que debe experimentar; lo que se logra siguiendo un órden análogo al que acabamos de describir.

Para manifestar la influencia de la edad en las enfermedades de los niños recojió Barrier una porcion de datos estadísticos en el hospital de niños enfermos de París, de los cuales deduce las oportunas consecuencias. No nos detendremos mucho en esta parte de la obra de Barrier, en obsequio de la brevedad que nos hemos propuesto en este compendio, y además porque, como ya indica el autor, no pueden deducirse de dichos datos consecuencias exactas y completas para la práctica particular por diferentes razones, entre las cuales citaremos las principales. Estas son el haberse recojido solamente aquellos datos en los dos trimestres de primavera y verano, por lo que faltan los que corresponden al otoño é invierno para que sea completo el resultado de ellas; el que se han recojido en un hospital en que solo se admiten los niños desde los dos años hasta catorce y por consiguiente nada sabemos de los dos primeros años de la infancia; el que por lo regular no van á un hospital sino los niños que se hallan afectados de una enfermedad grave, pues por una lijera los padres no suelen desprenderse de cuidarlos aunque sean pobres; el pertenecer todos los niños que van al hospital á la clase menesterosa, en la cual no se tiene cuidado alguno con la higiene; el que en un hospital es siempre mayor la mortandad por las causas que son conocidas de todos los prácticos, etc. Sin embargo vamos á copiar las notas estadísticas de Barrier

de las cuales se podrán deducir fácilmente las oportunas consecuencias; pero antes debemos advertir que este autor divide las enfermedades que ha observado en los niños en las cinco clases siguientes:

1.ª Enfermedades del pecho ó de los aparatos respiratorio y circulatorio, entre las cuales comprende además todos los casos de tuberculacion mas ó menos jeneral, excepto la meningitis tuberculosa cuando se observa en individuos cuya caquexia tuberculosa se halla todavía latente en el principio de la afección cerebral, en cuyo caso la coloca entre las enfermedades de los centros nerviosos:

2.ª Las enfermedades del abdomen ó sea del aparato digestivo y de sus órganos anexas; y entre ellas cuenta todos los casos de calentura tifoidea:

3.ª Las enfermedades de los centros nerviosos y de sus membranas:

4.ª Las enfermedades de los órganos de los sentidos, entre las cuales cuenta todas las calenturas eruptivas como afecciones de la piel:

La 5.ª comprende todas las enfermedades que no tienen cabida en las demás.

Nota de los enfermos admitidos en el espresado hospital desde 1.º de Abril á 1.º de Octubre de 1838.

Existentes en el dia 1.º de Abril.....	32.
Admitidos. En Abril.....	58.
— En Mayo.....	67.
— En Junio.....	60.
— En Julio.....	69.
— En Agosto.....	72.
— En Setiembre.....	54.

Son 412.

De este número estrae Barrier 33 niños, en los cuales no pudo conocer enfermedad alguna, ya fuese que se hubiesen curado cuando los examinó en el dia siguiente á su entrada en el hospital, ya porque no estuviesen realmente enfermos. De los 379 niños realmente enfermos, 254 han tenido cada uno una sola enfermedad, al paso que los 125 restantes han tenido cada uno muchas afecciones á la vez hasta llegar á la suma de 322; ha observado pues en dichos meses 576 enfer-

medades de las cuales 245 pertenecian á la 1.^a clase; 122 á la 2.^a; 40 á la 3.^a; 119 á la 4.^a, y 50 á la 5.^a

Enfermedades de la 1.^a clase:

Pneumonia.	83 casos.	Pleurodinia.	5.
Tubérculos.	61.	Larinjitis.	3.
Bronquitis.	48.	Enf. del corazon.	5.
Coqueluche.	19.	Pericarditis.	2.
Pleuresia.	16.	Flebitis.	3.
	<u>227.</u>	Total.	<u>245.</u>

Enfermedades de la 2.^a clase:

Diarrea.	54 casos.	Denticion laboriosa.	4.
Fiebre tifoidea.	24.	Peritonitis.	5.
Anjina.	14.	Ictericia espasmódica.	1.
Enf. inflamatorias y } saburrales.	10.	Ascitis esencial.	1.
Vermes.	2.	Nefritis albuminosa.	1.
Cólico metálico.	2.	Úlceras del duodeno } seguidas de he- } morrajias mortales }	1.
Estomatitis.	3.		
	<u>109.</u>	Total.	<u>122.</u>

Enfermedades de la 3.^a clase:

Meningo-encefalitis simple.	3 casos.		14.
— — — — — tuberculosa.	10		14.
— — — — — hemorrájica.	1		
Pseudo-meningitis.	3.	Contractura aguda.	3.
Hidrocefalo crónico.	2.	Conjestion cerebral simple.	6.
Apoplejia meníngea.	1.	Afecciones nerviosas ir- } regulares ó anómalas. }	3.
Eclampsia.	8.		
	<u>14.</u>	Total.	<u>40.</u>

Enfermedades de la 4.^a clase:

Serampion.	28 casos.	Urticaria.	1.
Escarlatina.	25.	Miliar.	2.
Viruelas.	22.	Herpes.	1.
Oftalmía.	18.	Pénfigo.	1.
Eritema simple.	3.	Púrpura.	2.
— nudoso.	6.	Coriza grave.	3.
Erisipela facial.	3.	Otorrea.	4.
	<u>105</u>	Total.	<u>119.</u>

Enfermedades de la 5.^a clase:

Hidropesia (lo mas á menudo ligada á la escarlatina)	14.
Calenturas esenciales continuas ó intermitentes.	10.
Abscesos consecutivos á otras enfermedades.	6.
Escrófulas con otras enfermedades agudas.	3.
Dolores saturninos en los miembros.	2.
Hemorrajias por muchos órganos.	1.
Reumatismo.	3.
Anemia.	2.
Flegmon.	2.
Afecciones lijeras mal determinadas.	7.
	<u>Total. 50.</u>

Nota relativa á la época de la infancia en qué se observan mas enfermos:

De dos á cinco años.	119.
De cinco á ocho.	67.
De ocho á once.	62.
De once á quince.	131.
	<u>Total. 379.</u>

Para apreciar cuales son las enfermedades mas frecuentes en cada una de las épocas de la niñez, relativamente á las clases en qué las divide, tomé Barrier por tipo el núm. 100 conforme al cual corresponden á las enfermedades de la 1.^a clase 42 casos; á las de la 2.^a 21; á las de la 3.^a 7; á las de la 4.^a 21 y á las de la 5.^a 9. Dividiendo despues la infancia en tres períodos, de los cuales el 1.^o es de 2 á 5 años; el 2.^o de 5 á 8, y el 3.^o de 8 á 15; y observando despues 100 enfermedades en cada uno de estos períodos alcanzó el resultado siguiente:

Enfermedades observadas en el		
Período 1. ^o	Id. en el 2. ^o	Id. en el 3. ^o
De la 1. ^a clase.	42.	46-50.
De la 2. ^a	22.	12.
De la 3. ^a	9.	6-50.
De la 4. ^a	21.	26.
De la 5. ^a	6.	9.
	<u>100.</u>	<u>100.</u>

Nota de las épocas de la infancia en qué se padecen con mayor frecuencia enfermedades simples ó complicadas:

Número de enfermos afectados de enfermedades			
	simples.	complicadas.	Total.
De 2 á 5 años.	48.	71.	119.
De 5 á 8.	45.	22.	67.
De 8 á 11.	46.	16.	62.
De 11 á 15.	145.	16.	131.
	254.	125.	379.

Nota de los enfermos que murieron en estas diferentes edades:

Edades.	Enfermos.	Muertos.
De 2 á 5 años.	119.	71.
De 5 á 8.	67.	25.
De 8 á 11.	62.	15.
De 11 á 15.	131.	25.
	379.	136.

En los 188 casos la curacion fué completa, y en 55 incompleta; debiendo notarse que si estos enfermos hubieran permanecido en el hospital hasta la total terminacion de su mal se habria visto que por lo menos la mitad de ellos hubieran muerto. De estos casos 20 pertenecieron á los niños de edad de 2 á 5 años y 35 de 5 á 15: en los primeros la enfermedad que les quedó con mayor frecuencia fué la afeccion tuberculosa.

Por lo que toca á la curacion completa, en 100 enfermos de 2 á 5 años se consiguió en 24 casos; de 5 á 8 en 50; de 8 á 11 en 60, y de 11 á 15 en 68; por lo que puede decirse que es mayor la probabilidad de curacion en los niños cuanto mas adelantan en edad.

Se deben considerar tres causas principales que hacen mayor la mortandad en los niños que en los adultos; la 1.^a es la mayor frecuencia de las enfermedades, que son mas graves por su naturaleza y su sitio; la 2.^a es la falta de identidad de naturaleza entre las enfermedades que jeneralmente se comparan entre los niños y los adultos, falta de identidad tal que, por su misma naturaleza, estas enfermedades son mas graves en los primeros; puede servir de ejemplo la pneumonia; la 3.^a consiste en las condiciones fisiológicas propias de la infancia.

CAPÍTULO PRIMERO.

DE LAS ENFERMEDADES DEL PECHO.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LA PNEUMONIA.

Todos los observadores de nuestra época han convenido en que la pneumonia presenta dos especies principales, muy diferentes entre sí en todos sentidos. De estas dos especies la una se conoce con el nombre de *pneumonia lobulillar* ó de los *lobulillos*, *consecutiva*, *secundaria*, ó *complicada*; y á la otra se le llama *pneumonia lobular* ó de los *lóbulos*, *franca*, *primitiva* ó *simple*. La primera es la mas frecuente y pertenece de una manera no esclusiva pero especial á la infancia (esceptuando los niños de teta), y solo se encuentra por escepcion en las demás edades. La segunda, idéntica en su naturaleza y análoga por la reunion de sus caracteres á la pneumonia comun de los adultos, es mas rara en los niños que la primera; y en ellos se le notan algunas diferencias que dependen de las condiciones fisiológicas de la infancia.

§ PRIMERO.

De la pneumonia lobulillar.

ANATOMIA PATOLÓGICA. Deben admitirse tres variedades en esta pneumonia. La 1.^a se conoce con el nombre de *pneumonia lobulillar diseminada*, la cual no puede confundirse con la lobular porque se halla caracterizada por núcleos de

Número de enfermos afectados de enfermedades			
	simples.	complicadas.	Total.
De 2 á 5 años.	48.	71.	119.
De 5 á 8.	45.	22.	67.
De 8 á 11.	46.	16.	62.
De 11 á 15.	145.	16.	131.
	254.	125.	379.

Nota de los enfermos que murieron en estas diferentes edades:

Edades.	Enfermos.	Muertos.
De 2 á 5 años.	119.	71.
De 5 á 8.	67.	25.
De 8 á 11.	62.	15.
De 11 á 15.	131.	25.
	379.	136.

En los 188 casos la curacion fué completa, y en 55 incompleta; debiendo notarse que si estos enfermos hubieran permanecido en el hospital hasta la total terminacion de su mal se habria visto que por lo menos la mitad de ellos hubieran muerto. De estos casos 20 pertenecieron á los niños de edad de 2 á 5 años y 35 de 5 á 15: en los primeros la enfermedad que les quedó con mayor frecuencia fué la afeccion tuberculosa.

Por lo que toca á la curacion completa, en 100 enfermos de 2 á 5 años se consiguió en 24 casos; de 5 á 8 en 50; de 8 á 11 en 60, y de 11 á 15 en 68; por lo que puede decirse que es mayor la probabilidad de curacion en los niños cuanto mas adelantan en edad.

Se deben considerar tres causas principales que hacen mayor la mortandad en los niños que en los adultos; la 1.^a es la mayor frecuencia de las enfermedades, que son mas graves por su naturaleza y su sitio; la 2.^a es la falta de identidad de naturaleza entre las enfermedades que jeneralmente se comparan entre los niños y los adultos, falta de identidad tal que, por su misma naturaleza, estas enfermedades son mas graves en los primeros; puede servir de ejemplo la pneumonia; la 3.^a consiste en las condiciones fisiológicas propias de la infancia.

CAPÍTULO PRIMERO.

DE LAS ENFERMEDADES DEL PECHO.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LA PNEUMONIA.

Todos los observadores de nuestra época han convenido en que la pneumonia presenta dos especies principales, muy diferentes entre sí en todos sentidos. De estas dos especies la una se conoce con el nombre de *pneumonia lobulillar* ó de los *lobulillos*, *consecutiva*, *secundaria*, ó *complicada*; y á la otra se le llama *pneumonia lobular* ó de los *lóbulos*, *franca*, *primitiva* ó *simple*. La primera es la mas frecuente y pertenece de una manera no esclusiva pero especial á la infancia (esceptuando los niños de teta), y solo se encuentra por escepcion en las demás edades. La segunda, idéntica en su naturaleza y análoga por la reunion de sus caracteres á la pneumonia comun de los adultos, es mas rara en los niños que la primera; y en ellos se le notan algunas diferencias que dependen de las condiciones fisiológicas de la infancia.

§ PRIMERO.

De la *pneumonia lobulillar*.

ANATOMIA PATOLÓGICA. Deben admitirse tres variedades en esta pneumonia. La 1.^a se conoce con el nombre de *pneumonia lobulillar diseminada*, la cual no puede confundirse con la lobular porque se halla caracterizada por núcleos de

hepatizacion poco voluminosos, aislados entre sí por porciones sanas y diseminadas en muchos puntos del pulmon.

La 2.^a es la *pneumonia lobulillar jeneralizada*, en la cual se conoce fácilmente la forma mamelonar si se examina el pulmon con la atencion debida; pues que se encuentran algunos núcleos pneumónicos diseminados entre los lobulillos sanos, y se vé que los diferentes lobulillos que constituyen un lóbulo, que parece totalmente ó en gran parte alterado, no lo están de la misma manera; lo que manifiesta, con los diferentes grados de esta alteracion, que la inflamacion se ha estendido desde algunos lobulillos aislados á los inmediatos. La 3.^a se llama *pseudo-lobular*, y se diferencia de la precedente en que se ha jeneralizado mas rápidamente y por lo mismo es mas difícil su distincion de la lobular; pero si se examina el pulmon afecto con la debida atencion, aunque presente la alteracion un aspecto uniforme, sin embargo se encuentran entremezclados con la masa pneumónica lobulillos estrangulados y otros hepatizados en rojo ó en gris, ó bien se hallan en diferentes puntos del pulmon algunos lobulillos enfermos, ya aislados, ya reunidos en grupos de dos, tres ó cuatro. Barrier, en 61 casos de *pneumonia lobulillar* que ha observado, la ha visto 6 veces diseminada, 46 jeneralizada y 9 pseudo-lobular.

Caracteres anatómicos de la 1.^a variedad. Cuando todos los lobulillos superficiales están sanos, el pulmon, considerado al exterior, parece sano; pero esto acontece muy pocas veces, y casi siempre se vé que algunos de estos lobulillos están un poco alterados. Entonces en el color gris-rosado natural del pulmon se observan manchas de un color rojo mas ó menos subido ó de un gris mas pálido y mas blanquecino que el de los lobulillos inmediatos. La pleura no toma parte en estas manchas, de modo que, aunque se despegue esta membrana, persisten aquellas, pues dependen evidentemente de los lobulillos enfermos. La forma y estension de estas manchas varian segun la forma de los lobulillos y segun se hallen afectados cuatro ó cinco que estén contiguos ó bien uno solo. El color rojo corresponde al atragantamiento ó bien á la hepatizacion roja, y el color gris-blanco á la hepatizacion gris de los lobulillos. Si se corta el pulmon se encuentran, entre los lobulillos sanos en su mayor parte, algunos que están afectados y for-

man manchas iguales á las de la superficie, variables por su color, forma y estension.

El parénquima del lobulillo puede hallarse alterado en diferentes grados; así es que á veces solamente está estrangulado por la sangre; entonces contiene aire, crepita y sobrenada si se le sumerge en el agua: este es el primer grado: puede hallarse hepatizado en rojo, y entonces ya no crepita, no contiene aire, se precipita en el agua cuando está bien aislado del tejido sano inmediato, dá á la presión un líquido sano y presenta una grande friabilidad: este es el segundo grado; y por fin puede hallarse hepatizado en gris y entonces se reconocen los mismos caracteres que en el caso precedente, escepto el color que es blanquecino ó amarillento, y el líquido suministrado por la presión que es mas blanco y puriforme: este es el tercer grado. En los dos últimos grados el parénquima hepatizado queda liso si se corta, pero si se desgarrá tiene el aspecto granuloso. El primero se conoce principalmente por el color, el tercero por la densidad y el segundo mas fácilmente por el color y la densidad. Esta es tan considerable que, antes de haber mirado la superficie del pulmon ó su interior descubierto por una seccion, se pueden conocer por medio del solo tacto unos pequeños nudos superficiales ó profundos, cuya naturaleza conoce fácilmente el que se halla versado en estas investigaciones, y raras veces se equivocan con tubérculos. Los núcleos pneumónicos regularmente están bien circunscritos y aun algunas veces contenidos en una especie de quiste fibro-celular, de manera que se les vé rodeados por todas partes por otros lobulillos muy sanos. Sin embargo en algunos casos al rededor de un lobulillo hepatizado se encuentran otros tres ó cuatro afectados ya de una inflamacion menos adelantada; entonces el núcleo es mas voluminoso y empieza á manifestarse la tendencia de la alteracion á jeneralizarse. Al contrario á veces un lobulillo no está sino parcialmente hepatizado, y entonces existe lo que se ha llamado *pneumonia vesicular* (Andral), especie de alteracion que se oculta á menudo á un observador superficial.

Existe pues la *pneumonia lobulillar* diseminada cuando cada núcleo pneumónico está formado, ya por un solo lobulillo parcial ó totalmente hepatizado, ya por un grupo de seis á

ocho, diez ó mas lobulillos que no pasa del tamaño de una nuez regular. Debe admitirse el paso de la primera á la segunda variedad cuando se hallan uno ó mas núcleos pneumónicos de una á dos pulgadas de diámetro por lo menos: porque entonces empieza la posibilidad de apreciar algunas señales físicas que eran enteramente inapreciables en las condiciones precedentemente espuestas (matitis, respiracion bronquial, broncofonia).

La estension de una pneumonia lobulillar diseminada no puede determinarse por el número de los lobulillos afectados. Este número casi no puede apreciarse sino aproximativamente. Si no pasan de diez, veinte ó treinta, es raro que pueda atribuirse la muerte á esta sola lesion. Si pasan de treinta ó cuarenta ya está generalizada la pneumonia en uno ó dos puntos, y por lo mismo no es solamente diseminada.

2.^a *Variedad.* Reservamos el nombre de pneumonia lobulillar generalizada á aquellos casos en los cuales hay por lo menos una masa pneumónica bastante estensa para modificar las condiciones físicas del pulmon relativamente á los sonidos pelsimétricos y estetoscópicos.

En esta variedad como en la precedente los lobulillos inflamados pueden estarlo en el primero, segundo ó tercer grado, presentando los caracteres propios de ellos. Considerada la masa pneumónica en su totalidad regularmente está mal limitada y en su circunferencia se confunde con los tejidos inmediatos; su forma es irregular y la inflamacion se irradia en diversos sentidos á desiguales distancias. Si se examina el interior de esta masa, se encuentra en ella en un punto céntrico la inflamacion mas adelantada que en la circunferencia, ó aun lo que es mas frecuente, quando la masa es voluminosa, se observa que contiene algunos núcleos secundarios esparramados, cuya alteracion está mas adelantada y que no son otra cosa que los lobulillos primitivamente afectados, separados entre sí por otros cuya alteracion no está tan adelantada, y aun alguno de ellos puede estar sano. A estos lobulillos sanos y á otros solamente estrangulados debe atribuirse la supernatacion de la masa pneumónica cuando se echa al agua. Si se quieren pues obtener señales de hepatizacion por medio de la docimasia pulmonar es preciso obrar siempre con pequeñas porcio-

nes de la masa pneumónica. A mas de lo dicho se encuentran en esta variedad en el resto del pulmon otros puntos inflamados menos estensos que la masa principal, y esto acaba de confirmarla.

3.^a *Variedad.* Con respecto á ella nos limitaremos á decir en este lugar que lo que la caracteriza es la existencia del elemento bronquial cuyas lesiones se encuentran en el cadáver, y diferentes síntomas que se observan durante la vida: de lo que hablaremos mas adelante.

De todo lo dicho se infiere que las alteraciones del parénquima pulmonar por atragantamiento ó por hepatizacion nada presentan en su naturaleza íntima que sea especial á la pneumonia lobulillar; siendo solamente su sitio mas ó menos diseminado lo que la distingue de la lobular franca: ningun carácter anatómico indica hasta el presente una naturaleza especial en ella ni la semejanza que se ha querido atribuir á la pneumonia lobulillar de los niños con la que se encuentra en la infeccion purulenta.

Terminacion por supuracion. La pneumonia lobulillar puede terminarse por supuracion presentándose de tres maneras que son: 1.^a La hepatizacion gris en la cual el pus se halla todavía combinado ó infiltrado en el parénquima; y esta es la mas frecuente y constituye un grado menos adelantado de las otras dos. 2.^a La abertura purulenta del lobulillo con comunicacion primitiva y siempre ancha de la cavidad purulenta con la del pequeño bróncio correspondiente, que se halla dilatado pero sin interrupcion en su continuidad, y parece que se ensancha para formar una pequeña cavidad purulenta. Esta forma tambien es frecuente y coexiste con la bronquitis capilar de la que depende: en ella la comunicacion de la cavidad purulenta con la del bronquio es primitiva sin lesion de continuidad en las paredes de este, y más consecutiva á una perforacion de sus paredes, como sucede en los verdaderos abscesos. 3.^a Abscesos propiamente dichos ó colecciones de pus primitivamente aislados y cerrados por todas partes, que solamente se comunican mas tarde con los bronquios por una perforacion de sus paredes que va de fuera adentro y está cortada perpendicularmente. Esta forma se observa rarisimas veces y por consiguiente es mucho mas frecuente la terminacion por supura-

cion de la pneumonia lobulillar sin que se formen abscesos propiamente dichos.

Alteraciones del parénquima pulmonar que coinciden con la pneumonia. Carnificación. Esta alteracion casi nunca es muy estensa; algunas veces es diseminada, á menudo está jeneralizada y ocupa con frecuencia el alrededor de la base del pulmon. Los lobulillos que tienen esta alteracion son de un color rojo violáceo y están circunscritos en la superficie del pulmon por unas líneas blancas que parecen formadas por la expansion del tejido celular que divide los lobulillos. Si se cortan quedan tambien rojos, lisos, densos y resistentes á la presion por medio de la cual se exprime un líquido seroso, sanguinolento que no contiene aire. Su tejido no crepita, no contiene aire y se precipita en el agua pero con ménos rapidez que en la hepaticacion, y á menudo flota entre dos aguas. Este tejido se parece á un músculo de fibras apretadas y poco distintas, ó mas bien al tejido del pulmon de un feto que no ha respirado, con la sola diferencia de que en este las vesículas pueden dilatarse por insuflacion al paso que en aquel parecen obliteradas.

Todaya no está bien demostrada la naturaleza de esta alteracion, y es probable que depende de una inflamacion aguda; pudiendo considerarse como una terminacion de ella por induracion. Apenas puede decirse que esta terminacion cura la pneumonia, pues que este tejido parece impropio para la respiracion y no puede restituirse al estado normal: por otra parte solamente se encuentra poco despues de haberse padecido la pneumonia, y las mas de las veces todavía se padece esta enfermedad, que se manifiesta en el cadáver con otros caracteres.

Enfisema. Es una lesion poco importante que, por lo comun, se encuentra en las vesículas y algunas veces al mismo tiempo en el tejido celular que hay entre los lobulillos; sus caracteres manifiestan que su origen es reciente y que depende simplemente de la tos.

Tubérculos. Hablaremos de ellos en su lugar.

Alteraciones que coinciden con la pneumonia fuera del parénquima pulmonar. Bronquios. El estado de los bronquios merece una atencion especial; porque nos parece que la altera-

cion de estos conductos existe siempre en la pneumonia lobulillar, y se necesita muchísimo cuidado para encontrarla cuando afecta solamente sus últimas ramificaciones. Para abrir los bronquios deben usarse unas tijeras muy finas que tengan una punta embotada y media ó una línea mas larga que la otra para que pueda servir de estilete conductor. Si se va cortando con cuidado y poco á poco se pueden seguir los bronquios hasta una muy corta distancia de la pleura, es decir, hasta el punto en que penetran en los lobulillos. Examinando sus últimas ramificaciones, se observa que están llenas de un moco puriforme y considerablemente dilatadas; pues que asi como en el estado normal son capilares, entonces pueden á menudo contener un estilete de mediano calibre, y aun algunas veces son del tamaño de una pluma de cuervo. Es mas difícil de hacerse cargo de su rubicundez, y del espesor y reblandecimiento de su tejido; pero aun en los casos en que esto no es posible bastan los caracteres dichos para probar la existencia de una afeccion catarral de los pequeños bronquios. A medida que el exámen se remonta á los bronquios de mediano calibre, la dilatacion es menos considerable relativamente al estado normal, y sin embargo en los mas de los casos puede apreciarse: contienen tambien casi siempre líquidos mucosos, puriformes y aun purulentos, y en ellos pueden observarse mas fácilmente la rubicundez, el aumento de espesor y el reblandecimiento de la membrana mucosa. Sin embargo estas últimas lesiones no son muy frecuentes, pero su falta no prueba que los bronquios estén sanos, sino que predomina el elemento catarral al inflamatorio; distincion que nos parece muy importante. En fin en los bronquios propiamente dichos, en la traquea y en la larinje raras veces se encuentran lesiones profundas, pues tan solo suelen hallarse algunas rubicundeces, un poco aumentado el grosor de la membrana mucosa ó del tejido fibroso de los bronquios, y tambien mucosidades en su interior.

De lo dicho se infiere que no se encuentra siempre en el cadáver la coexistencia de la bronquitis con la pneumonia lobulillar, pero que nunca faltan en ella los caracteres del catarro bronquial. En la 1.^a variedad de ella casi no puede hallarse un núcleo de hepaticacion al que no correspondan bron-

quios dilatados y llenos de mucosidades purulentas; en la 2.^a una parte de los lobulillos enfermos tienen relacion con los bronquios sanos, pero los mas de ellos corresponden á bronquios alterados; en fin en la 3.^a solo se hallan un corto número de lobulillos que se refieren á pequeños bronquios evidentemente alterados, dilatados y llenos de mucosidades; los mas están inflamados sin lesion de los bronquios correspondientes. Además se nota casi siempre que en ciertas porciones del pulmon en que no hay ningun lobulillo inflamado se hallan algunas ramificaciones de los bronquios con las alteraciones dichas; por consiguiente con respecto al sitio y estension no se observa una relacion exacta entre la pneumonia lobulillar, y el catarro de los pequeños bronquios.

Pleuras. En la autopsia de los niños pneumónicos se encuentran á menudo vestijios de una pleuresia antigua ó reciente. En los mas de los casos que se refieren á esta segunda clase las alteraciones son poco considerables y solo constituyen una lesion muy secundaria con la pneumonia. En otros casos, que son mucho mas raros en la proporcion de uno por diez, la pleuresia constituye la enfermedad principal.

Glándulas bronquiales. Algunas veces se encuentran en estado normal; en los mas de los casos se hallan voluminosas, reblandecidas y rojas, y en algunos contienen materia tuberculosa que se encuentra tambien entonces en el parénquima pulmonar.

El corazon, el pericardio y los grandes vasos jeneralmente están sanos. En algunos casos se encuentran vestijios de inflamacion en los centros nerviosos y sus membranas. Los órganos que se hallan mas á menudo afectados son los intestinos que, por lo comun, presentan vestijios de un catarro crónico. Estas alteraciones constituyen otras tantas complicaciones del mal que no debemos describir ahora.

Sitio de la pneumonia lobulillar. Esta pneumonia siempre afecta ambos pulmones, diferenciándose con esto de la lobular, y predomina casi siempre sensiblemente en uno de ellos; pero este predominio no se encuentra con mayor frecuencia ni en el derecho ni en el izquierdo.

La parte posterior del pulmón es el sitio de predileccion de esta pneumonia; las mas de las veces ocupa tambien la ante-

rior, pero no se halla en esta tan estensa ni tan adelantada: suele afectar á la vez el lóbulo inferior y el superior, pero es raro que no esté mas estensa, jeneralizada y adelantada en el inferior.

En la 2.^a variedad deben notarse algunas particularidades, con respecto al sitio, porque influyen en que no pueda diagnosticarse por medio de la percusion y auscultacion, ya porque la masa hepaticada no se halla en relacion con la pared costal del torax, como sucede cuando la pneumonia ocupa la superficie diafragmática del pulmon (*pn. diafragmática*), lo que se observa en algunos casos en los cuales, aunque sea bastante ancha la superficie inflamada, la inflamacion apenas se eleva á una pulgada; y tambien cuando se limita á la rejion del mediastino (*pn. mediastinica*); ya porque la porcion del parénquima pulmonar que está hepaticada es muy delgada y se halla colocada sobre porciones de pulmon que estando sanas pueden dar los sonidos normales. Esto sucede cuando la inflamacion se limita á lo largo de los bordes del pulmon (*pn. marginal*) y cuando ocupa solamente una porcion de su superficie, lo que sucede pocas veces (*pn. cortical*).

ETIOLOGIA. *Causas generales predisponentes y ocasionales.* La influencia de la edad es muy notable en esta afeccion; pues al paso que se observa con mucha frecuencia desde un año hasta á cinco ó seis, antes y despues de esta época muy pocas veces se encuentra y aun menos en las demás edades.

El temperamento linfático que tanto predomina en los niños y una constitucion delicada ó bien debilitada por enfermedades anteriores ejercen tambien una influencia muy marcada en ella; de modo que muy pocas veces la padecen los niños bien constituidos y robustos. Por lo que toca al sexo no parece ejercer predominio alguno.

La accion del frio, estando el cuerpo caliente, es una causa frecuente de la produccion del catarro bronquial y de su transformacion en pneumonia en los niños de cinco á seis años, en los cuales obra esta causa con mucha frecuencia de diferentes maneras, aunque siempre con menos energia y menos continuidad que en los adultos; porque no han de desempeñar las fatigas musculares que en estos desarrolla tanto el calor y ha-

ce mas brusca y mas enérgica la impresion del frio, por las precauciones propias de la solitud maternal.

La permanencia de los niños en un hospital es tambien otra de las causas mas frecuentes de la pneumonia en los niños de manera que de los 61 casos de esta afeccion observados por Barrier los 30 principiaron en el hospital, de los cuales por lo menos 18 ó 20 no se hubieran desarrollado si los niños se hubiesen encontrado bajo el influjo de mejores condiciones hijiénicas, y asistidos con cuidado. Entre estas causas la que considera mas poderosa para favorecer la produccion de aquella enfermedad es el decúbito dorsal prolongado, que puede producir una estancacion sanguínea en las partes mas declives del pulmon, y la detencion de mucosidades bronquiales en los conductos aéreos; siendo esto tanto mas favorecido por la edad cuanto menos es esta á causa de la debilidad y dificultad de la respiracion.

Queda arriba indicado lo mucho que puede influir en la produccion de esta pneumonia el haber padecido otras enfermedades, por la debilidad consecuente á ellas; pero además deben considerarse como causas productrices de la pneumonia lobulillar algunas enfermedades, á saber el catarro bronquial idiopático y todas aquellas afecciones con las que suele coincidir este catarro, ya sea por complicacion, ya sea como sintomático: entre ellas pueden citarse por ejemplo las calenturas eruptivas y en particular el serampion, la fiebre tifoidea, la coqueluche y los tubérculos. La influencia de esta última enfermedad puede obrar de dos maneras; pues que unas veces es directa, y entonces el tubérculo, obrando como un cuerpo extraño en el tejido inmediato, ocasiona su inflamacion; y en otras es indirecta y es cuando la bronquitis, que acompaña los tubérculos y resulta de su reblandecimiento supurativo, produce la pneumonia del modo que tenemos ya indicado. Por consiguiente en vista de todo lo que queda dicho podemos concluir en resumen que todas las causas productrices de la bronquitis idiopática ó sintomática predisponen á la pneumonia lobulillar y la determinan, si continúan obrando.

Causa próxima. Entre los autores que han hablado de la pneumonia lobulillar, unos dicen que su causa próxima es

desconocida, y otros afirman que todavia no se conoce completamente. Sin embargo, las condiciones anatómicas y fisiológicas del pulmon, propias del período de la infancia en qué es frecuente, no pueden considerarse como propias para la produccion de la forma lobulillar de la pneumonia; al paso que la observacion prueba que esta enfermedad está intimamente ligada en su desarrollo con la preexistencia de la bronquitis y particularmente de la que afecta á los pequeños bronquios, y en la cual está mas pronunciado el elemento catarral; por lo que debería mas bien dársele el nombre de *catarro de los pequeños bronquios*. Debe pues considerarse á este catarro como la causa próxima de dicha pneumonia: la inflamacion desde los bronquios pasa á los lobulillos, sea porque se propaga por continuidad de tejido, ó sobre todo por la estancacion de las mucosidades en las ramificaciones bronquiales mas declives. El obstáculo que resulta de esto para que pueda penetrar hasta los lobulillos el aire inspirado, favorece su infarto sanguíneo como por una especie de asfixia parcial. Y en efecto, esta pneumonia es mas frecuente en el período de uno á seis años, en el cual lo es tambien mucho mas aquella afeccion catarral que en los demás períodos de la vida, porque en aquel son tambien mucho mas frecuentes las calenturas exantemáticas, que muy á menudo la ocasionan, porque en los niños la mayor parte de las inflamaciones de las membranas presentan el carácter serpijinoso, y por la tendencia que en dicha edad tienen estas flegmasias para propagarse mas allá de su sitio primitivo, ya estendiéndose progresivamente por el mismo tejido, como por ejemplo el crup que á menudo se propaga hasta á las ramificaciones de los bronquios, ya manifestándose por simpatía en tejidos análogos, como el catarro que muchas veces se padece al mismo tiempo en la membrana mucosa de los intestinos, en la de los sentidos y en la de los bronquios. En los adultos las enfermedades que acabamos de citar permanecen mucho mas á menudo circunscritas en su sitio primitivo.

Por otra parte en el período de uno á cinco años las circunstancias anatómicas y fisiológicas del aparato respiratorio favorecen mas la estension del catarro de los pequeños bronquios hasta al tejido propio del pulmon; pues que el pequeño cali-

bre de los bronquios y de las células pulmonares hace que sea mas fácil su obliteracion luego que se depositan mucosidades en su cavidad ó que se inflaman sus paredes aunque sea ligeramente. Además en esta edad la respiracion es corta y superficial y por consiguiente el aire inspirado difficilmente puede penetrar por unos conductos estrechos y obliterados por líquidos viscosos y adherentes; la tos es poco frecuente y poco enérgica, sea por efecto de una sensibilidad primitivamente mas oscura de la mucosa bronquial, sea por la debilidad de las potencias expiratrices, sea por alguna otra causa que nos es desconocida. Estas condiciones que acabamos de considerar como propias para la producción de la pneumonia lobulillar obrarian aun mas enérgicamente en el primer año de la vida, en el cual sin embargo raras veces se observa aquella pneumonia porque se vé tambien rarísimas veces en los niños de esta edad el catarro de los pequeños bronquios, y por consiguiente aquellas condiciones no pueden influir en el desarrollo de la pneumonia porque falta esta causa principal.

Contra la opinion que acabamos de establecer y probar con respecto á la causa próxima de la pneumonia lobulillar, pudiera objetarse que, si era esta efecto constante de la bronquitis, deberían encontrarse constantemente inflamados todos los lobulillos correspondientes á las ramificaciones enfermas, lo que no se observa siempre, como hemos dicho en la página 21. Supongamos que se halla inflamado un conducto bronquial que, por sus divisiones y subdivisiones, forma treinta ramificaciones que corresponden á otros tantos lobulillos y que, en el principio, no están todos hepatizados y solo lo están cuatro, diez ó algunos mas, esto nada prueba contra la precitada opinion, en primer lugar porque no puede dudarse que entre aquellas ramificaciones debe haber algunas que se han afectado mas pronto y con mayor intensidad que las demás, y principalmente porque debe considerarse que, sea cual fuere la posición en que se halle el cuerpo del enfermo, entre aquellas ramificaciones las debe haber que son ascendentes, otras horizontales y otras descendentes, con respecto al ramo principal; y por consiguiente nadie dudará de que el moco que produce la flegmasia deberá estancarse mas fá-

cilmente en las unas que en las otras, segun cual sea su situacion; pues en las unas la gravedad hará que se dirijan las mucosidades por sí solas hácia el orijen del bronquio y se expectorarán con facilidad, al paso que en otras las precipitará hácia los lobulillos. Es evidente que el decúbito prolongado contribuye mucho al desarrollo de la pneumonia lobulillar, (v. p. 24.) y esta influencia obra de la manera que acabamos de indicar; pues que si así no fuese y obrase en los niños como en los adultos que padecen una calentura tifoidea ó en los viejos, es evidente que no produciría una pneumonia lobulillar sino la que se llama *hypostática*, cuya forma es verdaderamente lobular, pues la estancacion sanguinea que la ocasiona se difunde en todas las partes declives del pulmon.

Se dirá tal vez que las lesiones que se encuentran en el cadáver propias de las dos enfermedades mencionadas no prueban, como tampoco otra cosa alguna, que la bronquitis preceda siempre á la pneumonia y no *vice-versa*; pues la inflamacion puede estenderse tambien, con igual facilidad, del pulmon á los bronquios: pero esta objecion es poco fundada y se refuta fácilmente si se atiende á que en algunos casos se observa una bronquitis bien caracterizada á la cual no sigue sin embargo la pneumonia, y principalmente que si los síntomas propios de la bronquitis, que á menudo se ven continuar durante muchas semanas, fuesen consecutivos á la pneumonia, en el cadáver de los niños que sucumben despues de dos ó tres meses de enfermedad deberían encontrarse lesiones anatómicas que manifestasen la larga duracion de la pneumonia como abscesos, induraciones, etc., y sin embargo casi nunca se observa así, y solo se halla la hepatizacion roja ó gris que manifiestan que la pneumonia no data mas que de quince á veinte dias. Esto y el considerar que de uno á seis años rarísimas veces se observa la pneumonia lobular, porque en esta edad pocas veces obran las causas mas propias para producirla, no dejará duda acerca la nulidad de esta objecion. En efecto el frio, cuando obra con intensidad sobre el cuerpo caliente, suele ocasionar una pneumonia, y al contrario si obra con menor energía ó menos continuidad produce mas fácilmente una bronquitis; y es sabido que en los niños debe obrar el frio con menor energía (v. páj. 23).

SINTOMATOLOGIA. Sintomas locales. Es muy difícil de apreciar el dolor y sus caracteres en los niños de poca edad, lo que no sucede cuando ya tienen mas de cinco ó seis años, en los cuales ya pueden notarse; y entonces se observa que en esta pneumonia por lo regular el dolor no está circunscrito ni es un poco vivo, como suele suceder en la lobular, sino que es difuso, ocupa la rejion diafragmática y solo lo aqueja el niño cuando tose ó inspira con alguna fuerza.

La tos no puede hacer conocer el principio de la pneumonia porque ya acompaña al catarro que la precede; sin embargo puede indicarlo porque suele aumentarse sensiblemente á medida que va progresando la inflamacion hasta que el enfermo va perdiendo las fuerzas; en cuyo caso se va debilitando, y á veces desaparece en los últimos días que preceden á la muerte. En algunos casos muy raros falta totalmente la tos antes de la pneumonia y aun durante ella, y entonces puede permanecer latente sino la descubren otros síntomas: esto acontece en niños primitivamente debilitados y en aquellos en quienes se prolonga mucho el decúbito dorsal. Solo se efectúa la tos por accesos ó se hace ronca cuando hay alguna complicacion, como la coqueluche, la larinjitis, el crup, etc. Por lo regular la tos es húmeda, pero casi nunca se pueden apreciar los caracteres de los esputos, porque los niños se los tragan: en algunos casos presentan el carácter pneumónico, siendo mucosos, viscosos, espesos y un poco amarillentos; pero por lo comun la espectoracion es simplemente catarral y no tiene carácter alguno particular. Cuando no hay complicacion alguna en los órganos respiratorios, la frecuencia de la respiracion es relativa á la estension de la pneumonia y de la bronquitis que siempre la acompaña. Cuando los demás síntomas no manifiestan que la pneumonia es muy considerable, se puede presumir que la bronquitis es estensa y grave, y *vice-versa*, si la respiracion es muy frecuente: á veces lo es mucho hasta llegar á 50, 60, 80 ú 85 inspiraciones por minuto. Hay algunas complicaciones que ocasionan esta frecuencia escensiva de respiracion, sin que dependa solamente de la pneumonia y bronquitis, entre las cuales debemos citar el derrame pleurítico, los tubérculos y los abscesos del pulmon, (mayormente si estos se han abierto en la pleura ocasionando un pneumo-torax)

el edema y el enfisema del pulmon, el crup, el raquitismo del torax y las afecciones cerebrales eclamptiformes. Además debe examinarse si la respiracion es superficial ó profunda, si es fácil ó dificultosa, costal ó abdominal, regular ó irregular; porque, en jeneral, cuanto mas frecuente, profunda y angustiosa es, tanta mayor estension y gravedad del mal indica. Sin embargo debe tenerse presente que, en los niños, muchas veces se vé que se acelera la respiracion durante algunos instantes sin que se pueda conocer la causa de ello, y luego se vuelve mas lenta; de manera que es necesario observar al enfermo diferentes veces, y sobre todo se debe tener cuidado en no atribuir á la enfermedad una aceleracion momentánea de la respiracion que solamente sea efecto de una impresion moral. Los Sres. Rilliet y Barthez dicen que han observado verdaderos accesos de sufocacion cuando complica á la pneumonia un derrame torácico: Barrier no ha observado este síntoma y no cree que se hubiese escapado á su observacion si hubiera sido bien pronunciado.

Señales fisicas. 1.ª Variedad. En ella la percusion solo proporciona resultados completamente negativos y la auscultacion señales por lo menos equívocas. En esta variedad nunca es apreciable la matitis, y si alguna vez lo es no resulta de los puntos diseminados y poco voluminosos de hepatizacion, sino de alguna complicacion como un derrame, etc. Sin embargo algunas veces ha observado Barrier una matitis bastante estensa en una parte del pulmon en la cual solamente se han hallado despues en la autopsia algunos puntos hepatizados, y cree que esto puede depender de una estrangulacion pasajera producida de una manera difusa al rededor de algunos lobulillos hepatizados, á la cual no siga la hepatizacion; y aunque es producida en su principio por la atraccion conjestiva ejercida por los lobulillos hepatizados, se disipa de un día al otro como si el pulmon se habituase á la presencia de esas verdaderas espinas inflamatorias que representan los lobulillos enfermos.

Los estertores que se perciben en esta variedad son en jeneral los de la bronquitis. El mucoso y el sub-crepitante son los mas comunes. Pueden percibirse tambien el sonoro y el silbante: el crepitante raras veces se siente ó por lo menos casi

nunca es puro, y casi siempre va unido con el mucoso ó el subcrepitante. No se percibe tan evidentemente como en la pneumonia lobular, porque por lo regular se halla ofuscado por otros estertores, y por otra parte, cuando es puro, se conoce que las ampollitas aunque son muy finas no son numerosas. Se oye en diferentes puntos del pecho separados entre sí por intervalos, en los cuales la respiracion es pura ó está mezclada con otros estertores. Algunas veces se percibe en una estension bastante grande de la misma rejion y corresponde á una semi-matítis: en los casos que acabamos de indicar se manifiesta una estrangulacion difusa al rededor de algunos núcleos pneumónicos. Cuando esta estrangulacion persiste, pasa á hepatizacion y la pneumonia pasa á la 2.^a variedad; pero otras veces la estrangulacion es pasajera, dura uno ó dos dias y se desvanece espontaneamente ó por efecto del tratamiento; de manera que la pneumonia permanece definitivamente en su estado lobulillar diseminado.

A mas de los estertores, algunas veces se percibe fácilmente una disminucion en el ruido de expansion vesicular. La respiracion bronquial y la broncofonia faltan siempre. Se vé pues que todas las alteraciones del ruido respiratorio están mucho mas en relacion con el elemento bronquial de la pneumonia que con su elemento parenquimatoso. Sin embargo, á medida que se observa que se añaden ó suceden al estertor mucoso y al sonoro el sub-crepitante ó el silvante, se debe temer la inminencia de una pneumonia; y si estos signos persisten durante algunos dias, debe considerarse que ya existe esta enfermedad. Por fin, es muy interesante el estertor crepitante que casi asegura la existencia de la pneumonia; pero los niños de poca edad respiran tan mal que no se le oye en todos los casos en que es probable que debería hallarse si la respiracion fuese mas dilatada y mas profunda. La disminucion del ruido respiratorio no ofrece mucho interés, porque puede depender lo mismo de la obstruccion de los bronquios por mucosidades, como de su hepatizacion diseminada. Rilliet y Barthez dicen que han reconocido la respiracion bronquial y diseminada, ó bien un ruido de soplo en la sola espiracion; pero tal vez en estas investigaciones hubo alguna sutilidad acústica, que raras veces puede conseguirse en la práctica.

2.^a Variedad. Como siempre la precede la primera variedad, solamente se observan en aquella durante algun tiempo los signos que á esta pertenecen: pero cuando la inflamacion se ha jeneralizado y se va estendiendo de modo que ya ocupa una parte considerable ó la totalidad de un lóbulo, á mas de los estertores bronquiales, se observa el crepitante ó vesicular, la respiracion bronquial, la broncofonia y el sonido mate á la percusion. Sin embargo estos signos, con los cuales no puede desconocerse la pneumonia, no son siempre evidentes, á pesar de que se hallen despues bien manifiestas en el cadáver las condiciones físicas que al parecer deberían haberlos producido. Estos casos, aunque son escepcionales, son tan frecuentes que merecen una grande atencion, porque ofuscan el diagnóstico.

Como hemos dicho, el estertor crepitante no se siente siempre en los casos en que es probable que debería notarse. Puede ser aun muy difícil de percibir la misma respiracion bronquial cuando, habiendo en los bronquios una cantidad grande de líquido, se halla aquella ofuscada por el estertor mucoso y el sonoro: este último se encuentra sobre todo en casos de coqueluche un poco antigua. En esta enfermedad los bronquios de segundo orden presentan regularmente una dilatacion considerable, y si su membrana mucosa segrega muchos líquidos, resulta de ello no solamente un estertor mucoso abundante sino un verdadero murmullo que no deja percibir la respiracion bronquial. Por otra parte, aun cuando esta se siente, no tiene siempre caracteres tan evidentes que no puedan atribuirse á la dilatacion de los bronquios. En los niños, la broncofonia tiene muy poco valor para que pueda diagnosticarse con ella la pneumonia lobulillar jeneralizada. La matítis solo es sensible cuando la masa hepatizada tiene un cierto volumen; pero con mucha frecuencia es de grande recurso. Cuando se encuentra la matítis y hay motivos para creer que la respiracion bronquial se halla solamente ofuscada y no falta, aquella constituye un excelente medio para conocer la existencia de la pneumonia. Sin embargo debe ponerse mucho cuidado en no confundirla con la que depende de un derrame, lo que no será fácil si se atiende que esta es siempre mas completa, absoluta y se siente en la parte declive;

al paso que la primera es incompleta, relativa y no siempre se siente en la parte baja del pulmon; y además se encuentra con bastante frecuencia á derecha é izquierda, al paso que el derrame pleurítico casi siempre es unilateral.

Se vé pues que la pneumonia lobulillar jeneralizada puede hallarse bien caracterizada en el cadáver sin que haya producido durante la vida un diagnóstico bien fácil por medio de los señales físicos. En algunos casos estos signos son aun menos apreciables á causa del sitio del mal (v. páj. 23); pero, apesar de estas escepciones importantes, puede decirse que la mayor parte de las pneumonias lobulillares jeneralizadas no transcurren todos sus períodos ni ocasionan la muerte sin que se hayan manifestado antes por medio de los señales físicos, propios para establecer un diagnóstico cierto.

3.^a *Variada.* En ella la percusion y la auscultacion presentan todas las ventajas de que disfrutan para el conocimiento de la pneumonia comun de los adultos porque proporcionan datos muy característicos y de una naturaleza poco equívoca: asi es que se aprecia fácilmente la matitis pneumónica, la respiración bronquial, la broncofonia, un estertor crepitante que, sino es constante, por lo menos es muy frecuente. Con estos señales tan evidentes no puede desconocerse la forma lobular aparente de la enfermedad, pero por lo regular se añaden á ellos otros ruidos que anuncian que el elemento bronquial no se halla completamente ofuscado por el parenquimatoso: asi es que se perciben casi siempre los estertores sub-crepitante y mucoso mas ó menos abundantes, ora en los mismos puntos que el crepitante y los demás ruidos pneumónicos, ora en otros puntos del pulmon en quienes no hay hepatizacion de forma lobular; asi es que bastaría este solo carácter para distinguir la pneumonia pseudo-lobular de la que lo es primitiva y verdaderamente; pero además debe tenerse presente que aquella siempre ó casi siempre es doble, al paso que la última ó sea la que es lobular sin elemento bronquial primitivo es mas á menudo unilateral que doble.

De lo dicho pueden deducirse las consecuencias que vamos á manifestar:

La percusion es absolutamente negativa mientras no hay mas que bronquitis, en casi todos los casos de pneumonia lobu-

llillar diseminada y en muchos de la jeneralizada; pero proporciona una matitis pneumónica en un corto número de casos de pneumonia lobulillar diseminada, en los cuales sobreviene una estrangulacion difusa pasajera al rededor de los núcleos hepatizados, en la mayor parte de los casos de pneumonia lobulillar jeneralizada y en todos los de pneumonia pseudo-lobular.

Los estertores mucosos y los secos preceden la pneumonia, las mas de las veces la acompañan durante toda su duracion, y pueden permanecer despues de su resolucion. Su intensidad y su presencia están en relacion con las del elemento bronquial, mientras que este elemento ocupa solamente las divisiones bronquiales de primero y segundo orden; pero cuando se ha estendido á sus últimas divisiones sobreviene el estertor sub-crepitante, el cual, cuando existe á lo menos despues de uno ó dos dias en una grande estension y con calentura, supone una pneumonia muy inminente ó aun desarrollada ya. En jeneral persiste y se modifica poco mientras duran las pneumonias diseminadas, de las cuales es uno de los mejores signos; y al contrario algunas veces está un poco ofuscado en las generalizadas, y falta enteramente en algunas pneumonias pseudo-lobulares.

El estertor crepitante, no pudiendo atribuirse sino á la estrangulacion del parénquima pulmonar, ó á la presencia de líquidos en las estremidades lobulares de los pequeños bronquios, sería un señal de la pneumonia sumamente exacto, porque la hepatizacion es una consecuencia casi necesaria de la una ó la otra de estas dos alteraciones cuando continúan por algun tiempo; pero este signo no puede apreciarse tan bien en los niños como en el adulto, ya sea por la corta duracion natural de la respiracion en aquellos y por las dificultades que se hallan para hacer que hagan una inspiracion bien dilatada, ya sea por la coincidencia de otros ruidos respiratorios anormales. En los casos en que puede observarse si es diseminado, indica esto la forma lobulillar; y si está circunscrito á alguna estension manifiesta la jeneralizacion de la estrangulacion.

La respiracion bronquial nunca nos ha parecido bien apreciable en la pneumonia diseminada; se observa en la mayor

parte de las que están jeneralizadas y en todas las pseudo-lobulares. Si no se observan síntomas de un derrame y aquella se percibe en ambos pulmones ó en dos puntos de un mismo pulmon ó en un solo punto, no siendo este declive, puede considerársela como un señal cierto de una pneumonia en 2.º ó 3.º grado. Para apreciarla bien y distinguirla de la respiración pueril se necesita una sagacidad que algunas veces falta aun en los prácticos que se hallan mas versados en la auscultación. Por fin, en algunos casos los ruidos que se efectúan en bronquios dilatados pueden simularla ú ofuscarla completamente. La broncofonia hasta un cierto punto es natural á los niños, y por consiguiente poco puede servir como signo físico de sus afecciones; sin embargo en ciertos casos proporciona caracteres evidentemente morbosos, que indican una hepatización pulmonar algo estensa.

Los diferentes ruidos respiratorios que acabamos de mencionar están ligados unos al elemento parenquimatoso y otros al bronquial; los primeros son mas duraderos, mas fijos y mas semejantes de un dia al otro, y los otros son, al contrario, mas movibles, mas pasajeros y mas variables, si se examinan muchas veces en un mismo dia. Estos, siendo efecto de las mucosidades contenidas en los bronquios, pueden variar de un momento á otro segun se haga la investigacion antes ó despues de haber tosido el enfermo, segun la posicion de este, segun sea por la mañana ó por la tarde, etc.

Sintomas jenerales. Hábito exterior. La reunion de síntomas exteriores apreciables á simple vista nunca basta para hacer conocer una pneumonia; pueden sí indicar una afeccion aguda de pecho, pero no tienen carácter alguno especial que pueda hacer diferenciar la pneumonia de la pleuresia ó aun de la bronquitis simple. La cara presenta muchas variaciones, ora es pálida, ora sonrosada, ya abotagada ya no; algunas veces se vé una alteracion notable de las facciones un poco análoga á la que se observa en una calentura tifoidea; la fisonomía está abatida, lánguida y aletargada. Coincide con estos caracteres la dilatación de las alas de la nariz, que es tanto mayor cuanto mas acelerada y mas alta es la respiracion. Por fin, algunas veces se nota con mucha prontitud el enflaquecimiento en la cara; pero por lo comun es mas rápido y mas

considerable en los miembros. La *facies* propia de la pneumonia puede presentar dos formas diferentes. La primera, que es propia de las que siguen una marcha aguda en sujetos que no se hallan muy debilitados por enfermedades anteriores, consiste en un estado de abotagamiento con un cierto grado de renitencia de las carnes, una coloracion difusa poco marcada, pero muy diferente de la verdadera palidez, y un aspecto de estupor ó á lo menos de entorpecimiento. La segunda, que se observa sobre todo en los niños debilitados, hácia el fin de la pneumonia, ó en el curso de las que son poco agudas, consiste en una palidez muy marcada y en un abotagamiento flácido que algunas veces coincide con la anasarca, ó á lo menos con el edema de las estremidades. Relativamente al decúbito suele ser dorsal, y no se repara que los enfermos se hallen mejor segun estén de un lado ó del otro; lo que seguramente depende de qué, por lo comun, la pneumonia es doble.

Circulacion. La calentura varía mucho en su intensidad y en su duracion. Desde los casos en que acompañan á los primeros síntomas de la pneumonia un calor intenso en la piel y una frecuencia del pulso que dá 140, 160 y 180 pulsaciones por minuto hasta aquellos en que solamente dos ó tres dias antes de la muerte se observa un débil movimiento febril, existen todos los intermedios. La calentura, en jeneral, es mas intensa en las pneumonias que se desarrollan durante el curso de una calentura exantemática, á la cual debe atribuirse entonces en mucha parte; pero, prescindiendo de este caso, por lo regular se halla en relacion con la estension de la inflamacion de los bronquios y de los lobulillos. Solo en los niños muy debilitados puede suceder que algunas veces una hepatización bastante estensa no vaya acompañada sino de una mediana frecuencia del pulso (100, 110), con aumento de calor de la piel ó sin él. En los mas de los casos, durante dos ó tres dias aumentá la frecuencia del pulso, y luego se mantiene á corta diferencia en el mismo grado, ó bien se disminuye un poco bajo la influencia del tratamiento; si la terminacion es feliz continúa la disminucion; pero si ha de sobrevenir la muerte, durante los últimos dias de la vida, el pulso se vuelve mas frecuente y á veces hasta un grado enorme; pero en este último

período nunca es aquel lleno y fuerte ni va acompañado de calor como en el principio del mal y en el período de estado, sino que es muy pequeño y débil, y no hay calor en la piel. En los niños no se nota la regularidad que se observa en la pneumonia de los adultos entre el número de inspiraciones y el de las pulsaciones: por lo jeneral, por cada respiracion, el número de las pulsaciones varía de dos á tres, así como en los adultos, por lo comun, se hallan en relacion de una á cuatro. Por otra parte la aceleracion del pulso coincide casi siempre con la de la respiracion: la aparicion de estos dos síntomas reunidos caracteriza bien la invasion de la pneumonia, y la transicion que se efectúa de la bronquitis á ella.

Digestion. Hemos dicho ya que la pneumonia lobulillar se manifiesta con frecuencia en niños que padecen un catarro intestinal, por lo regular crónico; pero debe saberse además que muy á menudo aparece la diarrea durante el curso y sobre todo hácia el fin de la pneumonia. Este accidente es muy frecuente en los casos en que ha precedido el serampion, y entonces suele ser muy intenso. Cuando ya encuentra así el organismo debilitado, mayormente si la pneumonia está ya muy adelantada, tiene una influencia muy funesta y precipita su fatal terminacion. En los casos contrarios no es siempre de mal agüero. Si solo depende del uso del tártaro estibiado regularmente cesa luego que este se suspende. Por fin, en los mas de los casos no es intensa la diarrea y solo se complica á la pneumonia por su orijen, pues depende de una afeccion catarral del intestino análoga á la de los bronquios que precede á aquella. Casi nunca coinciden con esta diarrea síntomas bien manifiestos de inflamacion intestinal, pues que el vientre no se halla meteorizado sino flojo y casi indolente. El vómito es bastante frecuente en el principio de la enfermedad, pero raro durante su curso: es un accidente poco importante. La inflamacion del estómago es una complicacion de las mas raras en la pneumonia, como en todas las enfermedades de los niños: no hay duda de que los vómitos son mas frecuentes en los niños que en los adultos; pero en los mas de los casos no prueban la inflamacion del estómago, así como la calentura tampoco prueba la del corazon. En las pneumonias muy agudas falta enteramente el apetito, y la sed es muy viva: cuando su

marcha es mas lenta, puede persistir el apetito y la sed es moderada. El aspecto de los labios y de la lengua parece que está mas bien en relacion directa con la respiracion que con el estado de las vias digestivas: así es que en las pneumonias muy agudas, como la respiracion se efectúa casi siempre por la boca, la lengua y los labios se secan y á menudo se cubren de unas costras negras formadas por el moco y sangre seca. Estas costras ocasionan seguramente picazon, pues que suele observarse que los niños enfermos se las arrancan y de esta manera se desgarran continuamente los labios hasta hacerlos sangrar.

Secreciones. Solo debe notarse por lo que á ellas toca, con respecto á los niños, que en ellos raras veces se observa el sudor ó bien que dura poco, seguramente porque pierden la disposicion á sudar á causa del enfriamiento que ocasionan la poca quietud que observan, desabrigándose, etc.: y esto es tal vez una de las causas mas poderosas de la frecuente terminacion mortal en sus pneumonias, porque así abortan las crisis por sudor que tienden á efectuarse.

Inervacion. Es imposible el saber si tienen cefalalja los niños muy pequeños: en los de cinco á quince años no es muy comun. En todos se observa dejadez y estupor en las facultades intelectuales: están un poco amodorrados y permanecen indiferentes á los objetos que les rodean: de tanto en tanto se ponen ajitados, y dan algunos gritos ó jemidos. Las fuerzas se disminuyen evidentemente. En algunos casos son mucho mas intensos los síntomas nerviosos, y así puede haber un delirio, una agitacion y una ansiedad muy considerables, accidentes convulsivos ya tónicos ya clónicos que no siempre dejan vestijios manifiestos en el cadáver, aunque á veces dependen de una meningitis bien caracterizada. Siempre que sobrevienen accidentes nerviosos un poco intensos en los niños afectados de pneumonia, debe considerarse el caso como muy grave.

FORMAS DE LA ENFERMEDAD. Esta enfermedad presenta diferentes formas segun su agudeza, las condiciones en que se desarrolla y sus complicaciones: por consiguiente, á mas de las tres variedades que tenemos establecidas bajo el punto de vista anatómico, de las cuales en la 1.^a variedad predomina el

elemento bronquial, la 2.^a es mixta y en la 3.^a predomina el elemento parenquimatoso, deben admitirse tambien otras variedades, 1.^o con relacion á su marcha mas ó menos rápida y á la intensidad de sus sintomas, que la diferencian en *aguda* y en *sub-aguda* y *latente*; 2.^o relativamente al estado de inervacion, pues que unas veces le acompaña un eretismo ó irritacion jeneral y otras la adinamia, y 3.^o por lo que toca á las complicaciones segun las cuales pudiera llamarse *nervosa*, *tuberculosa*, ó *complicada* con el crup, coqueluche, derrame pleurítico, calenturas exantemáticas, afecciones catarrales diversas, etc.: la forma *bifosa* parece que falta completamente en los niños.

Todas estas variedades contribuyen á que la enfermedad de que tratamos presente formas particulares, que vamos á examinar.

Aguda. Presenta sintomas inflamatorios bien marcados: la tos, la difnea, la calentura, la agitacion y el delirio, ó el sopor y la postracion y la transformacion de los señales físicos de la bronquitis con los de la pneumonia, son los principales sintomas que caracterizan esta variedad.

Sub-aguda. En ella se notan pocos sintomas de reaccion: apenas hay tos, no hay mucha difnea, el pulso es poco frecuente y poco desarrollado, la piel poco caliente, la cara está pálida y algunas veces están infiltradas las estremidades: la percusion y la auscultacion solas proporcionan algunos señales mas ó menos ciertos de la existencia de la pneumonia.

Latente. En ella los sintomas tanto racionales como locales y jenerales apenas pueden notarse; y asi solo puede conocerse por los señales físicos.

Quando adquiere preponderancia un eretismo jeneral, este va en aumento siempre hasta la muerte, ó imprime á la pneumonia un carácter jeneral muy diferente; de manera que sino se atendian bien los signos propios de ella no se conociera. Lo mismo debe decirse con respecto á la preponderancia del estado adinámico. Sin embargo no es muy frecuente el observar esta preponderancia estrema, pero á menudo los sintomas nerviosos ó adinámicos modifican mucho la forma de la enfermedad. Sucede á veces que, en los últimos dias de la vida, sigue á un estado esténico jeneral y local una grande debili-

dad ó sea una adinamia muy considerable que resulta de la pérdida de las fuerzas de reaccion, y no de una lesion primordial de inervacion, y que tiene lugar sobre todo en los casos en qué sobreviene una diarrea muy abundante hácia el fin de la pneumonia.

Las modificaciones que se observan en la forma de la pneumonia por causa de las diferentes enfermedades que pueden complicarla dependen de los sintomas de estas que describiremos en su lugar. La pleuresía aguda con derrame, el crup, las calenturas exantemáticas, la coqueluche y los accidentes nerviosos suelen complicar la forma aguda; al paso que los efectos catarrales, los tubérculos y la raquitis coinciden casi siempre con la sub-aguda.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION. Unas veces la pneumonia desde su principio hasta la muerte va aumentando siempre de intensidad en los sintomas jenerales y locales; en otros casos despues de haber llegado al mayor grado de ellas va disminuyendo gradualmente con respecto á sus sintomas jenerales y locales, si la terminacion debe ser feliz, ó solamente disminuyen algunos y particularmente los de reaccion, si la mejora del mal es aparente y se inclina á una terminacion fatal; y por fin en otros casos en el principio presenta una intensidad que crece gradualmente y despues una disminucion que hace esperar el restablecimiento de la salud; pero esta disminucion no continúa, y al contrario sobreviene una recrudescencia de todos los sintomas jenerales y locales que en los mas de los casos es preludio de la muerte.

Quando la pneumonia sobreviene durante el curso de una calentura exantemática se desarrolla con mucha rapidez, de modo que de un dia al otro, á los sintomas de una bronquitis, suceden los señales bien manifiestos de una pneumonia ya generalizada; pero, fuera de este caso, siempre principia lentamente, de manera que pasan á lo menos dos ó tres dias hasta que puedan convertirse en probabilidad ó en certeza las primeras sospechas que se conciben acerca la existencia de la pneumonia.

Es difícil de determinar de una manera exacta la duracion de esta enfermedad porque, como suele sobrevenir durante el curso de otras afecciones que han debilitado yá la consti-

tucion del enfermo, este por lo mismo, á veces no puede sobrellevarla durante muchos dias, aunque sea poco estensa. Por otra parte, sino se asiste al enfermo desde el principio de esta afeccion, ó bien sino se observa muchísimo, es muy difícil el apreciar la época de su invasion, porque casi siempre se efectúa de una manera gradual y algunas veces casi insensiblemente. Sin embargo por regla jeneral puede decirse que la pneumonia lobulillar de los niños dura mas que la lobular de los adultos, si se exceptúan los casos en qué está complicada con una afeccion muy grave, ó que la constitucion del enfermo se halla sumamente deteriorada por afecciones precedentes: esta mayor duracion se nota particularmente en los casos que terminan felizmente. En casos de muerte nunca hemos visto durar mas de 25 á 30 horas los síntomas agudos; al paso que cuando se ha conseguido la curacion hemos observado que duraban un mes y medio ó dos meses ciertos síntomas y sobre todo los señales físicos con tos y difnea.

La terminacion de la pneumonia lobulillar es mas veces funesta que la de la lobular particularmente en el hospital de niños: de 61 casos observados por Barrier murieron 48 enfermos, se curaron completamente 8 y los cinco restantes salieron del hospital en un estado de curacion incompleta, pero bastante adelantada en la mayor parte, de modo que pueden considerarse como curados.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO. A pesar de los progresos que en estos últimos tiempos se han conseguido relativamente al conocimiento de la pneumonia, sin embargo es aun bastante difícil el establecer un diagnóstico completo de la lobulillar.

Al tratar de los síntomas de esta enfermedad quedan indicados suficientemente los caracteres propios para diagnosticarla; y así solo nos corresponde ahora recordarlos en resumen.

La *diseminada* es sin duda la mas difícil de diagnosticar, y en ella se presentan durante todo su curso los síntomas del catarro pulmonar; pero los de reaccion adquieren una intensidad mayor de la que tuvieran sino existiese la hepatizacion que la constituye. Lo mismo debe decirse con respecto á la *jeneralizada* en su principio; pero mas adelante la hacen conocer la matitis, la respiracion bronquial y la broncofonia,

unidas á los síntomas del catarro pulmonar; exceptuando los casos en qué no pueden apreciarse aquellos signos en razon del sitio que ocupa la hepatizacion, como se ha dicho en su lugar. Por fin en la *pseudo-lobular* es fácil de conocer la existencia de la pneumonia; pero la principal dificultad consiste en reconocer su origen lobulillar, para lo cual debe tenerse presente que ha precedido la bronquitis aguda ó crónica, y los demás señales establecidos en la página 32.

En las pneumonias lobulillares debe considerarse la existencia de dos elementos, el bronquial y el parenquimatoso; y el diagnóstico no es completo sino puede conocerse el grado del predominio relativo entre estos dos elementos. Para conseguirlo debe tenerse presente que caracterizan al bronquial las circunstancias conmemorativas y la naturaleza de los estertores; al paso que el parenquimatoso debe conocerse con la intensidad de los síntomas locales y jenerales, y á menudo con los señales físicos, el sonido mate y la respiracion bronquial.

Esta distincion es sumamente importante con respecto al pronóstico y al tratamiento. En efecto, en los mas de los casos la bronquitis no presenta una gravedad inmediata y la verdadera pneumonia lobular, contenida en ciertos límites de intensidad, tiene una tendencia natural á terminar por resolucion: y al contrario, la lobulillar es una flegmasia parenquimatososa agravada por una inflamacion catarral que, siendo pertinaz como las demás de su clase, obra como una verdadera espina estimulando las partes vecinas; de lo que debe depender que la inflamacion de los lobulillos por su intensidad, y aun mas tal vez por su duracion, debe pasar de los límites que son compatibles con su resolucion. No es menos importante la distincion de estas enfermedades con respecto al tratamiento, como se verá si se comparan los medios de curacion que encargaremos para cada una de ellas.

Resulta pues de lo dicho que la verdadera causa de la gravedad de la pneumonia lobulillar depende de la coexistencia constante del elemento catarral en ella. Se ha visto que en el hospital es casi siempre mortal; pero si se atiende á su naturaleza es probable que en la práctica particular será mucho mas frecuente la curacion, si se combate con un trata-

miento bien dirigido, porque son mas favorables las condiciones anteriores y concomitantes. Entre estas condiciones las que mas contribuyen á la mala terminacion del mal son: 1.º la edad poco avanzada, pues cuanto menor es tanto mas influye en contra de la curacion, de modo que en el período de dos á cinco años, en igualdad de circunstancias, no solamente es mas frecuente la pneumonia sino que en muchos mas casos termina con la muerte; 2.º el estar agotadas las fuerzas del enfermo por haber padecido anteriormente afecciones crónicas, ó porque se ha cuidado mal, y 3.º el haberse desarrollado la pneumonia durante el curso de una calentura exantemática, y sobre todo del serampion. Por fin el pronóstico será aun mas grave si se reunen todas estas condiciones en un mismo enfermo.

NATURALEZA. Nada debemos añadir á todo lo que tenemos dicho acerca la naturaleza de la pneumonia lobulillar; y asi nos limitaremos á recordar que tanto la anatomía patológica como sus causas y síntomas prueban evidentemente la naturaleza complexa de esta enfermedad, que resulta de la union del elemento bronquial con el pulmonar, y de la conexión íntima de una inflamacion catarral con otra parenquimatosa. Sin embargo conviene refutar una opinion que se ha insinuado en estos últimos tiempos y que compara esta pneumonia á las alteraciones que sobrevienen en el pulmon cuando la sangre está viciada por el pus reabsorvido. Esta opinion, que consideramos como enteramente falsa, solo puede fundarse en la forma lobulillar de la alteracion del pulmon, que es comun á ambas enfermedades; pero debe tenerse presente que este es el único carácter porque son análogas; pues por lo demás son enteramente diferentes, no solamente con relacion á sus causas, sino tambien con respecto á sus síntomas y á los caracteres anatómicos. En efecto, las *pneumonias metastáticas* parece que dependen de una hemorragia intersticial; en ellas la inflamacion corre rápidamente sus períodos, y ocasiona casi necesariamente la formacion de muchos abscesos circunscritos; y por otra parte, en los casos de viciacion purulenta de la sangre, este líquido tiene una tendencia manifiesta á depositarse en focos aislados, no solamente en el pulmon, sino en el hígado, cerebro y en todos los órganos parenquimatosos, y tambien

en el tejido celular: por consiguiente para que pudiese atribuirse la pneumonia á una viciacion de la sangre análoga á la purulenta, sería necesario que se encontrasen pruebas de esta viciacion en otros órganos y en las causas jenerales de ella; sus síntomas deberían presentar siempre, como en aquella, la forma tifoidea, etc.; lo que no sucede en la pneumonia lobulillar como se desprende de la esplicacion que tenemos dada de ella.

TRATAMIENTO. *Indicaciones fundadas en la naturaleza de la enfermedad.* Creemos que pueden resumirse en las dos siguientes: 1.ª Disminuir y anonadar, cuanto se pueda, la influencia que ejerce el catarro bronquial en el desarrollo, persistencia y estension de la pneumonia, sea por la tendencia que tiene la inflamacion á propagarse por continuidad de tejido, sea por la detencion prolongada de mucosidades en el interior de los pequeños bronquios, que pueden obliterarse con ellas, impidiendo el paso del aire hasta las celdillas de los lobulillos correspondientes. 2.ª Combatir directamente la inflamacion parenquimatosa cuando existe, á fin de contenerla en los límites propios para que pueda terminar por resolucion, sin que pase al tercer grado.

1.ª *Indicacion.* Cuando el catarro pulmonar se encuentra todavia en el período de sequedad y la inflamacion parece aun intensa ó hace temer que, por su marcha serpijiosa, se propagará á los lobulillos antes de haber llegado al segundo período; como sucede con frecuencia en los casos de serampion complicados de pneumonia lobulillar en el curso ó hacia el fin del período de erupcion; á mas de los medios indicados contra el serampion puede ser muy conveniente una emision sanguínea dirigida contra el elemento bronquial; siendo preferible una aplicacion de sanguijuelas ó de ventosas á una sangría jeneral; pues que las sangrías capilares son mas útiles que las demás en las inflamaciones de las membranas mucosas. Prescindiendo de este caso escepcional y de algunos otros análogos, que son muy raros, cuando se declara la pneumonia el catarro ha pasado ya al período de madurez; en el cual la inflamacion de la mucosa bronquial casi puede decirse que está desvanecida, habiéndola reemplazado la super-secrecion mucosa; y así no debe combatirse con las evacuaciones san-

guineas, siendo preferibles los revulsivos cutáneos y los evacuantes.

Entre todos los revulsivos cutáneos nos parece preferible el vejigatorio á causa de su eficacia bien conocida en la bronquitis simple; eficacia que parece relativa á su manera de obrar, pues puede creerse que la secrecion morbosa que ocasiona sustrae de la economía una parte de los materiales que serían transformados en mucosidades por los bronquios. En general deben preferirse los vejigatorios supurativos á los volantes. Es mejor aplicar un vejigatorio en cada brazo que en el pecho, porque en esta parte presenta algunos inconvenientes, y los principales consisten en que la accion primitiva es siempre irritante y á menudo capaz de aumentar la calentura, y en que los movimientos causados por esta irritacion y por la indocilidad natural de los niños enfermos aumentan la inflamacion del dermis que se halla en descubierto, ocasionando vivos dolores, que deben evitarse en aquellos, como se ha dicho en la página 8, y ocasionando por lo regular la sequedad de la úlcera, de lo que resulta un efecto enteramente opuesto al que debe esperarse del vejigatorio, que consiste en una secrecion purulenta abundante. Este efecto no puede olvidarse en las curaciones de la úlcera, pues que debe procurarse la prolongacion de esta secrecion, sin aumentar la sensibilidad de aquella. Debe tenerse presente que el uso del vejigatorio no es igualmente útil en todos los períodos de la pneumonia. Sirve muy bien como queda indicado para prevenirla cuando es inminente, pero cuando existe ya, deben atenderse los síntomas jenerales y locales. Está tanto menos indicado cuanto mas fuerte es la calentura, y tambien si los síntomas nerviosos anuncian que este sistema ha tomado parte en la afeccion. Entonces debe temerse el aumentar el eretismo jeneral, y es preciso aguardar, á que se haya moderado la intensidad de la pneumonia con los medios que indicaremos luego. Cuando se ha conseguido esta remision, en la cual se ha disminuido la calentura, la fluxion sanguínea que se dirige hácia el pulmon, y por consiguiente todos los síntomas de agudeza, entonces vuelven á hallarse indicados los vejigatorios que dan felicísimos resultados, porque obran directamente contra el catarro y al mismo tiempo como un revulsivo inflamatorio propiamente

te dicho contra la inflamacion parenquimatosa que ha pasado ya al estado sub-agudo.

Preferimos los vejigatorios á los rubefacientes, porque la accion de estos es fugaz y sin embargo muy irritante, á los emplastos estibiados porque estos son muy dolorosos y siempre obran con menor prontitud, y á los escaróticos porque la cauterizacion no puede tener un efecto sensible sino cuando ha caído la escara, es decir, demasiado tarde. Sin embargo no pretendemos proscribir estos medios pues que bien dirigidos pueden proporcionar felices efectos; pero para cumplir la indicacion que al presente nos ocupa consideramos preferibles los vejigatorios.

La medicacion evacuable ofrece tambien considerables ventajas en el tratamiento de la pneumonia lobulillar, y se compone de los vomitivos y de los purgantes. Entre los primeros debe preferirse la ipecacuana porque su accion es menos enérgica que la del tártaro emético: sus indicaciones son análogas á las del vejigatorio; pues á mas de qué los esfuerzos que acompañan al vómito favorecen la espulsion de las mucosidades bronquiales, la secrecion gastro-intestinal que promueve tiende á disminuir la de la mucosa bronquial. Se halla tanto mas indicada cuanto mas prepondera el elemento catarral y cuanto menos síntomas jenerales y locales de la inflamacion en estado agudo se presentan; pues aunque algunos prácticos no tienen reparo en administrar la ipecacuana en el período agudo de muchas flegmasias, á pesar de la calentura, con todo creemos que rarisimas veces puede tener buen efecto si se administra en el período de estado y de agudeza de la pneumonia lobulillar de los niños. Entre los preparados de la ipecacuana es preferible el jarabe mezclándole un poco de polvos de este mismo medicamento, porque, si se emplea solo, en muchos casos obra solamente como purgante, y aqui es muy interesante la produccion del vómito. Antes de la edad de tres años en jeneral debe prescribirse media onza de jarabe con dos, cuatro, ó seis granos del polvo de ipecacuana; de tres á seis años en una onza de jarabe de seis á doce granos de polvo, y despues de seis años en una y media á dos onzas de jarabe veinte granos ó mas de polvo.

Los vomitivos ejercen casi siempre una accion estimulante

en el estómago y en los intestinos ocasionando evacuaciones por vómito y por cámaras. Pero cuando no se juzga á propósito el ocasionar vómitos y se quiere contrabalancear la secrecion morbosa de los bronquios por una accion sostenida y prolongada, pero moderada en la membrana mucosa de los intestinos, entonces están indicados los purgantes. En los niños de muy corta edad deben usarse los jarabes de maná, de rui-barbo, de flores de albréchigo, etc., y mas adelante el maná, los calomelanos, el aceite de ricino, etc.

2.^a *Indicacion.* Para cumplirla deben emplearse las evacuaciones sanguíneas ó los contra-estimulantes.

Algunos autores han exajerado escesivamente las ventajas que pueden reportar las evacuaciones sanguíneas en esta pneumonia, considerando que por si solas bastan para curarla; al paso que otros las proscriben para todos los casos. Ambos extremos son igualmente viciosos. Nadie puede dudar de la utilidad de las sangrías en el período de aumento y de estado de la pneumonia lobulillar, cuando se hallan anunciados por síntomas jenerales y locales verdaderamente agudos; pues entonces se oponen al *raptus* sanguíneo que se efectúa hácia el pulmón, bajo la influencia de los núcleos primitivos de hepatizacion lobulillar que obran como verdaderos centros de atraccion inflamatoria en las partes vecinas; en una palabra, entonces las evacuaciones sanguíneas tienden á limitar el mal, y sirven tambien perfectamente para moderar la inflamacion en los puntos en qué se halla ya desarrollada, á fin de que, en lugar de aumentar y ocasionar la supuracion, pueda terminar por resolucion. Para obtener estos dos efectos no es indiferente el uso de las sangrías jenerales ó locales, pues aunque puede decirse que ambas convienen jeneralmente; sin embargo quanto mas reciente y violento parece el *raptus* sanguíneo, mas positiva es la indicacion de la sangría jeneral; y al contrario, quanto mas antigua es la inflamacion y se halla fijada mas profundamente en el pulmón, mas útiles serán las sanguijuelas para disminuirla, porque su accion es á la vez espoliativa y derivativa. En los mas de los casos deben emplearse ambas especies de sangría sucesivamente, empezando por la jeneral. Esta tiene una accion hiposténica inmediata y mas pronta, pero menos duradera porque no hace perder

sino sangre venosa; y la sangría capilar ejerce una accion análoga mas profunda y mas duradera porque saca sangre en parte arterial.

Se vé pues que las sangrías son útiles, aun en los niños de muy corta edad, para combatir la pneumonia lobulillar en el estado de agudeza; pero sería indiscreto el práctico que espere curar con ellas solas esta enfermedad, pues se opone formalmente á ello la naturaleza del mal y la edad de los enfermos. Por consiguiente, con las evacuaciones sanguíneas debe procurarse la disminucion de los síntomas jenerales y locales que dependen de la flegmasia parenquimatosa, y despues la indicacion debe dirigirse al elemento catarral con los medios arriba dichos. Este elemento haría persistir la inflamacion en el parénquima y transformaría la hepatizacion roja en hepatizacion gris, á pesar de las evacuaciones sanguíneas, que entonces no harían mas que estorbar la terminacion apetecida, privando al enfermo de las fuerzas necesarias para conseguirla.

La cantidad de sangre que debe extraerse debe variar segun la edad: á un año puede sacarse, por medio de la flebotomia, una onza de sangre; á dos años dos onzas, y asi sucesivamente tantas onzas cuantos son los años que tiene el niño, á corta diferencia. Con respecto á las sanguijuelas, en jeneral deben aplicarse en número doble del de años que tiene el niño; pero esta proporcion debe disminuirse á medida que este crece en edad. Sin embargo estas cantidades no deben considerarse como absolutas, y han de modificarse por diferentes circunstancias.

El uso del tártaro emético á alta dosis, como contra-estimulante, cumple las mismas indicaciones que las evacuaciones sanguíneas; pero debe notarse sin embargo que la mejora que se procura con el emético raras veces es inmediata, y que en las mas de ellas no se establece luego la tolerancia, y por consiguiente en algunas puede ser perjudicial el dejar marchar la inflamacion durante 24 ó 48 horas. Es necesario pues, como lo practicaba Laennec y se aconseja jeneralmente para el tratamiento de la pneumonia, empezar con una ó dos emisiones sanguíneas sin prescribir el emético hasta despues de ellas, el mismo día ó el siguiente.

Hemos comparado cuidadosamente la accion del emético en los niños y en los adultos, y nos ha parecido demostrado que en los primeros la tolerancia se establece mas pronto y mas fácilmente que en los adultos; pero que no dura mas en los unos que en los otros. Además nos ha parecido que la adición del jarabe de diacodio en la pocion estibiada tiene verdaderamente la ventaja de facilitar la tolerancia, y esta es sin duda alguna mas ventajosa que la intolerancia; de manera que el uso del tártaro emético empleado á alta dosis en las enfermedades febriles é inflamatorias, es mucho mas útil cuando ejerce una accion contra-estimulante è inmediatamente sedativa, que cuando produce vómitos y diarrea. A primera vista pudiera creerse que estos deben promover una derivacion ventajosa en la afeccion de que tratamos, por lo que tenemos dicho anteriormente acerca de ellos; pero como dependen de la accion irritante del tártaro estibiado sobre la membrana mucosa del aparato digestivo, y como esta irritacion artificial encuentra á la economía en un estado esténico é inflamatorio, sobreviene algunas veces una concentracion intensa de las fuerzas vitales hácia las visceras interiores, de la que resulta una supersedacion aparente y en realidad una perturbacion profunda en todos los síntomas jenerales. Entonces el práctico puede perder las indicaciones necesarias, ó tal vez se halla obligado á combatir epifenómenos mientras que se deja abandonada la flegmasia pulmonar. En los mas de los casos es menos completa esta intolerancia y no tiene tantos inconvenientes, pero jamás nos ha parecido útil, y por esta razon hemos desaconsejado aun el uso de la Ipecacuana en el período agudo, fundados en estas razones. Por lo regular va estableciéndose poco á poco la tolerancia, y en los niños suele ser casi completa en el segundo ó tercero dia.

Con respecto á los demás preparados antimoniales debemos decir que en vista de lo que se ha escrito acerca el óxido blanco, creemos que su eficacia es mucho mas dudosa que la del tártaro emético; y con respecto al kermes Rilliet y Barthez dicen que han reconocido en él ventajas positivas en los niños administrándolo á alta dosis, pero no manifiestan si les ha servido igualmente bien en todos los períodos de la pneumonia lobulillar y en todas sus variedades, ni si ha motivado su uso alguna indicacion especial.

Indicaciones fundadas en las causas y en las circunstancias accesorias. Deben removerse todas las circunstancias que puedan perjudicar al niño enfermo; así por ejemplo se ha de procurar cuidadosamente que varie de posicion mientras se halle obligado á estar en la cama ó en la cuna, siendo muy útil que de tanto en tanto se les levante de ella paseándolos en brazos; pues estos cambios de posicion, á mas de que se oponen á la acumulacion de mucosidades en las ramificaciones bronquiales mas declives, promueven esfuerzos musculares en los niños, y estos hacen que la respiracion sea mas dilatada y mas profunda, de lo que resulta que el aire penetra mas fácilmente hasta los lobulillos mas apartados de la raiz de los bronquios; á su paso desprende las mucosidades y disminuye su viscosidad y al mismo tiempo, por su contacto estimulante dan á los bronquios la tonicidad que han perdido. Por fin, luego que la enfermedad ha llegado al período de declinacion, es muy útil el hacer respirar el aire exterior á los pequeños enfermos, con tal que lo permita la temperatura.

Debe favorecerse la diaforesis por todos los medios propios como con el uso de la franela sobre la piel, cuidando de mantener el calor en las manos y pies de los enfermos y de que no se descubran, haciéndoles beber una tisana tibia ó caliente, etc. No insistiremos acerca la naturaleza de las tisanas que, segun la indicacion, podrán ser emolientes, pectorales aromáticas, diaforéticas, tónicas, amargas, etc., ni acerca el uso de los loochs, julepes, pociones, etc., propios á la naturaleza de la enfermedad ó á la intensidad de tal ó cual accidente.

La debilidad de los niños enfermos, durante el curso de la enfermedad, lo que es bastante raro, y sobre todo en su declinacion ó en la convalecencia, indica el uso de los tónicos, es decir, de un régimen menos debilitante, de algun preparado de quina, y al exterior el uso de los baños de sulfuro de potasa ó de cloruro de sodio, y de los fomentos secos ó húmedos, aromáticos, vinosos, alcohólicos, alcanforados, etc., en los miembros.

Cuando la pneumonia se complica con una calentura exantemática, á mas de atender á las indicaciones dichas deben

cumplirse las que reclama el exantema, es decir debe facilitarse su erupcion y cuando ha desaparecido prematuramente, formando un retroceso mas ó menos completo, es preciso volverlo á llamar inmediatamente á la piel, y por fin, aun en los casos en que ha seguido todos sus períodos, es útil el favorecer el movimiento de expansion hácia la cutis que acompaña á estas enfermedades, y favorece la descamacion que es su consecuencia. Para cumplir estas indicaciones deben usarse los diaforéticos y los tópicos rubefacientes, sin atender á los inconvenientes que estos pueden promover á causa del dolor particularmente los sinapismos, que son los preferibles. Deben pues aplicarse sinapismos ambulantes no solamente en los miembros sino aun, en casos graves, en el tronco, cuidando de que estén poco rato en el mismo punto. Mejor sería aun el sumerjir al niño en un baño entero caliente lijeramente sinapizado.

Todos los virus exantemáticos y en particular el morbiloso imprimen una grande agudez en la marcha de la pneumonia lobulillar, cuando esta se desarrolla en el período de agudeza de las calenturas exantemáticas; al paso que la pneumonia que principia ocho, quince, treinta ó mas dias despues de la erupcion parece menos ligada á ella que al catarro bronquial que deja la calentura eruptiva. En el primer caso la agudez de la pneumonia, que tiende entonces á jeneralizarse con prontitud, exige un uso bastante activo de las evacuaciones sanguíneas; y sin embargo en estos casos es aun mas necesario que en los demás el no escudarse en su uso, por que parece que, bajo la influencia del principio especial que modifica la marcha de la pneumonia, luego que ha disminuido la sobre-exitacion, hay una tendencia mas manifiesta á la adinamia. Deben pues susistirse á tiempo con los evacuantes y revulsivos, entre los cuales consideramos tambien como otro de los mas útiles para estos casos los vejigatorios; pero como á menudo el serampion termina con una diarrea crítica debe procurarse á imitar la naturaleza con la administracion de algun purgante suave, con tal que no se observe alguna contraindicacion.

Con respecto á las demás enfermedades que pueden complicar la pneumonia lobulillar, al tratar de ellas podrán de-

ducirse fácilmente las modificaciones que indican.

En la pneumonia lobulillar, como en la mayor parte de las enfermedades de los niños de poca edad, raras veces es necesario el suprimir todos los alimentos á menos de que sea estremadamente aguda. Fuera de este caso, en jeneral, es útil darles una cierta cantidad de leche de buena calidad ó bien una yema de huevo desleida en agua azucarada hirviendo. Luego que hay remision de síntomas, y sobre todo si el enfermo está débil puede permitirse una sopa feculenta lijera y poco copiosa, repitiéndola muchas veces al dia. En jeneral se dijere bien y esto solo sirve para conocer la oportunidad de su uso.

§ II.

De la pneumonia lobular.

Presenta diferencias muy notables de la lobulillar, como queda dicho; no es tan frecuente en los niños como esta en razon de uno á cuatro, y se asemeja mucho á la pneumonia comun de los adultos, como veremos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. La inflamacion deja en el pulmon lesiones de estructura semejantes á las que se observan en los adultos, y que pueden referirse tambien á tres grados á saber la estrangulacion, la hepatizacion roja y la hepatizacion gris. En la hepatizacion, el aspecto granuloso del parénquima pulmonar es tan fácil de conocer como en los adultos; en una palabra, por lo que toca á la naturaleza de las lesiones cadavéricas, no se encuentra diferencia alguna esencial entre la pneumonia lobular de los niños y la de los adultos. En ambos suele ser tambien unilateral, y es mas frecuente en el lado derecho que en el izquierdo, en el lóbulo inferior que en el superior, y en la parte posterior que en la anterior.

CAUSAS. Su frecuencia, con respecto á la edad, está en razon inversa á la pneumonia lobulillar: y asi es mas frecuente en el primer año de la vida y despues de los seis años. Parece que los niños la padecen con mas frecuencia que las niñas, y mas los que tienen el temperamento linfático-sanguíneo, ó linfático y la constitucion robusta, que gozan de buena sa-

lud: el temperamento sanguíneo puro rarísimas veces se encuentra en la infancia.

Es difícil de saber precisamente la influencia que ejerce el frío en la producción de la pneumonía lobular en los niños, pues que estos no suelen indicar cual ha sido la causa ocasional de la afección; pero parece evidente que los niños de más de cinco años están infinitamente más espuestos á la acción enérgica del frío que antes de esta época. En efecto, durante las estaciones frías no permanecen metidos en su casa, como cuando son más niños; corren por las calles ó al aire libre, y á menudo, después de haberse calentado mucho el cuerpo corriendo, se detienen en una corriente de aire y se enfrían repentinamente, respiran por mucho tiempo un aire muy frío ó beben imprudentemente agua muy fría; y en verano, después de haberse calentado el cuerpo con más facilidad, se esponen el aire libre, ó se bañan en agua fría, sin que lo sepan sus padres, etc. De lo dicho se deduce que los niños de aquella edad se hallan casi tan espuestos como los adultos á la acción enérgica del frío, que en estos es la causa más común de la pneumonía. Por lo que toca á las estaciones, en los niños, como en los adultos, en el verano y en el otoño es menos frecuente la pneumonía que en las demás.

SÍNTOMAS. Vamos á examinar los síntomas locales y generales, pero solamente nos detendremos en la manifestación de las circunstancias que parecen propias de la pneumonía en los niños.

En igualdad de circunstancias con respecto á la intensidad del mal, la tos nos ha parecido generalmente menos fuerte y menos frecuente que en los adultos: cuando se manifiesta es muy corta y á menudo cesa sin haber promovido ningún esfuerzo considerable de expectoración. Esta suele faltar porque como los niños no experimentan sino incompletamente la necesidad de la espución, se tragan las mucosidades que salen de la larinje: cuando los niños son ya más adelantados en edad arrojan los esputos, si se les encarga, y entonces se observan en ellos los mismos caracteres que en el adulto. El dolor á menudo es circunscrito y corresponde al sitio de la pneumonía, pero también es con frecuencia difuso, obscuro y se manifiesta, ora en el epigastrio, ora al rededor de la base del

pecho, en cuyo caso perciben los enfermos una sensación de constricción ó de peso en esta parte, más bien que un verdadero dolor. El dolor se irradia algunas veces á las paredes del abdomen, y entonces parece que consiste en una especie de fatiga dolorosa de los músculos abdominales que contribuyen á la espiración.

En los niños en igualdad de circunstancias la pneumonía lobular ocasiona mayor difnea que en los adultos. Así no es raro el ver en ellos una pneumonía que ocupa solamente como la mitad del lóbulo inferior de un solo pulmón ocasionar de 40 á 60 respiraciones por minuto, al paso que en el adulto ha de ser muy considerable la que acelere la respiración hasta tal grado. Esto depende de que, cuanto menos se dilata el pecho en la inspiración, tanto menos se siente el dolor; y por esto los niños la hacen corta, y en ellos suple á la dilatación que naturalmente debía tener el pecho en las inspiraciones, la mayor frecuencia de estas. Como la actividad efectiva de la respiración no está aumentada con proporción á la frecuencia de los movimientos respiratorios, resulta que estos no tienen la misma proporción con las pulsaciones en los niños pneumónicos que en el estado normal ni en los adultos afectados de pneumonía. En estas dos condiciones por cada respiración hay cuatro pulsaciones, á cortísima diferencia, al paso que en los niños afectados de pneumonía lobular por lo común se encuentra la proporción de 1 á 3 ó aun á $2\frac{1}{2}$; rarísimos son los casos en que se halla de 1 á $3\frac{1}{2}$ ó 4. Esta aceleración de los movimientos respiratorios no tiene todo el valor que regularmente se le atribuye para juzgar de la extensión y gravedad de una pneumonía; porque puede suceder que, siendo esta muy circunscrita y poco grave, acelere considerablemente la respiración. Para apreciar bien el valor de este síntoma, es preciso hacerse cargo de la dilatación del pecho en la inspiración y de la frecuencia del pulso; pues que si faltan estas dos circunstancias es probable que la pneumonía no es tan extensa como indica la frecuencia de la respiración; y al contrario, manifiesta que lo es mucho la reunión de estos tres señales.

Los signos suministrados por la percusión y la auscultación son á corta diferencia iguales en los niños y en los adultos; pero en aquellos, cuando faltan los esputos, es aun más im-

portante su investigacion. El sonido mate se conoce con facilidad, pero no puede decirse lo mismo del estertor crepitante, á cuyo desarrollo se opone á menudo completamente la poca dilatacion de la respiracion. Sea por indocilidad ó por falta de intelijencia, lo cierto es que los niños por lo comun no obedecen cuando se les encarga que hagan una inspiracion dilatada: en tal caso es preciso provocar la tos irritando artificialmente la mucosa pituitaria, ó bien se ha de tapan la boca y la nariz durante algunos segundos para aumentar la necesidad de respirar, con lo cual se consigue que se haga mas ancha la inspiracion siguiente: de esta manera se produce el estertor crepitante, que no podía notarse en las inspiraciones cortas y superficiales. La respiracion bronquial y la broncofonia se conocen siempre con facilidad. Se encuentran tambien algunas veces los estertores sub-crepitante y mucoso pero dependen de un estado catarral de los bronquios que no es mas que un epifenómeno de la enfermedad, que se presenta mas á menudo en su fin que en su principio ni en su curso, y que, por otra parte, no nos ha parecido mas frecuente en los niños que en los adultos. La broncofonia algunas veces toma tambien los caracteres de la egofonia, aun en aquellos casos en que todo manifiesta que no hay derrame pleurítico; pero es sabido que estos dos sonidos propios de la voz se confunden á menudo por grados insensibles, y no tienen un valor absolutamente patagnomónico.

En el aspecto y el decúbito de los enfermos nada de particular se observa en los niños diferente de lo que se nota en los adultos.

Varia la intensidad de la calentura, y en jeneral se halla proporcionada á la de la lesion local con mucha mayor regularidad que la frecuencia de la respiracion. El pulso suele pasar de 120 pulsaciones por minuto, llegando á veces á 140 y aun á 160; en jeneral está desarrollado, es lleno y duro; pero, á pesar de ser frecuente, á veces es poco dilatado y aun pequeño, lo que suele acontecer en pneumonias muy estensas. La frecuencia del pulso nos ha parecido jeneralmente proporcionada á la estension é intensidad de la inflamacion pulmonar: mientras el pulso no llega á 120 pulsaciones puede presumirse que la pneumonia es lijera, y que es mas estensa segun pa-

sa de este número. El calor de la piel á poca diferencia constante, y varia en intensidad segun el estado del pulso. Con respecto á la dijestion, la anorexia, la sed, la palidez de la lengua, con sequedad ó sin ella, y la constipacion, nada presentan de particular; pues se encuentran en la pneumonia como en las demás enfermedades agudas. Los vómitos son infinitamente mas frecuentes que en los adultos; aparecen en el principio del mal y cesan jeneralmente luego que se ponen los enfermos á dieta, para no volver á manifestarse sino en los casos en que se usan los antimoniales. Raras veces sobreviene la diarrea; sin embargo la hemos observado en algunos casos hácia el fin de la pneumonia, y entonces parece crítica. Hemos hablado ya del dolor que á veces se siente en el epigastrio, y aun en toda la estension del abdómen: si se examina el enfermo atentamente se conocerá que, en los mas de los casos, no es mas que una irradiacion del dolor del pecho ó un efecto de la fatiga de los músculos respiratorios, y asi se distinguirá de los dolores que ocasiona una inflamacion visceral del abdómen; complicacion que, segun nos parece, debe ser sumamente rara.

Poquísimas veces la pneumonia altera en los niños las funciones secretorias: con frecuencia se observan en ellos sudores en diferentes períodos de esta enfermedad, pero casi nunca la complicacion biliosa ni la coincidencia de la ictericia. No debe empero decirse lo mismo con respecto á las funciones cerebrales, cuyo ejercicio se halla á menudo gravemente alterado. En los mas de los casos sobrevienen solamente algunos desórdenes nerviosos moderados, pero evidentes, tales como la cefalalja, el entorpecimiento de las facultades intelectuales, ó la ansiedad y agitacion, particularmente durante la noche; pero en otros casos son mas considerables, pues la pneumonia ejerce una influencia especial en el cerebro con una frecuencia, sino mayor, por lo menos igual á la que se observa en el adulto. Algunas veces se presenta con una forma que se puede llamar *nervosa* y entonces preponderan ó bien los síntomas que son propios de la intelijencia ó los del movimiento. En el primer caso, que parece lo mas comun, hay delirio, y en el segundo espasmos ó convulsiones: esta variedad es mucho mas grave, y suele ser mortal. Es muy difícil el decidir

si los desórdenes nerviosos son puramente simpáticos, ó si dependen de una verdadera meningo-encefalitis coincidente con la pneumonia; y sin embargo esta distincion es muy interesante para la práctica.

De todo lo que precede acerca los síntomas jenerales de la pneumonia resulta que esta enfermedad no suele presentar en los niños sino la forma inflamatoria propiamente dicha, que es mucho mas frecuente, y la forma nervosa, muy rara, pero á veces bien caracterizada.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION. La marcha á corta diferencia es igual que en el adulto. En jeneral se anuncia la invasion por calofríos, á los que sucede pronto calor, dolor en un punto del pecho, tos y opresion; síntomas que aumentan rápidamente, obligando al enfermo á acostarse. Bajo la influencia de los medios terapéuticos adecuados se detiene la marcha ascendente de la enfermedad y llega al período de estado. Su declinacion mas ó menos rápida, se manifiesta luego con la disminucion y aun la desaparicion del dolor, la mayor facilidad de toser y respirar, la disminucion de la calentura y de la frecuencia de la respiracion. En una palabra, desaparecen primeramente los síntomas generales y solo continúan los locales dos ó tres dias, á lo mas, despues de aquellos.

La duracion de la enfermedad raras veces es menor de diez á doce dias: jeneralmente hablando varia de doce á diez y ocho, y aun á veces pasa de este término.

Su terminacion en los niños, por lo regular, acarrea una curacion completa.

Nada de particular tenemos que decir acerca de sus complicaciones, habiendo hablado de la nervosa. Algunas veces coincide con la pneumonia una afeccion tuberculosa del pulmon, pero acerca este particular nada puede añadirse á lo que se observa en los adultos en igual caso.

El pronóstico puede deducirse fácilmente de lo que acabamos de decir.

El diagnóstico raras veces presenta dificultades grandes, y estas se vencen observando detenidamente todos los síntomas propios, como se hace en el adulto. En los casos de pneumonia complicada con tubérculos pulmonares, para diagnosticar debidamente es preciso hacerse cargo de la intensidad

de la calentura y sobre todo de la marcha de la afeccion: si persisten los signos estetoscópicos á pesar de la disminucion de los síntomas jenerales, es probable que esta persistencia es debida á la afeccion tuberculosa.

TRATAMIENTO. Algunas veces puede bastar el método expectante para la curacion de la pneumonia en los niños, cuando están bien constituidos y gozan de buena salud, y aquella es poco estensa y sin complicacion, vá acompañada de síntomas jenerales y locales poco graves y tiene tendencia á aumentar de intensidad; entonces pueden bastar los medios dietéticos jenerales, algunos rubefacientes y otros remedios simples y poco activos, lo que no sucedería en el adulto. Sin embargo no debemos perder tiempo con este método sino se vé bien palpablemente que el mal declina ya, pues en el caso contrario, y particularmente si todavía vá progresando, deben usarse medios mas activos, entre los cuales, los que dan seguramente mejor éxito, son las sangrías. Si el estado febril es poco intenso pueden bastar las locales, pero en el caso contrario es necesaria la jeneral mas ó menos repetida segun la persistencia del mal: en algunos casos pueden muy bien emplearse las sangrías muy repetidas. Vuelven á hallarse indicadas las sanguijuelas cuando ha disminuido la calentura bajo la influencia de las sangrías y sin embargo la pneumonia marcha lentamente hácia la resolucion: la intensidad del dolor en el costado indica mas particularmente su uso. En igualdad de circunstancias deben emplearse con mas enerjia las sangrías que en la pneumonia lobulillar; y como la lobular raras veces se padece antes de los cinco años, los casos en que la edad poco adelantada puede acarrear alguna contraindicacion á las sangrías, son mucho mas raras que en aquella. Con respecto al uso de las sangrías muy repetidas una tras otra en los niños, creemos que este método exige mayor reserva en ellos que en el adulto; pues que, aun suponiendo que disminuya de uno ó dos dias la duracion del mal, es una ventaja que no puede compensar el peligro que amenaza si el número de ellas excede á las fuerzas del enfermo, pues de ello resulta una convalecencia mas larga y mas difícil.

El vejigatorio se emplea con la misma indicacion que en el

adulto, es decir, en la declinacion de la enfermedad. Algunos médicos, entre otros M. Gendrin, aconsejan su uso aun en el principio; pero hasta que la esperiencia haya demostrado su inocencia, nosotros temeremos el emplearlo antes de la disminucion del estado febril porque aumenta la irritabilidad jeneral. Despues de los cinco ó seis años debe aplicarse, como en el adulto, sobre el punto afecto mas bien que en los brazos; pero antes no por las razones espuestas en la página 44.

La administracion del tártaro emético tiene tambien la misma indicacion en los niños que en el adulto. Creemos que á su uso deben preceder jeneralmente una ó dos sangrías, porque no hay seguridad de obtener luego la tolerancia, y su accion contra-estimulante tarda mas en obrar que una sangría. En algunos casos de mediana intensidad se puede prescribir seguramente sin que precedan las sangrías, como único medio activo; pero no tendríamos mucha confianza en él si la pneumonia fuese estensa, y estuviese todavía en su período de aumento. Se halla particularmente indicada esta medicacion cuando se vé que la calentura y los síntomas locales de inflamacion se resisten á las sangrías administradas ya hasta con la estension debida; y tambien en los casos en que el estado de las fuerzas y de la circulacion no permiten el uso de estas evacuaciones, y sin embargo es indispensable el atacar con medios directos la flegmasia pulmonar, que se resiste con tenacidad.

Nada diremos con respecto al régimen, á las bebidas, á la aplicacion de ciertos tópicos, etc., cuyo uso está siempre indicado, porque no presentan los niños acerca de ellos indicacion particular.

Cuando se manifiestan en la pneumonia síntomas cerebrales, debe ponerse cuidado en distinguir si son solamente simpáticos, pues en este caso ceden fácilmente con el solo tratamiento propio de la pneumonia; ó bien si dependen de una meningitis coexistente, en cuyo caso, como siempre que aquellos preponderan, aunque no sea bien evidente la existencia de esta enfermedad, debe obrarse conforme á ella. Con respecto á la complicacion tuberculosa debe tenerse presente que los tubérculos obran como causa persistente, ocasionando una tenacidad á la pneumonia que no tuviera esta sola

enfermedad; y por otra parte, que la caquexia tuberculosa contraindica la medicacion debilitante. Por consiguiente la pneumonia tuberculosa es á la vez la que debería atacarse con mayor vigor á causa de su tenacidad, y aquella en que debe el práctico ser más circunspecto en el uso de las evacuaciones sanguíneas, para evitar otro escollo no menos funesto. De ahí el principio que tenemos establecido de no exedarse jamás en esta medicacion, sustituyéndola el uso proporcionado del tártaro emético, del vejigatorio y de los demás derivativos. No hablaremos de la pneumonia complicada con una calentura tifoidea, remitiendo al lector á todo lo que se ha escrito acerca esta complicacion en el adulto, y á lo que diremos al tratar de aquella calentura.

§ III.

De la pneumonia en la primera época de la infancia.

Todo lo que acabamos de decir con respecto á las dos especies de pneumonia que se observan en los niños no deja duda alguna acerca las principales diferencias que presentan á esta época de la vida con respecto á las demás edades; pero aun en la niñez deben notarse algunas diferencias bastante marcadas con respecto á la primera época de la infancia, ó sea en el período que se estiende desde el nacimiento hasta la primera denticion; en el cual segun hemos dicho ya, es mucho mas frecuente la pneumonia lobular que en los años siguientes, y tambien lo es mucho mas que la lobulillar. Vamos pues á examinar estas diferencias que dependen de las condiciones fisiológicas propias de esta edad; en vista de las cuales, y teniendo presentes los caracteres que se observan en los niños de uno á quince años con respecto á la pneumonia, podrá establecerse fácilmente un paralelo exacto entre las circunstancias propias de esta enfermedad en las diferentes épocas de la infancia.

Caracteres anatómicos. Asi como en los niños de uno á quince años y en los adultos hay reblandecimiento del tejido hepaticado y aspecto granuloso á la seccion y sobre todo desgarrándolo, en los recién-nacidos las mas de las veces se en-

cuentra una verdadera induración, y faltan las granulaciones aun al desgarró. En ellos la pneumonia ocupa casi constantemente ambos pulmones, y jeneralmente en mucha estension; en los mas de los casos es mas estensa la lesion en el lado derecho que al izquierdo, y ocupa mas á menudo la parte posterior é inferior que el vértice y la anterior; son mucho mas raros los tubérculos pulmonares; la pleura casi nunca participa de la inflamación, y los bronquios presentan pocas ó ninguna alteración.

Causas. La influencia de la edad es manifiesta acerca la forma de la pneumonia; así en los recién-nacidos, por cada cinco pneumonias que padecen, las cuatro, á corta diferencia, son lobulares. El sexo en nada parece influir en ellos en la producción de la pneumonia: la robustez en la constitución tampoco les pone al abrigo de su invasión; sin embargo parece que se hallan mas predispuestos á ella los niños primitivamente débiles ó que están debilitados por haber padecido otras enfermedades. Las enfermedades anteriores tienen en ellos una grande influencia en la producción de la pneumonia, pues las mas de las veces la preceden el edema, el mal blanco ó alguna otra enfermedad. La influencia del frio es seguramente muy grande en ellos porque, como en los adultos, es mas frecuente la pneumonia en las estaciones frias, y á aquella debe atribuirse en gran parte la forma lobular y la estension considerable que en ellos presenta la pneumonia. No es necesario que sea muy baja la temperatura para que pueda ejercer esta influencia enérgica el frio en los recién-nacidos; lo que se comprenderá facilmente si se advierte que se hallan habituados á una temperatura mas alta en el claustro materno y que sus pulmones son mas impresionables porque no están habituados á la función que desempeñan y que se establece de repente al nacer.

Síntomas. En los recién-nacidos marca la invasión la agitación, la elevación del calor y la aceleración del pulso, que preceden á los primeros síntomas locales ó aparecen con ellos, menos en los casos de edema, en el cual no se encuentra apariencia alguna de movimiento febril: estos síntomas jenerales desaparecen del 2.º al 3.º dia y el niño queda abatido; en los últimos dias se observa siempre en ellos el frio en todo el

cuerpo y la debilidad del pulso. En el mismo dia y al siguiente de la aparición de este movimiento febril, ó sin síntoma alguno precursor cuando padecen el edema, se vé sobrevenir una difnea mas ó menos intensa, que raras veces falta; la tos que, por lo comun, la sigue, falta tambien algunas veces. Asi como la difnea va aumentando siempre hasta la muerte, la tos no aumenta de intensidad y por lo regular cesa en el último ó penúltimo dia; esta es húmeda pero no pueden apreciarse los esputos porque no son espelidos, y por lo regular no tiene accesos. Desde el primer momento se percibe regularmente un estertor sub-crepitante en ambos lados del pecho, el cual dura hasta la terminación del mal; el crepitante es mucho mas raro. Pronto se encuentra la matitis del pecho que principia en la parte posterior y en la inferior del pulmon, desde donde se estiende á su vértice; la parte anterior por lo comun queda libre. Cuando la matitis es poco considerable se percibe casi siempre la respiración bronquial al nivel de los puntos en que se siente aquella. En los casos, bastante raros, en que la hepatización está diseminada en lobulillos, ó en aquellos en que la inflamación no ocupa sino una lámina muy delgada del pulmon, la percusión no dá resultado alguno positivo y no se encuentra otro signo que un poco de estertor sub-crepitante ó crepitante. Los gritos no ofrecen carácter alguno particular, y su alteración no está en relación con la gravedad del mal. La fisonomía manifiesta que el niño sufre, pero no puede reconocerse en ella cosa alguna que sea propia de la pneumonia, y tampoco se encuentra lesion alguna de función que tenga relación directa con ella: cuando las hay dependen de otra enfermedad como por ejemplo el mal blanco.

Pronóstico. Esta afección es sumamente grave en los recién-nacidos y lo es aun mas cuando coincide, como sucede con frecuencia, con el edema, mal blanco y otras afecciones que ya de sí son estremadamente graves. Sin embargo puede curarse perfectamente la pneumonia de los recién-nacidos.

El *tratamiento* de la pneumonia en los recién-nacidos es bastante sencillo pues no se compone sino de dos ó tres medios activos cuyo uso sucesivo es fácil de determinar de una manera bastante constante. Se ha de empezar con la aplica-

cion mas ó menos repetida de algunas sanguijuelas debajo de los pechos ó en los sobacos, proporcionando la emision sanguínea á las circunstancias particulares de la enfermedad y del enfermo: no se puede estraer una grande cantidad de sangre sin esponer al enfermo á un estado de debilidad, á la que sigue una reaccion á menudo espasmódica, que á veces ocasiona convulsiones. La misma moderacion debe presidir en el uso de los vejigatorios y de los rubefacientes, ya porque la inflamacion pulmonar es demasiado estensa y se halla demasiado favorecida por la estructura del pulmon para ceder á una derivacion artificial de esta naturaleza, ya por el dolor y la irritacion que ocasionan siempre estos medios. Se obtienen mejores efectos con el uso de los fomentos animales por medio de una piel de conejo ó de carnero recientemente muerto, ó con un baño tibio. Para suplir la expectoracion deben favorecerse los vómitos por medio de doses muy pequeñas de ipecacuana unida al maná. Valleix dice que cree que se tiene demasiada aprension para el uso del tártaro emético á una dosis algo elevada pues obra, con relacion al efecto emeto-catórtico, en los recién-nacidos á corta diferencia como en el adulto, es decir, no tarda en establecerse la tolerancia; puede pues usarse este medicamento ó el óxido blanco de antimonio á doses suficientes, favoreciendo la accion de todos estos remedios por medio de fumigaciones béchicas y de tópicos caientes y emolientes sobre el pecho. En las pneumonias complicadas debe modificarse el tratamiento segun la naturaleza de las complicaciones.

ARTÍCULO III.

DE LA PLEURESIA.

Esta enfermedad desde el nacimiento hasta á la edad de seis años, poco mas ó menos, casi nunca constituye una afeccion simple, única é independiente de la pneumonia; de la cual se aísla por lo comun despues de aquella edad, y entonces se presenta independiente con una frecuencia que no es muy inferior á la de las demás edades.

Vamos á hablar pues de la pleuresía que existe como enfermedad única y simple ó como afeccion complicada pero principal con respecto á la pneumonia coincidente. Puede ser *aguda y crónica*.

§ PRIMERO.

De la pleuresia aguda.

CARACTERES ANATÓMICOS. Las alteraciones que deja en el cadáver la pleuresía aguda, en jeneral, son bien conocidas. Puede hallarse con derrame ó sin él: en el primer caso las mas de las veces constituye un estado morboso accesorio á una pneumonia ó á una afeccion tuberculosa, y está caracterizada por una inyeccion sanguínea situada mas bien en el tejido celular que en el espesor de la membrana serosa, (en el cual suelen encontrarse tambien manchas sanguíneas si la pleuresía es algo estensa,) y por aderencias que unas veces son muy recientes, blandas y como fibrinosas, y otras menos recientes ó ya organizadas en tiras celulares, elásticas, secas ó infiltradas de líquidos serosos. En la pleuresía con derrame, á mas de los caracteres precedentes, que nunca faltan, se encuentra una cantidad variable de líquido que aprieta al pulmon hácia la coluna vertebral, abaja al diafragma, y aun puede separar las paredes del pecho en el sentido de su espesor, y apretar al mediastino hácia el lado sano: sus cualidades pueden variar desde las de una serosidad clara y amarillenta hasta á un líquido completamente purulento: su color algunas veces está enrojecido por la sangre y en otras está mezclado con grumos pseudo-membranosos del todo libres ó bien aderidos por un punto á las paredes de la cavidad pleurítica. Todas estas variedades dependen de la diferente época ó intensidad del mal.

La pleuresía aguda simple, lo mismo que la pneumonia lobular, afecta mas á menudo al lado derecho que al izquierdo; pero cuando acompaña á la lobulillar, lo mismo que esta, es tan frecuente por lo menos en el lado derecho como en el izquierdo: en los casos en que coincide con los tubérculos pulmonares es mas frecuente, como estos, en la parte izquierda que en la derecha.

cion mas ó menos repetida de algunas sanguijuelas debajo de los pechos ó en los sobacos, proporcionando la emision sanguínea á las circunstancias particulares de la enfermedad y del enfermo: no se puede estraer una grande cantidad de sangre sin esponer al enfermo á un estado de debilidad, á la que sigue una reaccion á menudo espasmódica, que á veces ocasiona convulsiones. La misma moderacion debe presidir en el uso de los vejigatorios y de los rubefacientes, ya porque la inflamacion pulmonar es demasiado estensa y se halla demasiado favorecida por la estructura del pulmon para ceder á una derivacion artificial de esta naturaleza, ya por el dolor y la irritacion que ocasionan siempre estos medios. Se obtienen mejores efectos con el uso de los fomentos animales por medio de una piel de conejo ó de carnero recientemente muerto, ó con un baño tibio. Para suplir la expectoracion deben favorecerse los vómitos por medio de doses muy pequeñas de ipecacuana unida al maná. Valleix dice que cree que se tiene demasiada aprension para el uso del tártaro emético á una dosis algo elevada pues obra, con relacion al efecto emeto-catórtico, en los recién-nacidos á corta diferencia como en el adulto, es decir, no tarda en establecerse la tolerancia; puede pues usarse este medicamento ó el óxido blanco de antimonio á doses suficientes, favoreciendo la accion de todos estos remedios por medio de fumigaciones béchicas y de tópicos caientes y emolientes sobre el pecho. En las pneumonias complicadas debe modificarse el tratamiento segun la naturaleza de las complicaciones.

ARTÍCULO III.

DE LA PLEURESIA.

Esta enfermedad desde el nacimiento hasta á la edad de seis años, poco mas ó menos, casi nunca constituye una afeccion simple, única é independiente de la pneumonia; de la cual se aísla por lo comun despues de aquella edad, y entonces se presenta independiente con una frecuencia que no es muy inferior á la de las demás edades.

Vamos á hablar pues de la pleuresía que existe como enfermedad única y simple ó como afeccion complicada pero principal con respecto á la pneumonia coincidente. Puede ser *aguda y crónica*.

§ PRIMERO.

De la pleuresia aguda.

CARACTERES ANATÓMICOS. Las alteraciones que deja en el cadáver la pleuresía aguda, en jeneral, son bien conocidas. Puede hallarse con derrame ó sin él: en el primer caso las mas de las veces constituye un estado morboso accesorio á una pneumonia ó á una afeccion tuberculosa, y está caracterizada por una inyeccion sanguínea situada mas bien en el tejido celular que en el espesor de la membrana serosa, (en el cual suelen encontrarse tambien manchas sanguíneas si la pleuresía es algo estensa,) y por aderencias que unas veces son muy recientes, blandas y como fibrinosas, y otras menos recientes ó ya organizadas en tiras celulares, elásticas, secas ó infiltradas de líquidos serosos. En la pleuresía con derrame, á mas de los caracteres precedentes, que nunca faltan, se encuentra una cantidad variable de líquido que aprieta al pulmon hácia la coluna vertebral, abaja al diafragma, y aun puede separar las paredes del pecho en el sentido de su espesor, y apretar al mediastino hácia el lado sano: sus cualidades pueden variar desde las de una serosidad clara y amarillenta hasta á un líquido completamente purulento: su color algunas veces está enrojecido por la sangre y en otras está mezclado con grumos pseudo-membranosos del todo libres ó bien aderidos por un punto á las paredes de la cavidad pleurítica. Todas estas variedades dependen de la diferente época ó intensidad del mal.

La pleuresía aguda simple, lo mismo que la pneumonia lobular, afecta mas á menudo al lado derecho que al izquierdo; pero cuando acompaña á la lobulillar, lo mismo que esta, es tan frecuente por lo menos en el lado derecho como en el izquierdo: en los casos en que coincide con los tubérculos pulmonares es mas frecuente, como estos, en la parte izquierda que en la derecha.

CAUSAS. Son las mismas que en el adulto. Cuando coincide con la pneumonia ó con tubérculos, es efecto de la estension de la flegmasia del pulmon ó de la irritacion que estos sostienen en su alrededor. Hemos observado algunos casos de pleuresía desarrollada consecutivamente á la escarlatina, como lo diremos en su lugar. Por lo que toca á la pleuresía simple, no suelen padecerla los niños hasta que tienen cinco ó seis años, y se vá volviendo mas frecuente á medida que va adelantando la edad. Esto corrobora lo que tenemos dicho, hablando de la pneumonia, acerca la accion del frio en los niños: pues en ellos, como en los adultos, es el frio la causa ocasional mas comun de la pleuresía y de la pneumonia, mayormente cuando obra repentinamente sobre el cuerpo que esté en sudor; y aun puede decirse que esta causa es mas propia de la pleuresía que de la pneumonia; por consiguiente de esto puede deducirse que el motivo por el cual no se padece la pleuresía hasta la época en que empieza á esperimentarse la pneumonia lobular, consiste en que los niños no se hallan antes tan espuestos á la accion enérgica del frio. (v. páj. 23.) La pleuresía, aun en la niñez, es mas frecuente en el sexo masculino; lo que depende de que los niños llevan una vida menos sedentaria y se esponen mas á la accion del frio que las niñas.

SINTOMAS Y MARCHA. Los síntomas racionales de la pleuresía simple son la preferencia del enfermo para el decúbito del lado afecto, el dolor de costado, la tos, la difnea y la calentura. En el principio de la infancia, hasta á los cuatro ó cinco años, es muy difícil asegurar positivamente la existencia del dolor; pero mas adelante, por lo regular, puede apreciarse con todos los caracteres que le son propios. La tos es seca ó solo ocasiona algunos esputos espumosos sin caracteres especiales; es penosa porque aumenta el dolor punjitivo del costado, y el enfermo solo cede por fuerza al impulso de toser. La difnea, en jeneral es tanto mas manifiesta cuanto mas abundante es el derrame, pero algunas veces es muy fuerte á causa del dolor, cuya intensidad limita la estension de los movimientos respiratorios; y esta se vé obligada á suplir por la frecuencia la falta de dilatacion. Por fin la calentura suele ser poco intensa: la pleuresía en igualdad de intensidad y esten-

sion, ocasiona menos calentura que la pneumonia. Es sabido el valor que tienen estos síntomas en el adulto, y á corta diferencia es igual en los niños, excepto que la falta de la expectoracion en ellos no es especial á la pleuresía, pues hemos dicho que falta tambien á menudo en la pneumonia aun en la edad de cinco á quince años.

Los señales físicos suministrados por la inspeccion, la percusion y la auscultacion del torax ofrecen mayor certeza que los síntomas racionales. Asi; la ampliacion del lado afecto, su menor dilatacion en la inspiracion, la matitis, la respiracion bronquial ó la falta de todo ruido respiratorio, y la egofonia acompañan casi siempre al derrame, y no dejan duda de su existencia. Todos estos signos, en jeneral, pueden apreciarse tan fácilmente en los niños como en el adulto; y todo lo que se refiere á su estudio detallado en este, es aplicable á los primeros; por lo que no debemos hablar de ello. La coexistencia de la pneumonia, de los tubérculos y de algunas otras enfermedades ocasiona ciertas modificaciones en algunos síntomas y añade otros nuevos que caracterizan mas ó menos la naturaleza de cada una de estas modificaciones. Asi, cuando hay la complicacion de la pneumonia con la pleuresía, el dolor conserva el carácter pleurítico, pero la tos adquiere el húmedo propio de la pneumonia, sobre todo en la lobulillar; en los niños de mas edad, cuando puede observarse la expectoracion, suministra señales de mucho valor; además la difnea es mas intensa cuando hay esta complicacion que en una sola de estas enfermedades, lo mismo debe decirse de la calentura: el sonido del lado afecto conserva la matitis propia de la pleuresía; pero si el derrame es poco considerable, la respiracion bronquial podrá estar mezclada con estertores húmedos pertenecientes á la pneumonia, ó bien se percibirán estos estertores en las inmediaciones del derrame, etc.

La marcha de la enfermedad es diferente segun su estado de simplicidad ó de complicacion: asi es que la pleuresía unida á la pneumonia la imprime y recibe de ella una actividad sensible en su marcha; la coexistencia de otros derrámenes serosos (como sucede despues de la escarlatina) en el pericardio, peritoneo y tejido celular, ocasiona algunas veces con mucha rapidez la terminacion de la pleuresía por la muerte,

aun antes que haya en la pleura lesiones inflamatorias bien caracterizadas. Al contrario, la pleuresía simple, en jeneral, sigue una marcha sub-aguda. A menudo empieza con calofríos, á los que sucede un calor febril, y luego se declaran todos los síntomas locales. A medida que aumenta el derrame, la mayor parte de estos síntomas siguen una marcha ascendente; pero algunas veces sucede que, haciéndose muy considerable el derrame, mayormente si es doble, el pulso pierde algo de su fuerza y aun de su frecuencia, el estado febril es incompleto y mas bien dá lugar á un estado de asfixia sub-agudo, lo que hemos observado en algunos niños que han muerto. Al contrario, cuando se detiene el derrame, los síntomas quedan tambien estacionarios; y en fin, si se han de curar, además de la disminucion del dolor, de la tos y de la difnea, la percusion y la auscultacion indican que se abaja cada dia el nivel del líquido derramado, por la disminucion de la matitis, del soplo y de la voz bronquial, y por la aparicion del ruido de frotacion pleural que hemos encontrado en muchos niños.

El líquido se reabsorbe regularmente de arriba abajo, y el ruido respiratorio reaparece al principio en los puntos en qué había desaparecido mas tarde; asi se le siente sucesivamente á lo largo del raquis, despues al vértice del pecho, debajo del omóplato, y por fin hácia la parte inferior del pecho. Sin embargo Barrier refiere un caso complicado con pneumonia, en el cual la reabsorcion empezó por la parte inferior; las pseudo-membranas que se extendían desde el pulmon á la pared torácica tuvieron bastante fuerza retractil para atraer al uno hácia al otro, sostener el peso del líquido puesto arriba de ellas, rechazándolo asi poco á poco, y en fin para reunir la base del pulmon con las costillas. Si este modo de reabsorcion fuese frecuente pudiera á menudo ocasionar dificultades en el diagnóstico de la pleuresía, tomándola por una de esas pneumonias que algunas veces se hallan en los niños sin estertor crepitante y á menudo sin expectoracion. Sin embargo, teniendo cuidado con la egofonia, con la matitis, que es mucho mas completa al nivel de un derrame que en un pulmon hepatizado, y con la mediana intensidad de la calentura, se evitará fácilmente el error.

VARIETADES. En el adulto se admiten muchas variedades

de pleuresía con relacion á las diferencias de sitio: asi se llama *jeneral ó parcial* y esta se divide en *costo-pulmonar, diafragmática, mediastina é interlobular*. Es sabido que todavia deja mucho que desear la historia de estas cuatro variedades, que raras veces queda circunscrita la pleuresía esclusivamente en una de las rejiones indicadas, y que si las hace admitir la inspeccion cadavérica, no siempre es cierto que las lesiones que presentan dependan de la pleuresía aguda; pues que las adherencias á menudo son antiguas y es difícil el remontarnos á su verdadero orijen. Sin embargo la primera de estas cuatro variedades es la que se halla mejor demostrada, siendo muy frecuente; y las dos últimas son muy difíciles de diagnosticar. La segunda es la que se ha descrito como la mas notable por sus síntomas; de los cuales son los principales un dolor agudo aumentado por todos los esfuerzos inspiratorios y por todos aquellos en quienes obra el diafragma (vómitos, eructos, tos), situado hácia la base del pecho en los puntos de insercion del diafragma y algunas veces en uno de los hipocondrios: una grande dificultad en la respiracion, que se nota particularmente con respecto á las costillas, y que á veces obliga á los enfermos á permanecer sentados con el tronco inclinado hácia adelante; una grande ansiedad; la alteracion de la fisonomía; movimientos convulsivos, y delirio. «Sin embargo, dice M. Chomel despues de haber hecho esta descripcion, cuando uno considera que estos últimos fenómenos, como tambien la risa sardónica que antiguamente se consideraba como el señal patagnomónico de parafrenitis, no se manifiestan por lo regular en la flegmasia de toda la estension de la pleura, es difícil de admitir, con solas tres ó cuatro observaciones, que pertenezcan á la pleuresía diafragmática. Puede sospecharse que en los pocos casos en qué se han observado, han sido accidentales y dependientes probablemente de alguna otra enfermedad. Lo mismo puede decirse con respecto al hipo, náuseas, vómitos é ictericia que á veces acompañan la inflamacion de la pleura, pero que no pueden considerarse como síntomas de la pleuresía.»

El pronóstico de la pleuresía aguda simple es poco grave porque, combatida como conviene, suele curarse: cuando es complicada, debe proporcionarse la gravedad del pronóstico

á la complicacion. Antes de los cinco ó seis años tal vez es mucho mas grave la pleuresía, aun en estado de simplicidad: no la hemos observado en esta edad.

TRATAMIENTO. Tiene las mismas indicaciones que en la edad adulta. Siendo la pleuresía simple, debe empezarse con las emisiones sanguíneas, proporcionándolas á la intensidad de los síntomas inflamatorios jenerales y locales, á la resistencia del mal y á las condiciones idiosincrásicas del enfermo. Cuando se halla ya en estado sub-agudo, tienen muy buena aplicacion los revulsivos y en particular los vejigatorios mas ó menos repetidos sobre el pecho: y es muy útil el procurar al mismo tiempo una derivacion hácia la piel con los diaforéticos, hácia los riñones con los diuréticos y hácia los intestinos con los purgantes, entre los cuales deben preferirse los hidragogos. Muchos prácticos se contentan con el solo uso de los medios hijiénicos en el tratamiento de la pleuresía simple sub-aguda, pero no debe imitarse siempre esta conducta.

Si la pleuresía está complicada con la pneumonia, el tratamiento es igual á corta diferencia; solo que podrá darse el tártaro emético á alta dosis, como en esta. En los niños de poca edad debe tenerse presente que la pneumonia coincidente agrava mucho el pronóstico de la pleuresía porque, como dificilmente termina aquella en ellos por resolucion, ocasiona una mayor intensidad en la pleuresía que la hace pasar con mas facilidad á la supuracion, y la hace asi casi incurable: debemos pues, en este caso, emplear todos los medios indicados con mayor teson y persistencia, bajo las reglas prescritas con respecto al tratamiento de la pneumonia lobulillar.

Hay otra variedad de la pleuresía complicada en la cual el tratamiento debe ser á la vez prudente y activo; hablamos de la que sobreviene en seguida de las hidropesías consecuentes á la escarlatina. En su lugar hablaremos con mayor estension de ellas, y aqui debemos manifestar solamente que cuando los derrámenes pleuríticos escarlatinosos se manifiestan acompañados de inflamacion y está bien caracterizada la pleuresía, debemos recurrir con resolucion á algunas evacuaciones sanguíneas locales, á los vejigatorios y á los drásticos. Los baños de vapor y los demás excitantes diaforéticos, que tan buenos efectos dan en la anasarca escarlatinosa apirética, son muy

dañosos luego que se añade á los derrámenes esplácnicos un estado inflamatorio, aun lijero; pues que este se agrava rápidamente bajo su influencia, y raras veces escapan de la muerte los enfermos.

§ II.

De la pleuresía crónica.

Si se separan los casos en los cuales la pleuresía crónica es accesoria á la enfermedad tuberculosa, puede decirse que en los niños raras veces se observa. A pesar de que se encuentre en un sujeto cuyo pulmon sea tuberculoso, puede constituir la enfermedad principal, si los tubérculos están poco adelantados y aquella consiste en un derrame considerable y purulento: entonces puede ser la causa principal de la muerte. Considerando pues á la pleuresía crónica realmente simple como muy rara en los niños, omitiremos su descripcion, porque no pudiéramos hacer mas que presentar la que es propia del adulto, lo que seria suponer su identidad y seguir por consiguiente una marcha poco científica.

ARTÍCULO VII.

DE LAS PERFORACIONES PULMONARES.

No son muy raras en los niños estas perforaciones, por medio de las cuales se establece una comunicacion entre la cavidad de los bronquios y la de la pleura; y aun pudiéramos añadir, si quisiéramos referirnos á nuestra sola esperiencia, que son mas frecuentes en ellos que en el adulto.

En el estado actual de la ciencia, la historia de estas perforaciones presenta mucho interés con respecto á la anatomía patológica, á las causas y á los síntomas; pero por lo que toca al tratamiento poco ó nada se ha adelantado. Casi constantemente están producidas por la enfermedad tuberculosa; por consiguiente, en vista de la ignorancia en qué nos hallamos con respecto á los medios propios para combatir eficazmente esta enfermedad, es fácil de conocer que nos es imposible el

á la complicacion. Antes de los cinco ó seis años tal vez es mucho mas grave la pleuresía, aun en estado de simplicidad: no la hemos observado en esta edad.

TRATAMIENTO. Tiene las mismas indicaciones que en la edad adulta. Siendo la pleuresía simple, debe empezarse con las emisiones sanguíneas, proporcionándolas á la intensidad de los síntomas inflamatorios jenerales y locales, á la resistencia del mal y á las condiciones idiosincrásicas del enfermo. Cuando se halla ya en estado sub-agudo, tienen muy buena aplicacion los revulsivos y en particular los vejigatorios mas ó menos repetidos sobre el pecho: y es muy útil el procurar al mismo tiempo una derivacion hácia la piel con los diaforéticos, hácia los riñones con los diuréticos y hácia los intestinos con los purgantes, entre los cuales deben preferirse los hidragogos. Muchos prácticos se contentan con el solo uso de los medios hijiénicos en el tratamiento de la pleuresía simple sub-aguda, pero no debe imitarse siempre esta conducta.

Si la pleuresía está complicada con la pneumonia, el tratamiento es igual á corta diferencia; solo que podrá darse el tártaro emético á alta dosis, como en esta. En los niños de poca edad debe tenerse presente que la pneumonia coincidente agrava mucho el pronóstico de la pleuresía porque, como difícilmente termina aquella en ellos por resolucion, ocasiona una mayor intensidad en la pleuresía que la hace pasar con mas facilidad á la supuracion, y la hace asi casi incurable: debemos pues, en este caso, emplear todos los medios indicados con mayor teson y persistencia, bajo las reglas prescritas con respecto al tratamiento de la pneumonia lobulillar.

Hay otra variedad de la pleuresía complicada en la cual el tratamiento debe ser á la vez prudente y activo; hablamos de la que sobreviene en seguida de las hidropesías consecuentes á la escarlatina. En su lugar hablaremos con mayor estension de ellas, y aqui debemos manifestar solamente que cuando los derrámenes pleuríticos escarlatinosos se manifiestan acompañados de inflamacion y está bien caracterizada la pleuresía, debemos recurrir con resolucion á algunas evacuaciones sanguíneas locales, á los vejigatorios y á los drásticos. Los baños de vapor y los demás excitantes diaforéticos, que tan buenos efectos dan en la anasarca escarlatinosa apirética, son muy

dañosos luego que se añade á los derrámenes esplácnicos un estado inflamatorio, aun lijero; pues que este se agrava rápidamente bajo su influencia, y raras veces escapan de la muerte los enfermos.

§ II.

De la pleuresía crónica.

Si se separan los casos en los cuales la pleuresía crónica es accesoria á la enfermedad tuberculosa, puede decirse que en los niños raras veces se observa. A pesar de que se encuentre en un sujeto cuyo pulmon sea tuberculoso, puede constituir la enfermedad principal, si los tubérculos están poco adelantados y aquella consiste en un derrame considerable y purulento: entonces puede ser la causa principal de la muerte. Considerando pues á la pleuresía crónica realmente simple como muy rara en los niños, omitiremos su descripcion, porque no pudiéramos hacer mas que presentar la que es propia del adulto, lo que seria suponer su identidad y seguir por consiguiente una marcha poco científica.

ARTÍCULO VII.

DE LAS PERFORACIONES PULMONARES.

No son muy raras en los niños estas perforaciones, por medio de las cuales se establece una comunicacion entre la cavidad de los bronquios y la de la pleura; y aun pudiéramos añadir, si quisiéramos referirnos á nuestra sola esperiencia, que son mas frecuentes en ellos que en el adulto.

En el estado actual de la ciencia, la historia de estas perforaciones presenta mucho interés con respecto á la anatomía patológica, á las causas y á los síntomas; pero por lo que toca al tratamiento poco ó nada se ha adelantado. Casi constantemente están producidas por la enfermedad tuberculosa; por consiguiente, en vista de la ignorancia en qué nos hallamos con respecto á los medios propios para combatir eficazmente esta enfermedad, es fácil de conocer que nos es imposible el

prevenir la complicacion accidental que aquellas producen en la marcha de los tubérculos pulmonares. Por otra parte, es sabido que á veces la naturaleza cura espontaneamente las fístulas pleuro-bronquiales; pero no conocemos medicacion alguna capaz de procurar este feliz efecto, que reduzca la afeccion á su primitivo estado de simplicidad y disminuya la gravedad del pronóstico. No pueden pues emplearse contra el pneumo-torax sino medios paliativos.

Todas las investigaciones hechas acerca las perforaciones pulmonares, despues de Laennec, no han hecho mas que confirmar las indagaciones de este sabio é ingenioso observador. Juicioso y tal vez demasiado reservado el inventor de la auscultacion, no se había atrevido á establecer, en vista de su observacion aunque muy estensa, que estas perforaciones en casi todos los casos son efecto del reblandecimiento de un tubérculo situado cerca de la pleura. Pero en estos últimos tiempos, en vista de las observaciones de los Sres. Reynaud, Andral, y Louis, y de las que se encuentran en los periódicos de medicina, se ha establecido como ley jeneral la frecuente coincidencia de las perforaciones pulmonares con la enfermedad tuberculosa: apenas pueden citarse algunas observaciones de pneumo-torax consecutivo á un absceso, á una gangrena ó á una perforacion simple del pulmon y de la pleura. Se puede presumir que Laennec no adelantó hasta esta jeneralizacion porque había observado una falta de concordancia entre el sitio de la tisis y del pneumo-torax. En efecto, es sabido que había adoptado la opinion de la mayor frecuencia de los tubérculos en el pulmon derecho; opinion que no ha podido sostenerse en vista de las numerosas observaciones exactamente recojidas en estos últimos años (Andral, Louis). Habiéndole parecido al contrario mas frecuente el pneumo-torax en el lado izquierdo, parecía tambien que de la falta de relacion en el sitio de ambas afecciones debía deducirse que no había relacion alguna de causas entre ellas. Ahora sabemos que no es fundada la opinion de Laennec acerca el sitio de los tubérculos, pues que esta enfermedad es mas frecuente en el pulmon derecho, ó por lo menos que si ambos pulmones se hallan afectados en un mismo enfermo, como sucede regularmente, la lesion es casi siempre mas grave en el izquierdo. El pneu-

mo-torax es asi mismo mas frecuente en el lado izquierdo que en el derecho, como lo ha probado M. Reynaud.

Somos de parecer que esta regla establecida para el adulto no es menos aplicable á la infancia. Vamos pues á ocuparnos en el estudio de estas perforaciones; y para facilitarlo formaremos de ellas tres grupos diferentes: en el 1.º comprendemos todos aquellos casos en que no hemos podido dudar del orijen tuberculoso de la perforacion; el 2.º constará de aquellos en quienes no ha sido evidente este orijen, pudiendo atribuirse la perforacion á un absceso consecutivo á una pneumonia, y por fin, en el 3.º hablaremos de ciertos casos de una especie particular, acerca cuya naturaleza nos parece difícil por el presente establecer una opinion determinada.

§ PRIMERO.

De las perforaciones tuberculosas del pulmon.

El autor cita cuatro observaciones suyas en las cuales ha encontrado estas perforaciones, y solamente en una de ellas pudo diagnosticarse esta lesion durante la vida. En este caso la enfermedad era probablemente efecto de la abertura purulenta de un tubérculo pulmonar situado cerca de la pleura, que se inflamó y abrió en este punto; y no se presentó con la reunion de circunstancias que se notan en el adulto. En él fué notable la curacion de la fístula bronquial y del pneumo-hydro-torax; pero es probable que los tubérculos siguieron su marcha ordinaria y que el niño murió tísico; lo que no sabe positivamente el autor porque aquel salió del hospital despues de curada la complicacion de los tubérculos. En otra de las observaciones no se reconoció durante la vida la existencia de la fístula pleuro-bronquial, y en su inspeccion cadavérica no fué muy fácil el decidir si la perforacion se había efectuado de dentro á fuera del pulmon por un absceso tuberculoso, ó si había tenido lugar de fuera á dentro consecutivamente al derrame pleurítico que por ahí habría hallado camino para salir por los bronquios. Favorece esta última opinion el considerar que la perforacion pleurítica no terminaba en una verdadera caverna tuberculosa, sino en un trayecto prolongado por el

cual se comunicaba con un bronquio; que el pulmon izquierdo no contenía ninguna otra caverna tuberculosa, y que la fistula se hallaba situada en el lóbulo inferior, en el cual raras veces supuran los tubérculos mas pronto que en el superior: al contrario podrá admitirse el oríjen verdaderamente tuberculoso de la perforacion, considerando que ambos pulmones se hallaban desde mucho tiempo afectados de tubérculos si se juzga por los conmemorativos; que la fistula se hallaba en el pulmon izquierdo, y que si no había otras cavernas en este pulmon fué porque desde que el derrame pleurítico produjo su hundimiento y la inactividad de sus fuaciones no pudo desarrollarse en él tan fácilmente la inflamacion que causa la supuracion de los tubérculos. En los otros dos casos ocasionaron la perforacion del parénquima pulmonar causas mas complejas: pues contribuyeron igualmente á ello por una parte los tubérculos y por otra la pneumonia. No puede ponerse en duda que influyó en su produccion un reblandecimiento tuberculoso, pues que se encontró la materia tuberculosa en el espesor y aun en la superficie de las paredes de las escavaciones; pero este reblandecimiento tuvo lugar bajo la influencia de una pneumonia aguda. Lo que lo prueba es que las escavaciones se hallaron en el lóbulo inferior, que era el sitio principal de la pneumonia; el que no se hallaron cavernas en los puntos que no estaban inflamados, y por fin su formacion rápida que no se anunció por murmullo sino pocos dias antes de la muerte.

Si se hubiesen inspeccionado superficialmente, se hubieran podido considerar á estas escavaciones como simples abscesos pneumónicos; pero examinándolos con atención reconoció Barrier la materia tuberculosa en sus paredes, y así conoció que la pneumonia solo había contribuido á su formacion como causa ocasional; siendo de creer que sin la existencia anterior de los tubérculos probablemente no habría terminado la pneumonia con la formacion de abscesos; pues esta terminacion rarisimas veces se efectúa en ella siendo simple, como se ha dicho en su lugar.

En dichos casos las escavaciones, antes de perforar la pleura, se habían vaciado ya seguramente por los bronquios; pues que no se halló la mas mínima cantidad de pus en la cavidad

de la pleura, en la cual se encontró solamente aire. Cuando se formó este pneumo-torax estaba ya demasiado adelantada la enfermedad para haberse podido diagnosticar por medio de la auscultacion y de la percusion; pero se comprende que una pneumonia poco estensa y poco grave en apariencia podría ocasionar con la misma facilidad el reblandecimiento de los tubérculos y una perforacion pulmonar. Este accidente pudiera pues diagnosticarse si acaeciese en un niño que todavía no se hallase afectado de síntomas graves, en cuyo caso habiéndolo reconocido, debería agravarse el pronóstico, porque además de la pneumonia y de los tubérculos habría una pleuresía aguda, y tambien porque basta el solo pneumo-torax para suspender completamente la respiracion y la hematosis en el pulmon que comprime.

De lo dicho se infieren las diferencias que presentan estas cuatro observaciones, y en particular las dos últimas, con respecto á lo que se nota regularmente en el adulto; y sin embargo en todas ellas se observa una circunstancia comun que es tambien propia de los mas de los casos en una edad mas adelantada, es decir, la situacion de las perforaciones en el pulmon izquierdo. En los tres casos seguidos de autopsia se encontró la perforacion en la base del pulmon y no en su vértice; y en el resto de este órgano solamente se hallaron tubérculos duros, y ninguna caverna en el lóbulo superior. En los dos últimos, la pneumonia por lo menos ha contribuido tanto á la produccion de la perforacion como la enfermedad tuberculosa; y bajo este punto de vista estos dos casos se diferencian mucho mas que los dos primeros de los que se observan en las demás edades, pues en ellas la pneumonia casi nunca toma parte en la produccion de las fistulas pleuro-bronquiales.

El tratamiento de las perforaciones pulmonares tuberculosas casi nunca puede ser sino paliativo, porque no poseemos medio alguno capaz de obrar directamente sobre el punto enfermo y de procurar la cicatrizacion de la fistula pleuro-bronquial; y por otra parte aun cuando se consiguiese esta cicatrizacion solo se curaría la complicacion de la enfermedad tuberculosa, pues esta permanece y continúa en su marcha regular. Sin embargo, el práctico no siempre debe permanecer

pasivo, pues su deber le obliga á procurar el alivio del enfermo, prescribiendo una sangría mas ó menos copiosa, cuando este no se halla muy debilitado, para moderar la difnea que experimenta y la intensidad de la pleuresía que debe resultar del derrame producido por la perforacion. Es igualmente aplicable para estos casos el tratamiento que recomiendan los médicos ingleses en las perforaciones intestinales, ó sea el uso de los opiados á alta dosis. El narcotismo no solamente tiene por efecto la disminucion de la difnea y del dolor, sino que disminuye tambien la tos, y de esta manera previene el derrame mas abundante de las materias contenidas en el trayecto de la fistula y en la caverna: no efectuándose, ó siendo poco abundante este derrame en la cavidad de la pleura, esta debe inflamarse con menor intensidad, y asi se disminuyen los síntomas. Además, la quietud en el pulmon afecto, para la cual contribuye el narcotismo, aunque incompleta, hace que sean mucho mas fáciles la adhesion y la cicatrizacion de las paredes de la fistula pleuro-bronquial; y una vez se ha efectuado esta adhesion, el gas que queda en la cavidad de la pleura no tarda en reabsorverse; entonces el pulmon adquiere otra vez poco á poco su aptitud para la respiracion, y la enfermedad tuberculosa vuelve á su estado de simplicidad. M. Constant insertó en la *Gazette medicale* del año 1835 (página 571), una observacion muy interesante de pneumotorax tratado segun estas indicaciones con tan buen éxito como podia esperarse.

§ II.

De las perforaciones inflamatorias del pulmon.

Dos casos refiere Barrier que se diferencian de los que han ocupado el § 1.º, porque en ellos no se encontraron tubérculos en el pulmon perforado, y solo se hallaron vestigios de materia tuberculosa en el del lado opuesto y en algunos gangliones linfáticos del mediastino. Es pues sumamente probable, por no decir cierto, que los abscesos pulmonares y las perforaciones determinadas por ellos fueron del todo independientes de la enfermedad tuberculosa, y no tuvieron otra causa

que la pneumonia muy aguda y muy intensa que les precedieron. Como pruebas confirmativas de ello debe notarse que los abscesos se hallaron en el pulmon derecho y en su base, en lugar de ocupar el vértice del pulmon izquierdo, como suelen hacerlo las cavernas tuberculosas.

Una de estas observaciones fué muy interesante porque la enfermedad pudo diagnosticarse completamente durante la vida, en atencion á que la perforacion complicó á una pneumonia grave, pero bastante poco estensa, y que no habia todavía reducido al enfermo al estado en que se hace imposible la exploracion de los señales físicos; asi es que pudo observarse bien la dilatacion del lado afecto, el retumbo anormal en la parte superior, la matitis en la inferior, la respiracion amfórica y el sonido metálico. No se investigó el sacudimiento del pecho, que ya aconsejó Hipocrates, y asi no puede saberse si se hubiera encontrado la fluctuacion que tantas veces se ha observado en casos de este jénero, y acerca cuya importancia ha insistido tanto Laennec. En el otro caso, el enfermo estaba demasiado fatigado para que pudiese practicarse la percusion y la auscultacion, y eran ya tan graves los síntomas racionales que la perforacion, aun suponiendo que se hubiese efectuado muchos dias antes de la muerte, casi nada habria añadido á su intensidad; y por consiguiente solo pudo conocerse en la autopsia.

Considerada la perforacion del pulmon como complicacion de una pneumonia ya bastante grave por sí para ser necesariamente mortal, presenta muy poca importancia, mayormente cuando no sobreviene sino hácia el fin de la vida; pero si la pneumonia fuese mas lijera ó no fuese mortal por haber dado lugar á la formacion de un pequeño absceso, se volvería infinitamente mas grave si este absceso en lugar de evacuarse solamente por los bronquios, se abria tambien en la pleura. Efectivamente entonces además de que cesa en el pulmon la respiracion á causa de la compresion que ejerce sobre él el aire extraviado, sobrevendria casi necesariamente un derrame purulento en la pleura.

Muchos médicos ingleses han establecido que podia efectuarse una exalacion de gas en la superficie de la pleura en el curso de las pneumonias. M. Grisolle, que discute esta opi-

nión, piensa que los hechos en qué se apoya, sobre todo los que cita M. Hudson, fueron probablemente mal observados, y pone tambien en duda la exactitud de los que refieren los Sres Graves y Stockes, ó por lo menos hace observar que, habiéndose curado los enfermos, no se funda en pruebas inequívocas la interpretación de estos hechos tal como aquellos la han establecido. Creemos como M. Grisolle que en el caso de M. Stockes, la larga duración de la enfermedad y los síntomas de la calentura hética deben hacer admitir que además de la pneumonia habia alguna otra alteracion grave de los pulmones, que ocasionó probablemente un pneumo-torax. Por fin, el pneumo-torax sin perforacion del parénquima pulmonar es un hecho tan sumamente raro, tan escepcional que tal vez no hay de él un ejemplo bien auténtico; si el diagnóstico de los observadores ingleses ha sido exacto en cuanto á la presencia de un gas en la pleura, nos parece mas racional, en lugar de atribuirlo á la exalacion gaseosa de la pleura, el admitir que ha habido una perforacion pulmonar producida por un pequeño absceso vaciado ya antes en los bronquios y abierto con un agujero muy pequeño que se cerró antes de que se hubiese derramado por él una cantidad de pus suficiente para ocasionar la inflamacion sub-aguda de la pleura y la produccion de los signos físicos del pneumo-hydro-torax con fistula pleuro-bronquial.

En todos los casos que hemos observado, la perforacion se ha efectuado por pequeños abscesos simples ó tuberculosos, y nunca en seguida de la gangrena del pulmon. Esta terminacion de la pneumonia es probablemente muy rara en los niños, pues que nunca la hemos observado, y los autores que se han dedicado en la curacion de aquella enfermedad en ellos parece que tampoco la han hallado nunca ó casi nunca. Por otra parte, al presente se sabe ya, como lo habia afirmado Laennec, que la gangrena del pulmon se desarrolla lo mas comunmente cuando no hay ninguna especie de pneumonia, de la cual puede apenas considerarse como terminacion.

De las perforaciones idiopáticas del pulmon.

En el cadáver de un niño de seis años afectado de meningitis tuberculosa, encontró Barrier equimoses superficiales en los pulmones, cuyo tejido parecia mas desmenuzable que en el estado natural, lo mismo que la pleura vecina; y al nivel de tres de estos equimoses halló un desgarró ó abertura simple, de la pleura, reciente y poco estenso, que debia interesar necesariamente las vesículas sub-yacentes. Estas perforaciones no tienen evidentemente relacion alguna con las que hemos examinado en los dos párrafos anteriores, pero son bien suficientes para esplicar el pneumo-torax que se halló en el cadáver; solo que debe notarse que esta acumulacion de gas no se efectuó con rapidez, pues ocasionó poco á poco y gradualmente la dificultad de respirar, y esto debió coincidir con una lesion tan poco estensa y tan superficial del parénquima pulmonar como se notaba, pues que no hallándose roto ningun bronquio un poco voluminoso, el aire se extravasaba en el pecho en muy poca cantidad á la vez en cada movimiento respiratorio. Se halló tambien, y esto es lo mas extraordinario, una cantidad bastante considerable de sangre negra, líquida y aun tibia, (mas de tres onzas en cada pleura) que debió proceder, ó bien de la superficie muy poco estensa de las aberturas pulmonares ó de una exalacion sanguínea de la membrana serosa; pero el primer origen parece infinitamente mas probable que el segundo, á causa de la infiltracion sanguínea que rodeaba las aberturas y que se encontraba tambien en otros puntos del pulmon.

La cuestion mas difícil de resolver es el saber si el desgarró del pulmon fué favorecido por la infiltracion sanguínea, y cual fué la causa ocasional de su produccion. El enfermo, en el dia antes de su muerte, tuvo un acceso de tos y de sufocacion y despues se repitieron estos accesos hasta que murió á las tres de la madrugada. ¿Puede pues atribuirse á los solos esfuerzos expiratorios la produccion de los desgarros? Esta seria una conclusion muy disputable, en atencion á los poquí-

simos casos en que los solos esfuerzos expiratorios mucho mas considerables que los que esperimentó el enfermo de que se trata, producen el desgarro del pulmon y de la pleura. Es sabido que los esfuerzos de la tos algunas veces hacen romper algunas vesículas y que pasa el aire al tejido celular que se halla entre los lobulillos y debajo de la pleura, pero en todos estos casos esta membrana se resiste á la impulsión del aire que no pasa á su cavidad. Cuando por los esfuerzos de la tos ú otros sobreviene un enfisema del tejido celular de todo el cuerpo, no debe admitirse necesariamente un desgarro de la pleura pues que no aparecen los síntomas de un pneumotorax. En el caso pues que nos ocupa, parece poco probable que los esfuerzos expiratorios hubiesen ocasionado la abertura de la pleura si esta membrana no hubiera estado reblandecida y hecha mas quebradiza por la infiltracion sanguinea que en el cadáver se hallaba en el espesor de su tejido y en las vesículas sub-yacentes. ¿Pero de que naturaleza era esta infiltracion sanguinea á que siguió el reblandecimiento y á cual circunstancia patagnomónica puede atribuirse? El hecho consignado en la observacion que nos ocupa llamó vivamente la atención de Barrier, y pensando que podía tal vez hallar alguna relacion entre la meningitis tuberculosa y la lesion observada en el pecho, resolvió examinar con un cuidado particular los pulmones de todos los niños que mas tarde viesse morir de meningitis, pero no ha podido encontrar en ellos otro ejemplo de perforacion; sin embargo en quince autopsias de niños afectados de aquella enfermedad ha hallado tres ó cuatro veces una infiltracion sanguinea que tenia los caracteres arriba espresados, es decir, se hallaba diseminada en la superficie de los pulmones formando manchas casi siempre situadas en la parte posterior y en la base del órgano, superficiales y ocupando solamente la pleura y las vesículas sub-yacentes, acompañadas de reblandecimiento y de friabilidad de sus tejidos. ¿Puede esplicarse esta lesion que definitivamente no parece mas que un equimosis, por una lesion vital profunda que es fácil de concebir en una enfermedad como la meningitis? La observacion no alcanza á esto, y el autor prefiere dejar dudosa esta cuestion que no el establecer una conclusion que no sea bien probada.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS.

Las enfermedades de los bronquios que deben estudiarse de una manera especial en la infancia, ya á causa de su grande frecuencia ya por las modificaciones que la edad debe imprimir en su descripcion, son el catarro, y la coqueluche. La primera de estas dos afecciones debe fijar sobre todo nuestra atencion; pero antes de ocuparnos en su historia, estudiaremos el catarro en jeneral, sino de una manera completa, por lo menos bajo el punto de vista de la predisposicion que tienen los niños á contraer esta enfermedad en la mayor parte de sus membranas mucosas, y asi en ellos presentan estas afecciones catarrales una importancia de primer órden. Unas veces constituyen por si solas estados morbosos idénticos en su fondo y solamente variables en cuanto á su sitio, como el catarro del tubo digestivo, el pulmonar, etc.; y en otras entran como elementos de variable importancia en la constitucion de muchos estados morbosos complicados, como los catarros sintomáticos que se observan en muchas enfermedades, tales como las calenturas tifoideas y exantemáticas, la disenteria, la coqueluche, la pneumonia lobulillar, etc. En todos estos casos el catarro requiere mucha atencion en los niños como hemos manifestado ya diferentes veces y tendremos ocasion de recordarlo otras muchas; pues aunque muy á menudo solo parece accesorio con relacion al otro estado patológico, adquiere sin embargo un valor indudable, ya modificando la marcha del mal, ya indicando el uso de medios terapéuticos particulares.

§ PRIMERO.

Del catarro en jeneral.

Los niños se hallan muy predispuestos á las enfermedades inflamatorias y catarrales de las membranas mucosas por la actividad considerable de las funciones y de la circulacion capilar de estas membranas, y por la mayor irritabilidad de las mismas.

simos casos en que los solos esfuerzos expiratorios mucho mas considerables que los que esperimentó el enfermo de que se trata, producen el desgarro del pulmon y de la pleura. Es sabido que los esfuerzos de la tos algunas veces hacen romper algunas vesículas y que pasa el aire al tejido celular que se halla entre los lobulillos y debajo de la pleura, pero en todos estos casos esta membrana se resiste á la impulsión del aire que no pasa á su cavidad. Cuando por los esfuerzos de la tos ú otros sobreviene un enfisema del tejido celular de todo el cuerpo, no debe admitirse necesariamente un desgarro de la pleura pues que no aparecen los síntomas de un pneumotorax. En el caso pues que nos ocupa, parece poco probable que los esfuerzos expiratorios hubiesen ocasionado la abertura de la pleura si esta membrana no hubiera estado reblandecida y hecha mas quebradiza por la infiltracion sanguinea que en el cadáver se hallaba en el espesor de su tejido y en las vesículas sub-yacentes. ¿Pero de que naturaleza era esta infiltracion sanguinea á que siguió el reblandecimiento y á cual circunstancia patagnomónica puede atribuirse? El hecho consignado en la observacion que nos ocupa llamó vivamente la atención de Barrier, y pensando que podía tal vez hallar alguna relacion entre la meningitis tuberculosa y la lesion observada en el pecho, resolvió examinar con un cuidado particular los pulmones de todos los niños que mas tarde viese morir de meningitis, pero no ha podido encontrar en ellos otro ejemplo de perforacion; sin embargo en quince autopsias de niños afectados de aquella enfermedad ha hallado tres ó cuatro veces una infiltracion sanguinea que tenia los caracteres arriba espresados, es decir, se hallaba diseminada en la superficie de los pulmones formando manchas casi siempre situadas en la parte posterior y en la base del órgano, superficiales y ocupando solamente la pleura y las vesículas sub-yacentes, acompañadas de reblandecimiento y de friabilidad de sus tejidos. ¿Puede esplicarse esta lesion que definitivamente no parece mas que un equimosis, por una lesion vital profunda que es fácil de concebir en una enfermedad como la meningitis? La observacion no alcanza á esto, y el autor prefiere dejar dudosa esta cuestion que no el establecer una conclusion que no sea bien probada.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS.

Las enfermedades de los bronquios que deben estudiarse de una manera especial en la infancia, ya á causa de su grande frecuencia ya por las modificaciones que la edad debe imprimir en su descripcion, son el catarro, y la coqueluche. La primera de estas dos afecciones debe fijar sobre todo nuestra atencion; pero antes de ocuparnos en su historia, estudiaremos el catarro en jeneral, sino de una manera completa, por lo menos bajo el punto de vista de la predisposicion que tienen los niños á contraer esta enfermedad en la mayor parte de sus membranas mucosas, y asi en ellos presentan estas afecciones catarrales una importancia de primer órden. Unas veces constituyen por si solas estados morbosos idénticos en su fondo y solamente variables en cuanto á su sitio, como el catarro del tubo digestivo, el pulmonar, etc.; y en otras entran como elementos de variable importancia en la constitucion de muchos estados morbosos complicados, como los catarros sintomáticos que se observan en muchas enfermedades, tales como las calenturas tifoideas y exantemáticas, la disenteria, la coqueluche, la pneumonia lobulillar, etc. En todos estos casos el catarro requiere mucha atencion en los niños como hemos manifestado ya diferentes veces y tendremos ocasion de recordarlo otras muchas; pues aunque muy á menudo solo parece accesorio con relacion al otro estado patológico, adquiere sin embargo un valor indudable, ya modificando la marcha del mal, ya indicando el uso de medios terapéuticos particulares.

§ PRIMERO.

Del catarro en jeneral.

Los niños se hallan muy predispuestos á las enfermedades inflamatorias y catarrales de las membranas mucosas por la actividad considerable de las funciones y de la circulacion capilar de estas membranas, y por la mayor irritabilidad de las mismas.

La primera de estas tres condiciones se halla en relacion con el elemento catarral; la segunda con el inflamatorio, y la tercera obra en la produccion de ambos elementos morbosos. Segun cual sea la condicion preponderante entre las dos primeras, la enfermedad complexa que resulta de la asociacion de estos dos elementos, para la cual nos falta todavía una buena denominacion, presenta la forma catarral ó la inflamatoria. Es pues evidente que estas enfermedades son mas frecuentes en ciertos órganos por la única razon de que en ellos se hallan mas aumentadas estas condiciones, como sucede en las membranas mucosas del canal digestivo, en la de los bronquios, y en las de los órganos de los sentidos. Por la misma razon son sumamente raras en los niños las afecciones de la membrana mucosa jénito-urinaria, porque en ellos es mucho menos enérgica la actividad funcional de esta membrana que en las demás edades, á causa de que la orina es mucho menos irritante y se detiene menos en la vejiga, etc.; porque está en ella poco desarrollada todavía la circulacion capilar, y así es que ni en los recién-nacidos ni en los primeros años de la vida se encuentra la inyeccion normal que ha hecho conocer tan bien Billard en la bucal, faríngea, etc., y por fin porque no goza todavía aquella membrana de una sensibilidad especial.

Al contrario es sabido que el acto fisiológico por el cual la mucosa digestiva contribuye esencialmente á la elahoracion de los alimentos, consiste en la secrecion de ciertos jugos destinados á obrar químicamente sobre aquellos; secrecion que es mayor en los niños, en razon de que su digestion es mas activa; y por consiguiente, bajo el influjo de causas menos intensas, puede acrecentarse, rompiendo los límites del estado normal. Estos líquidos, que tienen cualidades ácidas, son los que suministran el estómago y los intestinos delgados. Su abundancia preternatural no constituye esencialmente una alteracion inflamatoria, ni catarral propiamente dicha, sino algunos desarreglos en las funciones gastro-intestinales que los antiguos atribuian con razon á lo que llamaban *aculeces* del estómago; y en esta parte no puede achacárseles otro defecto sino que llevaban demasiado lejos la jeneralizacion de un hecho exacto. Además segrega también aquella membrana las mucosidades propiamente dichas, cuya secrecion es también

mucho mas enérgica en los niños por la misma causa; y por poco que se halle sobre escitada origina el catarro que puede padecerse en todos los puntos del canal digestivo, porque en todos ellos la membrana mucosa contiene criptas mucosas, pero se hallan tanto mas dispuestos á padecerlo cuanto mas abundan las criptas en su membrana mucosa; y es por esto que es tan frecuente en los niños el catarro agudo ó crónico en el último intestino.

La secrecion normal de las mucosidades bronquiales es también mas abundante en los niños en razon de que la respiracion es en ellos mucho mas activa, y así puede también aumentarla con mayor facilidad la causa mas leve, ocasionando el catarro bronquial, que por lo mismo es tan frecuente en ellos.

La actividad de las secreciones respiratorias y foliculosas ocasiona y sostiene en las mucosas gástrica y pulmonar un estado particular de la circulacion capilar, que puede ser secundariamente causa del catarro y sobre todo de su flegmasia: este estado consiste en una congestion habitual que, en un tiempo determinado, pone mayor cantidad de sangre en contacto con los órganos destinados á separar de ella los líquidos necesarios al cumplimiento de las funciones de que se halla encargada la membrana mucosa. No debe empero exajerarse, como se ha hecho en éstos últimos tiempos, la influencia de esta actividad mayor de la circulacion capilar, inherente á la mayor enerjia de las funciones de aquellos órganos en los niños, para la produccion de las flegmasias.

Admitida la predisposicion que promueven en los niños las condiciones que acabamos de indicar para la produccion de las enfermedades catarrales y flogísticas de las membranas mucosas de los órganos digestivo y respiratorio, nadie estrañará que se produzcan con tanta facilidad en ellos bajo el influjo de causas ocasionales, accidentales, en apariencia muy ligeras y accesorias.

Por las mismas razones son también mas frecuentes en los niños que en los adultos las afecciones catarrales de los órganos de los sentidos, tales como el catarro ocular, el nasal y el del oido, cuyas membranas mucosas se hallan por otra parte en contacto con los agentes exteriores, y por consiguiente es-

tán sometidas á diferentes causas ocasionales de irritacion, dependientes de las frecuentes variaciones que sobrevienen en las cualidades de aquellos ajentes.

Considerando las afecciones catarrales en jeneral debe notarse además, en la infancia, otra condicion fisiológica jeneral propia para favorecer su desarrollo, á mas de la mayor irritabilidad de las membranas mucosas de que hemos hablado y que es efecto de que el hábito todavía no ha embotado su sensibilidad y de la irritabilidad extrema que tiene su sistema nervioso: hablamos del estado de la piel. Por una parte los tegumentos esternos son mas sensibles á la accion del frio y de la humedad, que como es sabido constituyen la causa ocasional mas frecuente de las afecciones catarrales en todas las edades de la vida; y así es que, á mas de obrar esta causa directamente sobre las membranas mucosas de los sentidos y por medio de la respiracion en la pulmonar, es indudable que altera y modifica con mucha frecuencia la vitalidad de las mucosas internas de una manera indirecta, obrando sobre la piel, ya sea que se suspendan momentáneamente las funciones de esta membrana y esto ocasiona un aumento de actividad en aquellas por efecto de las leyes de equilibrio, ya sea que, promoviendo la retraccion de la sangre de los capilares sanguíneos de la piel, ocasione necesariamente un aumento de aflujo sanguíneo en las mucosas viscerales. Resulta pues de lo dicho que, siendo como es en los niños la piel mas sensible á esta accion patojénica, constituye otra predisposicion cierta para las afecciones catarrales. Por otra parte, parece que las enfermedades de la piel, y en particular las agudas, son mas frecuentes en la infancia que en las demás edades; y además así como hay conexiones fisiológicas entre la piel y las membranas mucosas las hay tambien análogas en el estado patológico: por ellas es frecuente la repercusion de aquellas enfermedades en las membranas mucosas, y así la grande frecuencia de las primeras contribuye á la afeccion de las segundas.

Hasta aquí hemos hablado de las causas predisponentes jenerales ó comunes á todos los individuos: con respecto á las individuales ó que solamente son propias de un cierto número de niños, pero que no se encuentran en todos, una de las menos dudosas y de las mas importantes es la disposicion heredi-

taria. Así como en las mas de las afecciones, como la tisis, el cáncer, etc., esta causa permanece latente ó en una especie de incubacion durante mas ó menos años, la disposicion hereditaria á los catarros puede desarrollarse desde la mas tierna infancia. Si se practican investigaciones minuciosas acerca la salud de los padres, el carácter que toman en ellos las enfermedades, la reunion de su constitucion y temperamento, el estado de la piel y el modo como ejerce esta sus funciones habitualmente, se conocerá á menudo con mucha facilidad que su hijo, que padece un catarro cualquiera, ha recibido de ellos una disposicion especial para contraerlo. Esta investigacion es muy importante en la práctica, pues que, unida á otras circunstancias que manifiestan en los niños una disposicion catarral, indica de una manera muy positiva el uso de los medios propios, y pueden pronosticarse anticipadamente sus ventajosos efectos.

No son fáciles de conocer siempre los señales propios para caracterizar en los niños lo que llamaremos constitucion catarral; sin embargo indicaremos los principales. Suelen observarse las afecciones catarrales en los niños que tienen un temperamento linfático puro, y tanto mas cuanto mas desarrollado está; en ellos la piel es muy fina y blanca, su color es pálido, y las carnes, que son blandas, abotagadas y un poco descoloridas, parecen empapadas de líquidos serosos, y les falta la tonicidad de tejido que procura una circulacion activa y una vitalidad enérgica. Estos niños jeneralmente sudan con mucha facilidad mientras están en la cama; hasta que pierden la salud suelen estar muy gordos, pero por la menor vicisitud atmosférica contraen ciertas indisposiciones como el flujo palpebral, la coriza, las fluxiones, la otorrea y las diarreas mucosas. Cuando puede observarse una de estas enfermedades se vé que predomina en ellas el elemento catarral al flojístico, hasta tal punto que suele ser la única base de las indicaciones; y si es preciso usar algun medio activo, se observa que los revulsivos que promueven una secrecion morbosa son los que sirven mejor.

La constitucion catarral tiende á desarrollarse mas á medida que se padecen y suceden estas afecciones. El catarro agudo muy pocas veces se termina por una curacion franca y com-

pleta y suele pasar á crónico. Es muy difícil la curacion de este catarro, y raras veces desaparecen completamente sus vestijios en los órganos que ha ocupado; los cuales quedan con una predisposicion mayor para volverlo á contraer bajo la influencia de las causas ocasionales, sino se consigue modificar la constitucion del niño, haciendo que adquiera su sangre las circunstancias particulares que mantienen un perfecto equilibrio entre las absorciones y las secreciones mucosas, por medio de una buena higiene observada por largo tiempo y del régimen fortificante que puede modificar los efectos del temperamento linfático.

De lo dicho puede inferirse que deben considerarse como causas predisponentes del catarro todas las enfermedades que debilitan la constitucion y pueden imprimir en ella un sello flemático ó pituitoso, como decian los antiguos, haciendo desaparecer los atributos del temperamento sanguíneo y desarrollando los del linfático, como las escrófulas, la raquitis, los vermes y otras enfermedades en las cuales se debe admitir como condicion primitiva ó secundaria un vicio particular de la parte nutritiva de la sangre, y que resultan siempre de la influencia hereditaria y del mal régimen: este puede producir las por sí solo. Las habitaciones frias, húmedas, poco ventiladas y oscuras, la falta de insolacion, los alimentos insuficientes ó de mala calidad, el abuso de los lacticinios, de los farináceos y de las legumbres, la falta de ejercicio muscular, etc., son las condiciones en que suelen encontrarse los mas de los niños evidentemente predispuestos á las afecciones catarrales: es por esto que son tan frecuentes en los hospitales, ya por las condiciones desventajosas que se notan en estos establecimientos, ya porque los niños que se recojen en ellos, por ser pobres, se hallaban antes bajo el influjo de aquellas circunstancias.

§ II.

Del catarro bronquial.

Esta enfermedad es seguramente la que padecen con mayor frecuencia los niños, en los cuales unas veces debe considerar-

se como elemento principal ó accesorio de una afeccion complicada, y en otras como alteracion esencial única y que constituye todo el estado morboso. Sabida es la grande importancia de que goza en las calenturas eruptivas y particularmente en el serampion, en las tifoideas, en los asmás, en la coqueluche, en las afecciones difteríticas de las vias aéreas, en la tisis pulmonar tuberculosa y en la pneumonia lobulillar; y tambien que en las mas de estas enfermedades constituye su origen primordial. Cuando es único y esencial, forma una de las enfermedades mas frecuentes en nuestro país en las estaciones frias; pero afortunadamente desde la pubertad á la vejez no suele perder su carácter de simplicidad, y se cura con los solos medios hijiénicos conocidos por el vulgo, ó espontáneamente; pero no puede decirse lo mismo con respecto á los niños y á los viejos, en los cuales, siendo á menudo lijera en su principio, se va agravando poco á poco y necesita para curarse un tratamiento, sino enérgico, por lo menos bien dirigido y seguido; ó bien se complica mas ó menos rápidamente con alguna enfermedad grave de la que es causa ocasional.

La denominacion de *bronquitis*, con que se ha señalado en estos últimos tiempos la enfermedad que nos ocupa, representa demasiado esclusivamente en ella el carácter flogístico; y la de *catarro pulmonar*, que nos han transmitido los antiguos, solamente se dirige al elemento catarral; por consiguiente ninguna de ellas es preferible esclusivamente, porque siempre se encuentran en ella estos dos elementos, de los cuales unas veces predomina el uno y otras el otro, segun las épocas de duracion del mal, su forma, y la idiosincrasia del enfermo. Nos valdremos pues indistintamente de ambas denominaciones, sin perder de vista la duplicidad del estado morboso que significan; el cual presenta muchas modificaciones de intensidad desde un lijero resfriado hasta el catarro sufocante.

CARACTERES ANATÓMICOS. El sitio de la bronquitis merece en los niños una atencion especial. Cuando está limitada á las primeras divisiones de los bronquios no tiene gravedad inmediata; cuando se estiende á las de segundo orden, empieza á tenerla mayor de lo que lo es en igual caso en el adulto; cuando se propaga á las últimas ramificaciones aéreas es en los niños sumamente grave á causa de la pneumonia lobulillar que

casi siempre la sigue; y por fin, cuando ocupa estos tres sitios en una grande estension puede ocasionar la muerte por sí sola antes de producir la inflamacion del parénquima. Estas diferencias de gravedad relativas á su sitio corresponden al estado agudo; pues en el crónico la distincion es menos manifiesta y sus consecuencias, aunque son análogas, están modificadas, con respecto al modo de producirse, por la marcha de la enfermedad.

Entre las lesiones que caracterizan la bronquitis se encuentra la rubicundez, que se observa bastante á menudo, aunque no constantemente, en los bronquios inflamados. Es necesario no confundirla con la del tejido pulmonar que deja percibir la transparencia de la mucosa de los pequeños bronquios: esta regularmente forma manchas de diferentes grados al paso que la que pertenece realmente á la mucosa bronquial es mas uniforme y mas continua.

Cuando se encuentra la rubicundez en los bronquios que tienen anillos cartilajinosos podemos estar seguros de que aquella pertenece verdaderamente á la mucosa, si es uniforme y continua, tanto al nivel de los anillos como en sus intervalos; al paso que si se observa solamente en estos, puede proceder del tejido pulmonar sub-yacente; para diferenciarla en este caso, lo que es muy importante, se puede raer la parte exterior del bronquio á fin de quitar todo el tejido areolar, y si persiste la rubicundez cuando no queda sino el conducto bronquial es claro que es propia de él.

Esta membrana es tan tenue en sus últimas ramificaciones que es muy difícil el encontrar su engrosamiento anormal: por induccion puede admitirse, porque se halla evidentemente en las primeras divisiones de los bronquios, pero es difícil de establecer si puede producir la obliteracion de aquellas ramificaciones independientemente de la acumulacion de algun líquido en su interior. Se ha admitido esta posibilidad en ciertos casos en que, con los signos racionales de la bronquitis, se vé sobrevenir una sufocacion rápida sin otras lesiones que la que se supone, lo que acontece, según dicen, sobre todo en casos de serampion grave; no nos atrevemos á negar este hecho, pero nunca lo hemos observado. En el catarro *sufocante*, del cual hemos visto algunos casos, puede es-

plicarse mejor la sufocacion por un edema pulmonar concomitante ó por las mucosidades que llenan los bronquios capilares que por el engrosamiento de la mucosa que siempre nos ha parecido enteramente inapreciable.

Es casi imposible el conocer los cambios de consistencia de la membrana mucosa de los pequeños bronquios: en los del mayor calibre puede llegar á percibirse que está reblanecida y esto debe considerarse como patológico cuando no coincide con la presencia de líquidos en ellos, pero en el caso contrario es problemático su valor, porque puede ser efecto de su maceracion despues de la muerte.

Las úlceras de la mucosa bronquial son sumamente raras en los niños: solo las hemos encontrado en casos de enfermedades tuberculosas, y nunca cuando la bronquitis era simple, aunque fuese muy antigua. Las criptas mucosas situadas en el espesor del tejido mucoso ó mas bien en el celular sub-yacente, son sumamente pequeñas en el estado normal, pero regularmente se aumenta su volúmen, y se hacen muy visibles en las bronquitis un poco antiguas; el orificio de su conducto escretorio se va ensanchando hasta adquirir media línea de diámetro: pasando de esta dimension constituiria una úlcera. Pudieran confundirse estos orificios creyendo que son úlceras, pero se distinguiran de estas por su figura perfectamente redonda y sobre todo porque el moco que contienen los folículos se presenta en su fondo si se practican presiones convenientes y el mismo se halla regularmente alterado y puriforme. Esta lesion de los folículos nos parece que caracteriza perfectamente la naturaleza catarral de la bronquitis.

El calibre de los bronquios raras veces permanece intacto en los niños por poco antigua que sea la bronquitis; y en ellos la dilatacion de estos conductos, en razon de su estructura, se efectúa con mucha mayor prontitud que en el adulto. Tiene poca importancia cuando se halla en las primeras divisiones bronquiales, lo que sucede solamente en casos de bronquitis muy antigua; la de los bronquios medianos se produce mas pronto, pues se encuentra en sujetos que solo habia 20 ó 30 dias que tosián, y es la que se halla lo mas á menudo en casos de coqueluche: sus caractéres son iguales en los niños y en el adulto. La dilatacion de los bronquios terminales merece en

aquellos una atención especial, pues se encuentra en la pneumonia lobulillar, en cuya descripción (páj. 21) hemos descrito sus caracteres y el modo de inspeccionarlos; en algunos casos raros en qué, siendo diseminada y poco estensa la bronquitis no ha ocasionado aun aquella pneumonia, y ha sobrevenido la muerte á causa de alguna complicacion accidental, como la eclampsia, etc., y por fin en ciertos casos de catarro sufocativo en que la inflamacion ocupa el número suficiente de bronquios capilares, para que pueda ser mortal por sí sola: en este caso el corto espacio de tiempo que ha transcurrido desde que se han afectado aquellos bronquios hasta la muerte, manifiesta con cuanta rapidez puede efectuarse esta dilatacion en los niños. A mas de la inspeccion de estas ramificaciones bronquiales de la manera que hemos descrito en la página citada, puede tambien apreciarse su calibre cortando y sacando la capa superficial del tejido pulmonar sub-yacente á la pleura, hasta á la profundidad de algunas líneas; y así, apretando ligeramente al pulmon, se verá aparecer un líquido mucoso y puriforme en la superficie cortada, que sale por cada una de aquellas en forma de gotitas mas ó menos grandes segun cual sea su calibre, que se puede apreciar despues de evacuado el líquido que contienen, introduciendo en su cavidad un estilete ú otro cuerpo análogo.

Quando la bronquitis es antigua, hemos observado muchas veces en los niños, como sucede con los adultos, la hipertrofia del tejido fibroso longitudinal y de las fibras musculares transversales de la traquea y de los bronquios. La presencia de líquidos en los bronquios acarrea mucho mas á menudo en los niños que en el adulto circunstancias dañinas, que deben tenerse presentes, porque pueden ocasionar fácilmente una asfixia incompleta, y consecutivamente la pneumonia. Estos líquidos, en los grandes bronquios y en sus divisiones de segundo orden, jamás obliteran completamente el paso del aire; pero á veces se hallan tan llenos de ellos los terminales que difficilmente puede aquel penetrar hasta el tejido esponjoso de los lobulillos. Estos líquidos en jeneral son viscosos y blancuecinos, y tanto mas espumosos quanto mas tiempo han estado en contacto con el aire en los bronquios de algun calibre; y al contrario los que llenan las últimas ramificaciones

bronquiales no contienen aire; y esto prueba que se hallaban aquellas enteramente obliteradas; á veces son saniosos, y en otras tienen un aspecto completamente purulento. En los niños se efectúa pronto la secrecion de las mucosidades bronquiales; y así, al período de sequedad del catarro, sigue muy rápidamente el de humedad.

La *bronquitis aguda* lijera se limita á la traquea y á los grandes bronquios, y se halla caracterizada por rubicundeces y líquidos mas ó menos abundantes: es la especie mas frecuente pero raras veces causa la muerte. Puede ser idiopática, y entonces se llama *Reuma, romadizo ó fluxion*; ó sintomática de una calentura exantemática, y principalmente del serampion. Quando es grave afecta á un gran número de bronquios medianos, y la caracterizan las rubicundeces, la abundancia de líquidos mucosos y las dilataciones de aquellos, tanto mas manifiestas quanto menos reciente es la enfermedad. Puede ser idiopática, ó complicar una calentura catarral (*grippe*), el serampion, la coqueluche, etc. Quando es aun mas grave penetra hasta los bronquios terminales, ocasionando los accidentes arriba dichos; y entonces termina regularmente con la muerte, ya por sí sola (*catarro sufocativo*), ya por causar la pneumonia.

La *bronquitis crónica*, que es frecuente en los niños, suele ocupar al mismo tiempo los grandes bronquios, algunos de los medianos y un corto número de los pequeños; siendo sus caracteres anatómicos principales la abundancia de líquidos bronquiales, la hipertrofia de las criptas mucosas con aumento de dilatacion de sus orificios, la hipertrofia del tejido fibroso longitudinal y de las fibras musculares de la traquea y de los bronquios, y dilataciones muy notables de los bronquios medianos y pequeños. Las mas de las veces sigue á la aguda y continúa durante semanas ó meses enteros en estado de flujo catarral idiopático, á menudo unido á otras afecciones catarrales. Su mayor gravedad en los niños depende de la facilidad con que ocasiona la pneumonia, mayormente quando sobreviene una recrudescencia del estado agudo.

Como alteraciones accesorias, pero á menudo ligadas á la bronquitis, deben notarse la rubicundez, tumefaccion, reblandecimiento y algunas veces la supuracion de los ganglio-

nes linfáticos situados al rededor de las primeras divisiones de los bronquios y de los del mediastino: y una especie de enfisema del tejido pulmonar que consiste en una simple dilatacion de las vesículas, análoga á la que se produce con una insuflacion un poco forzada, acompañada algunas veces del paso de un poco de aire en el tejido celular situado entre los lobulillos y debajo de la pleura. Por fin con las alteraciones propias de la bronquitis se encuentran á menudo tubérculos y vestijios de una pneumonia ó pleuresía.

Causas. Deben considerarse como predisponentes todas las que hemos dicho serlo de las afecciones catarrales en general, como la constitucion débil y raquítica de los niños, sea primitiva ó consecutiva á otras enfermedades, el temperamento linfático estremado, una disposicion hereditaria, la existencia anterior de una enfermedad cutánea, mayormente si ha desaparecido prematuramente, ó de alguna otra catarral, la denuncion, un mal régimen, la habitacion en lugares húmedos, la costumbre de abrigar á los niños con vestidos demasiado calientes en el interior de las habitaciones y las demás circunstancias que los mantengan muy calientes, de lo que les resulta una susceptibilidad mayor para las impresiones del calor y el frio, etc. La causa ocasional mas frecuente, tanto en los niños como en el adulto, es la impresion del frio repentina ó prolongada, y sobre todo siendo húmedo; por lo que toca á las demás causas como el respirar un gas irritante, etc., son aun mas raras en aquellos que en las demás edades. Cuando reina epidémicamente por lo jeneral les ataca con igual frecuencia que á los adultos, y algunas veces es mas grave en ellos.

Síntomas. B. aguda. Sus síntomas, marcha y duracion varian sobre todo en razon de su intensidad, que presenta muchos grados. Cuando es muy lijera, no ocasiona sino un poco de tos y ronquera, un poco de estertor mucoso al nivel de los grandes bronquios; no hay difnea ni calentura bien apreciable; la expectoracion falta en los niños de poca edad. Cuando es intensa, á menudo la preceden algunos síntomas jenerales, y la anuncian una tos frecuente, fuerte y con accesos, una mediana opresion y calentura algo fuerte: la percusion permanece negativa, pero con la auscultacion se nota una disminucion pasajera del ruido respiratorio, y los estertores sono-

ro, silbante, mucoso y sub-crepitante. Por fin si es muy intensa, se caracteriza por una tos muy molesta, frecuente, y sobre todo por una opresion extrema, acompañada de calentura ardiente y de síntomas jenerales graves: con la auscultacion se siente el estertor sub-crepitante y aun el crepitante.

B. crónica. En ella la tos en jeneral es moderada, como tambien la difnea; no hay calentura ó solamente se manifiesta un poco por la tarde; se percibe habitualmente el estertor mucoso, y el enfermo se va enflaqueciendo.

Vamos ahora á examinar estos síntomas en particular

La tos no manifiesta siempre por su intensidad la de la bronquitis: puede ser frecuente, fuerte, penosa y con accesos, impedir el sueño y ocasionar la agitacion y dolores en el pecho mas ó menos distintos segun la edad del enfermo, aun cuando la falta de la difnea y de la calentura, y la auscultacion manifiesten que el catarro se halla limitado en la traquea y en los grandes bronquios. Sin embargo, por lo jeneral, es tanto mas intensa cuantos mas bronquios de segundo orden ocupa; y al contrario, lo es menos, y sobre todo tiene menos accesos, cuando ocupa especialmente muchos bronquios terminales, constituyendo lo que se llama *bronquitis capilar*. En la bronquitis aguda se nota que la tos, mayormente si tiene accesos, incomoda mas por la tarde y por la noche; y en la crónica, cuando prepondera el elemento catarral, es al contrario mas frecuente por la mañana, y no se disipa hasta que se han arrojado las mucosidades que se han acumulado en los bronquios durante el sueño. Es seca en el principio del estado agudo, pero pronto se vuelve húmeda como se ha dicho; y cuando pueden verse los esputos, lo que sucede pocas veces en los niños, se observan los mismos caracteres en ellos que en el adulto.

La bronquitis puede ser muy lijera y no ocasionar una difnea sensible; pero esta es manifiesta cuando aquella ocupa ya un cierto número de bronquios de mediano calibre, y entonces no es continua como en la pneumonia y pleuresía, sino que tiene exacerbaciones mas ó menos frecuentes, y en otros ratos una remision completa, es decir, tiene accesos como la tos; esta circunstancia debe tenerse presente para evitar errores en el diagnóstico y pronóstico: asi es que, sino se puede

establecer un diagnóstico cierto por medio de los demás signos, solo puede servirnos para ello la difnea cuando se ha examinado al enfermo muchísimas veces en un mismo día. En las bronquítides muy graves que ocupan un número considerable de pequeños bronquios la difnea es continua, pero tan intensa que pocas enfermedades la ocasionan en tal grado.

Si hay dolor en la bronquitis, regularmente es profundo, obtuso y sub-esternal: en los niños menores de cinco años no se pueden apreciar estos caracteres.

Con respecto á los señales físicas nada debe advertirse que sea esencialmente diferente de la edad adulta, pero en los niños son mas importantes porque faltan muchos señales racionales, y además los estertores no tienen el mismo valor para el diagnóstico; así el crepitante puede depender en ellos del catarro de los pequeños bronquios sin pneumonia, como se ha dicho en la páj. 40; y se estiende en mas ó menos puntos del pecho segun el número de los bronquios afectados; por otra parte siempre está mezclado con el sub-crepitante y á menudo con el mucoso. En la bronquitis de los niños con frecuencia la respiracion es ruidosa y va acompañada de una especie de ronquido particular que participa de la respiracion pueril y del soplo bronquial, pero el oido mas sutil no puede siempre distinguirla con claridad de la una ni del otro.

La calentura, que varia en intensidad segun los grados de la bronquitis aguda, como hemos dicho, raras veces adquiere la vehemencia que tiene en las pneumonias que ocasionan los otros síntomas que acompañan al catarro sufocante.

La fisonomía se altera pasajeraamente durante los accesos de la tos en la bronquitis medianamente intensa, pues se congestiona la cara, los ojos se ponen lagrimosos, etc.: en el catarro sufocante presenta continuamente una alteracion profunda, un aspecto de postracion y de abatimiento; se nota una especie de abotagamiento pálido y un poco lívido de la cara que es efecto del infarto de los capilares venosos; en una palabra, la fisonomía manifiesta un estado de asfixia mas ó menos rápida en su marcha.

La tos ocasiona á menudo vómitos. La falta de apetito y la sed acompañan á la calentura; y aparece en muchos casos el catarro intestinal, unas veces hácia el fin del pulmonar, y

otras durante su curso: sin embargo la complicacion de una diarrea mucosa es mas frecuente cuando es crónico.

DIAGNÓSTICO. En jeneral no presenta dificultad: cuando es aguda y lijera no puede ocasionar ninguna equivocacion grave: siendo crónica á veces es difícil conocer si se halla ó no complicada con tubérculos antes de la edad de cinco ó seis años, pero mas tarde ya se manifiestan bien los caracteres propios de ellos. Para diferenciarla de la coqueluche en los casos en qué presenta algunos de los caracteres propios de esta, debe tenerse presente que la bronquitis aguda termina al cabo de ocho á quince dias y la coqueluche dura siempre, por lo menos, de cuatro á seis semanas; por lo demás, los caracteres que pueden deducirse de la intensidad, duracion y frecuencia de los accesos de tos, del silbido en la inspiracion y de la frecuencia de los vómitos, deben tenerse en consideracion, pero no bastan siempre. ¿La frecuencia de la epistaxis en los accesos de la coqueluche es tal vez un signo menos infiel? Por fin si la bronquitis y la coqueluche son simples puede decirse que, en un cierto grado de intensidad, la segunda permanecerá apirética y en la otra se notará un poco de calentura; y además las distinguen bien la naturaleza de las materias espectoradas y la auscultacion que no hace notar en la coqueluche los estertores bronquiales. Para diferenciarla de la pneumonia lobulillar debe tenerse presente todo lo que hemos dicho hablando de esta afeccion, sin olvidar nunca que, en jeneral, se necesita una bronquitis muy intensa y muy estendida para producir desórdenes funcionales iguales á los que ocasiona una pneumonia lijera. Cuando el catarro es sufocante tampoco es difícil diferenciarlo de la pneumonia, si se atiende á que, para que esta pudiese producir los señales racionales del primero, debería ser muy estensa, y por lo mismo proporcionaría signos físicos ciertos de su existencia: y por consiguiente, si estos faltan, es evidente que no hay pneumonia.

Pronóstico. En jeneral debe ser mas grave en los niños que en los adultos, teniendo presente que ocasiona muy fácilmente la pneumonia: casi nunca es empero mortal por sí mismo sino en los casos raros en qué toma la forma sufocante.

TRATAMIENTO. Por lo que acabamos de decir se ve que no debe abandonarse el catarro pulmonar poco intenso, en los

niños, á simples medios hijiénicos, esperando que aparecerá el segundo período, ó de humedad, que terminará la enfermedad, como sucede en los adultos; pues en aquellos y mayormente antes de los seis años, si bien que ocasiona tambien una mejora á veces muy notable, debe temerse la produccion de la pneumonia por poco que se prolongue durante algunos dias la secrecion bronquial; y asi es preciso aplicar los vejigatorios en los brazos, aun en el primer período si la bronquitis es poco intensa, pues entonces no hay calentura ó es muy poca; y si á pesar de aquellos continúa el mal, debe administrarse la ipecacuana ó un laxante. Cuando es mas grave y va acompañada de síntomas jenerales, la violencia de estos puede indicar una ó mas evacuaciones sanguíneas en el primer período. Si el niño no es muy irritable y presenta caractéres de una disposicion catarral puede aplicarse luego el vejigatorio, evitando en lo posible su accion irritante y favoreciendo su supuracion; pero en las circunstancias opuestas es mejor esperar á aplicarlo en el segundo período, en el cual han disminuido ó cesado los síntomas febriles y la susceptibilidad nerviosa que los acompañaba. Cuando en este manifiesta la auscultacion que son abundantes los líquidos bronquiales y que permanecen en el pulmon, debe darse un vomitivo y algun laxante, repitiéndolos cuantas veces esta circunstancia los indique; en el caso contrario en qué no hay líquidos un poco abundantes en el pulmon, las ventajas que pueden dar los vomitivos no pueden compensar sus inconvenientes, y están tambien contraindicados, aunque se note esta abundancia de líquidos, cuando el estado febril está bien declarado: en tales casos sino bastan los vejigatorios deben usarse los laxantes suaves. Para calmar la tos, que es el síntoma mas molesto, en los adultos sirven perfectamente los narcóticos, pero en los niños pueden ocasionar accidentes graves estos medicamentos como se dijo en la páj. 7; por consiguiente debemos ser muy reservados en su administracion, prefiriendo la lechuga y sus diferentes preparados á los que se sacan de la familia de las papaveráceas y aun de las solanáceas; y aun es mejor no usarlos si se pueden calmar y disminuir los accesos de tos con las emulsiones, los loochs blancos, y los demás medicamentos llamados demulcentes. El catarro sufocante exige el uso de grandes evacua-

ciones sanguíneas jenerales y locales, proporcionadas sin embargo á la edad de los niños, ya para combatir la inflamacion, ya para disminuir la masa de la sangre á causa de la asfixia inminente y de la imposibilidad en que se encuentra el pulmon, por la obliteracion de sus bronquios, de arterializar una gran cantidad de sangre. Deben auxiliarse las sangrías con los vejigatorios y los purgantes hidragogos. No sabemos hasta que punto pudiera convenir en estos casos el uso del tártaro emético á alta dosis.

En la bronquitis crónica no están indicadas las evacuaciones sanguíneas, pero sí los revulsivos cutáneos é intestinales, y sobre todo los medios hijiénicos; y tambien, como en las demás edades, el uso de los balsámicos y de los tónicos, el azufre interiormente y en baños, la ipecacuana á pequeñas dosis, etc.

Con respecto á las bebidas emolientes, mucilajinosas, demulcentes y béchicas, á los loochs, julepes, pociones simples, pastillas, etc., que presentan solamente una utilidad accesoria, pero indudable, procuran aun mayores ventajas en los niños que en los adultos, y seria un absurdo privarnos de ellos. Lo mismo debe decirse de los medios hijiénicos; asi es que la respiracion de un aire sano y moderadamente caliente, un régimen adaptado á la forma especial de la enfermedad, el uso de la franela sobre la piel, y una temperatura moderada en el interior de las habitaciones, son circunstancias que favorecen la feliz terminacion de la bronquitis aguda y son aun mas importantes cuando es crónica.

§ III.

De la coqueluche.

Se da este nombre ó de *tos serina* á una afeccion caracterizada por una tos convulsiva que aparece por accesos mas ó menos largos en los cuales á una expiration ruidosa, violenta y acompañada de movimientos expiratorios y sacudimientos fuertes sigue una inspiracion larga y molesta, que produce un silbido particular.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Los sujetos afectados de coqueluche

raras veces sucumben á esta afeccion, sino mas bien á las complicaciones que puede tener: en la autopsia deben pues distinguirse cuidadosamente las lesiones que pertenecen á cada una de estas enfermedades.

Son tan frecuentes los vestigios de bronquitis que muchos autores no han dudado en establecer que se hallan siempre, y que la coqueluche no es mas que una inflamacion de los bronquios, que se diferencia solamente de la bronquitis por una lesion de inervacion concomitante; al paso que otros autores dicen que es efecto de la inflamacion de los nervios pneumo-gástricos. La coqueluche, á nuestro modo de ver, en casi todos los casos consiste en un estado morboso muy complejo: el elemento que en ella es constante, fundamental y distintivo de cualquiera otra enfermedad es una especie de neurose situada en la mucosa bronquial y al mismo tiempo en el aparato muscular respiratorio; este elemento, que llamaremos nervioso, rigurosamente hablando, puede existir solo; en cuyo caso, que es rarísimo, la enfermedad presenta su mayor simplicidad, sea cual fuera por otra parte su intensidad; pero en los mas de los casos, se le añade el catarral, ó sea un aumento de la secrecion de los bronquios, que puede considerarse si se quiere como una complicacion, pero en realidad es tan frecuente que tal vez puede creerse casi necesaria su existencia. Por fin, como este elemento pocas veces es del todo independiente de un estado flojístico, este puede á su turno estar tan desarrollado que deba ocupar el primer lugar en la práctica. Bajo esta idea quisiéramos conservar el nombre de *coqueluche simple* mientras que no consiste sino en uno ó muchos de estos elementos, reconociendo en ella tres formas que estuvieran en relacion con cada una de ellas, á saber, una forma nervosa, otra catarral y otra inflamatoria. En un mismo individuo pueden presentarse esclusivamente una de estas formas durante todo el curso de la coqueluche; pero por lo comun predominan alternativamente y se reproducen muchas veces, de manera que reclaman indicaciones diferentes que se suceden y que despues de haber desaparecido pueden volver á presentarse. Con respecto á la otra opinion, basta decir que el resultado de nuestras investigaciones como de otros muchos prácticos, ha sido completamente negativo; pues que jamás hemos en-

contrado una alteracion notable en el nervio pneumo-gástrico en la coqueluche.

CAUSAS. La coqueluche pertenece casi esclusivamente á la infancia, pues solamente afecta á veces á algun adulto cuando es epidémica, y nunca siendo esporádica: no es muy rara en los niños de teta, pero desde la edad de un año hasta la segunda denticion es cuando se observa con mayor frecuencia; y esto, como en las calenturas eruptivas, depende de que solamente suele padecerse esta enfermedad una vez en la vida, y de que los niños, por la enerjía de su circulacion y la permeabilidad de su tejido, pueden absorver con mayor facilidad el principio contagioso de la coqueluche, aun cuando obra débilmente, asi como es preciso que adquiera mucha mayor fuerza para que pueda obrar en los adultos. Las niñas la padecen mas que los niños, de manera que llegan mas niños á la pubertad sin haberla tenido, y parece que favorece su desarrollo un temperamento nervioso, y una constitucion débil é irritable. Estas dos condiciones influyen tambien en la naturaleza de las complicaciones de la coqueluche, pues favorecen las convulsiones; asi como el temperamento sanguíneo predispone á la epistaxis, á las pneumonias y á otras flegmasias, y el linfático puro predispone al predominio del elemento catarral y á veces á las hidropesias.

La coqueluche con mucha frecuencia es epidémica, y las epidemias presentan tres grandes diferencias relativas á su naturaleza, á la intensidad de los síntomas y sobre todo á las complicaciones, que son diferentes como veremos. Nada es mas difícil y sin embargo mas importante que el establecer desde el principio de la epidemia la tendencia de la enfermedad á complicarse á tal ó cual accidente, y sobre todo de sentir el carácter particular de estas complicaciones; pues muchas veces su naturaleza real es enteramente diferente de la que indican sus síntomas como sucedió en la epidemia de Milan de 1815, en la cual la sangría tuvo muy malos efectos á pesar de que la enfermedad estuvo principalmente complicada con flegmasias viscerales (Ozanam).

No hay duda que la coqueluche es contagiosa, aunque puede desarrollarse tambien espontáneamente bajo la influencia de una causa cuya naturaleza y manera de obrar son descono-

cidas. M. Guersent cree que para que pueda efectuarse la transmision contagiosa es indispensable que los niños se encuentren bastante inmediatos de los que la padecen para que puedan recibir las emanaciones de su aliento: si algunos hechos parecen probar que no es indispensable esta condicion, los mas prueban que es enteramente favorable á la transmision del mal.

SÍNTOMAS. Las mas de las veces empieza la coqueluche como un simple romadizo. Los síntomas jenerales que lo acompañan en unos casos son poco pronunciados y en otros lo son mas, y entonces toma el carácter de una calentura catarral. Algunas veces hay tos, mal estar, calofríos, rubicundez de las conjuntivas, lagrimeo, estornudos, hinchazon de la cara, calentura, etc. Despues de este período llamado *catarral*, que regularmente dura de siete á diez ó quince dias, la tos se vuelve convulsiva y se repite con accesos, que jeneralmente son mas frecuentes por la noche, por la tarde y por la mañana, que en lo restante del día. Cuando los niños tienen bastante edad para explicar sus sensaciones se nota en muchos casos que precede á cada acceso un dolor bastante vivo y de un carácter difícil de describir, hácia la parte media ó la base del pecho: luego sienten una especie de picazon ó de cosquilleo hácia la larinje ó la traquea, que les obliga á toser irremisiblemente, de manera que lo mas que pueden conseguir es retardar algunos instantes la esplosion de la tos que aparece aguda, fuerte, repentina, formada por una serie de espiraciones cortas y sin resuellos: la manera de producirse es muy análoga con esas carcajadas invencibles y prolongadas que en un acceso de alegría, agotan la potencia espiratriz del pecho. Durante este acceso de tos se manifiestan todos los síntomas propios de la espiracion forzada: la detencion de la circulacion venosa produce la turjencia de las venas mayormente en el cuello y en la cara, la conjestion capilar de esta y el lagrimeo; aun las arterias se dilatan bastante en cada impulsión del corazón, y baten con mayor violencia. Á cada tos espiratoria prolongada sucede por fin un esfuerzo de inspiracion: esta es silbante y vá acompañada evidentemente de una contraccion espasmódica de la glotis, que impide la introduccion de una columna de aire tan voluminosa como en el estado normal. Es-

ta primera inspiracion regularmente es corta y la suspende una segunda esplosion de tos con espiracion prolongada; despues viene una segunda inspiracion mas larga, y asi sucesivamente se van reproduciendo, segun la duracion del acceso, de tal manera que en su fin van disminuyendo los fenómenos espiratorios y se va haciendo mas completa la inspiracion que produce un largo silbido que se oye á mucha distancia, y cuya naturaleza se conoce con mucha facilidad despues de haberlo oido una sola vez. Si se ausculta el pecho durante el acceso no se percibe ningun ruido respiratorio; el aire inspirado parece que se detiene en los grandes conductos aéreos; pero hácia el fin del acceso, y sobre todo luego que ha terminado, el aire penetra en las vesículas pulmonares y la respiracion es pueril: si los bronquios contienen líquidos, se oyen tambien los estertores húmedos. Cada acceso dura desde algunos minutos hasta á un cuarto de hora y aun á veces mas. Despues de él, los niños se quejan de dolores en el pecho y hácia las inserciones del diafragma, de cefalalja ó de peso en la cabeza y de mal estar y fatiga en todo el cuerpo; la respiracion y el pulso están acelerados y algunas veces se nota en los miembros una especie de temblor convulsivo.

Quando los accesos son fuertes se notan además algunos fenómenos de que no hemos hablado aun: en el momento en qué viene el acceso se agarran los niños con fuerza á cualquiera cosa que pueda servirles de apoyo, y si es por la noche se despiertan sobresaltados y se sientan precipitadamente. Durante el acceso es á veces tan considerable la detencion de la sangre venosa que sobreviene una epistaxis, la cual aunque cesa regularmente luego que aquel ha terminado, con todo si se reproduce muchas veces al dia pudiera debilitar al enfermo; pero si es poco abundante nó puede tener sino buenos efectos: á veces se efectúa la hemorragia por las vias aéreas ó por las orejas, ó bien se derrama la sangre en el tejido celular de los párpados y debajo la conjuntiva. Algunas veces acompañan á los accesos muchos estornudos: un sudor frio cubre todo el cuerpo, pero mas particularmente la cabeza, el cuello y las espaldas; hay vómitos y en algunos niños se observa la excrecion involuntaria de la orina ó de las materias fecales, y mas raramente el prolapsó de una parte del recto y

la reaparición ó formación de hernias. Cuando el estómago está lleno, los vómitos son alimenticios, pero si está vacío la materia de los vómitos es un líquido viscoso, hiloso, incolor y mezclado de mucosidades. Estos vómitos viscosos marcan á menudo la terminación del acceso, que á veces no cesa hasta que el enfermo ha espectorado una materia análoga. La influencia de estas escreciones en la terminación del acceso ha hecho pensar desde mucho tiempo que estas mucosidades tenían propiedades irritantes especiales: nos parece que esta idea se ha abandonado demasiado jeneralmente en estos últimos tiempos.

Los accesos aparecen por lo comun sin ninguna regularidad, ora sin causa aparente, ora bajo la influencia del frio, de una emoción moral, de gritos, de una carrera rápida, de una comida, ó por la acumulacion de moco en los bronquios: su número es muy variable, desde cinco ó seis por día hasta ocho ó diez cada hora. Muchos médicos han notado que cuando hay algunos niños afectados de coqueluche reunidos en un mismo lugar si empieza uno á toser los demás le imitan pronto.

En el intervalo de los accesos, mientras la coqueluche es simple, la salud parece poco alterada, y el niño conserva el apetito, juega y no tiene calentura: si esta se manifiesta y persiste, debe temerse la existencia de alguna complicacion y sobre todo de una flegmasia pulmonar.

El período que acabamos de describir, que se llama *convulsivo ó espasmódico*, raras veces dura menos de tres á seis semanas y puede prolongarse mucho mas.

El tercer período ó de *declinacion* dura desde algunos días á muchos meses. A medida que se establece, los accesos disminuyen en número é intensidad: la espectoracion es mas fácil y mas copiosa; los esputos son espesos, opacos, blancos ó verdosos y aun á menudo enteramente puriformes, de modo que podrian hacer sospechar una tisis si no se atendia mas que á este señal. El silbido agudo y patagnomónico que termina cada acceso se va debilitando poco á poco y desaparece; sin embargo de tanto en tanto, si se reproduce la tos por cualquiera causa, reaparece con los mismos fenómenos que antes tenia.

Si la enfermedad continúa con alguna intensidad durante algunas semanas, los niños enflaquecen, pierden sus fuerzas y caen en una especie de dejadez ó de marasmo á menudo funesto y siempre peligroso: de esta manera pudiera ser mortal una coqueluche simple, como tambien puede serlo á causa de la intensidad de los accesos en los niños de muy corta edad; pero esceptuados estos casos, que son muy pocos, la coqueluche simple es una enfermedad mas molesta que grave.

Su diagnóstico en jeneral es fácil de establecer, y se diferencia bien de la bronquitis como se ha dicho en la páj. 93.

COMPLICACIONES. Son muy numerosas y modifican considerablemente la marcha de la coqueluche, su pronóstico y su tratamiento: las colocaremos en tres órdenes diferentes que tienen relacion con los elementos de la misma.

1.º *Los accidentes nerviosos* varian de forma é intensidad: en muchos niños solo consisten en el delirio y agitacion, mayormente durante la noche, y puede haber tambien convulsiones. Si estos accidentes formasen la única complicacion, tal vez no serian tan temibles como suelen ser porque, por lo comun, coinciden con una flegmasia grave, y asi agravan estremadamente el pronóstico y sobre todo cuando se presentan bajo la forma de eclampsia, en cuyo caso la enfermedad no tarda en volverse casi necesariamente mortal. Estos accidentes son tanto mas frecuentes y mas graves cuanta menor es la edad de los niños.

2.º *Afecciones catarrales.* No hay coqueluche que no presente, durante una parte ó la totalidad de su duracion, un cierto grado de catarro bronquial: por lo regular es tan abundante la secrecion de esta mucosa que estorba sensiblemente la respiracion, y es necesario combatirla directamente. El elemento catarral de la coqueluche puede pues constituir una verdadera complicacion, y esto da lugar á muchas consideraciones importantes con respecto al diagnóstico y al tratamiento. En un niño debilitado por una coqueluche antigua, si abundan los líquidos en los bronquios se sentirá con la auscultacion un verdadero borbotello, y entonces si la espectoracion es puriforme, se puede creer que el niño tiene cavernas en los pulmones: por consiguiente en estos casos dudosos debemos suspender nuestro juicio, procurando aclararlos con los de-

más síntomas y curar el elemento catarral para ver si después subsisten dichos señales. Por lo que toca al tratamiento importa procurar la espulsion de los líquidos bronquiales pues pudieran ocasionar una verdadera asfixia siendo muy abundantes, y cuando no lo son tanto favorecen la formación de la pneumonia.

Pueden tambien complicarse á la coqueluche otras afecciones catarrales, siendo la diarrea la mas frecuente, la cual, segun su intensidad, contribuye mas ó menos á la debilidad del enfermo.

3.º De todas las *flegmasias*, la pneumonia es la mas frecuente, siendo regularmente lobulillar y análoga en su desarrollo á la que reconoce como elemento esencial un estado flojístico y catarral de los bronquios. La coqueluche contribuye poderosamente á su formación por la congestion sanguinea del pulmon que ocasionan los esfuerzos espiratorios de la tos, hace mas activa su marcha, y la agrava considerablemente. A medida que la inflamacion se desarrolla y progresa va disminuyendo, hasta desaparecer, la forma convulsiva de la tos con silbido; de manera que cuando aquella se halla en su mayor fuerza no se nota síntoma alguno de coqueluche, y estos vuelven á aparecer á medida que van disminuyéndose é inclinándose á la curacion los de la pneumonia. Cuando se disminuye la calentura á causa de que el enfermo pierde las fuerzas, suelen sobrevenir otros accidentes convulsivos en lugar de los de la coqueluche, como convulsiones, agitacion, delirio y aun verdaderos ataques de eclampsia.

Nunca hemos observado la complicacion del crup, de la pleuresia ni de la pericarditis; las cuales se encuentran mas á menudo en unas epidemias que en otras, pero raras veces en la coqueluche esporádica.

Tales son las principales complicaciones que dependen directamente de la naturaleza complexa de la coqueluche, pues que en rigor pueden considerarse como la exacerbacion de uno ó muchos de sus elementos; pero hay además una relacion muy evidente entre los efectos inmediatos y regulares de aquella y las hemorragias é hidropesías que la complican con bastante frecuencia, á causa de la detencion de la sangre que ocasiona la tos, y que á fuerza de repetirse muy á menudo

hace que no desaparezcan completamente en sus intervalos. Por esta causa, ó sea por los esfuerzos de la tos se esplica la formación frecuente de ciertos edemas, y tambien del enfisma del pulmon y aun el del tejido celular jeneral que algunas veces sobreviene, é igualmente dependen de ellos los vómitos, que están auxiliados por las contracciones enérgicas del diafragma, sin que se haya de admitir la gastritis para esplicarlos, como han hecho algunos prácticos.

Además puede complicarse la coqueluche con otras muchas enfermedades; pero deben estas considerarse mas bien como afecciones coincidentes.

Hay algunas causas jenerales que influyen considerablemente en la naturaleza, gravedad y frecuencia de estas complicaciones. En los niños de menos edad estas son mas frecuentes y mas graves, como tambien en los que tienen la constitucion débil y en los que acaban de padecer otras enfermedades, como las calenturas exantemáticas y en particular el serampion; y parecen tambien mas frecuentes en las estaciones frias y en los países septentrionales. Vulgarmente se dice que mientras los niños maman es menos peligrosa la coqueluche: no hemos podido observar esta circunstancia. Por fin, el jenio particular de cada epidemia influye mucho en las complicaciones y en su gravedad; así á veces han complicado la coqueluche calenturas intermitentes, afecciones cutáneas intercurrentes, oftalmías periódicas, accidentes nerviosos, etc.

TRATAMIENTO. *Preveniones jenerales.* Luego que viene el acceso de la tos, si los niños están echados es preciso sentarlos en la cama, porque si permanecian en el decúbito dorsal pudieran ahogarse; se ha de sostener su cabeza aplicándoles la mano en la frente é inclinando su cara hácia abajo para facilitar la espulsion de las mucosidades y los vómitos; cuando aquellas se acumulan en la boca, se han de estraer con el dedo, y por fin si es posible hacerles tragar algun sorbo de una bebida demulcente ó aun de agua fria, este medio abrevia regularmente la duracion del acceso. Estas precauciones son tanto mas necesarias cuanto menor es la edad del niño.

Los medios hijiénicos son muy interesantes, tales como el cambio de aire, que es el mas esencial, el usar vestidos de lana, el colocar al enfermo en una temperatura moderada y mas bien seca que húmeda, etc.

Coqueluche simple. Una vez declarada es muy difícil detener su curso, pero sin embargo debe combatirse con un tratamiento bien dirigido para disminuir su duración e intensidad. Las indicaciones que se presentan están en relación con los elementos que la constituyen. Para combatir el nervoso debemos recurrir á los narcóticos y antiespasmódicos, entre los cuales merece la preferencia la belladona asociada al opio, á la valeriana (1) y al sulfato de quinina: el almizcle y la asa-fétida, cuya olor repugna á los niños, y el óxido de zinc en general, tienen una utilidad secundaria. El opio está contraindicado cuando hay una complicación inflamatoria, cuando se produce con mucha violencia la congestión cefálica, y cuando hay muchos líquidos en los bronquios, porque disminuye la expectoración. Para contrabalancear este último efecto se ha propuesto asociarlo á la ipecacuana ó á los antimoniales, pero creemos preferible no administrar el opio hasta haber disminuido con estos el elemento catarral. La asociación del sulfato de quinina, ó mejor de la quina en bruto que en los niños es preferible (Trousseau), tiene por objeto combatir la intermitencia de los accesos. El extracto de cicuta, preconizado por Storck en el día no tiene mucho crédito; sin embargo M. Guersent recomienda como el mejor sedativo una mezcla de partes iguales de cicuta, de belladona y de óxido de zinc, empezando por la dosis de un cuarto de grano de cada una tres veces al día, y aumentándolo sucesivamente según el efecto que produzca. Por fin, se ha alabado también el agua destilada del laurel-cerezo, cohobada y no filtrada (Carron du Villards) y la inspiración del vapor de esta agua á la dosis de una dracma por cada fumigación; pero deben tenerse presentes los inconvenientes debidos á la energía del

(1) M. Trousseau asocia estos medicamentos de la manera siguiente: Extracto de belladona y acuoso de opio, de cada uno, cuatro granos; extracto de valeriana cuarenta granos para 16 píldoras, de las cuales administra de una á cuatro cada día; y para los niños que las repugnan da el jarabe siguiente: Extracto de belladona cuatro granos que se hacen disolver en jarabe de opio y de flores de naranjo de cada uno una onza: se dan de una á ocho cucharadas de café en 24 horas.

ácido hidrociánico; y por lo mismo solo podrá usarse, y aun con grandes precauciones cuando se conozca bien la ineficacia de los demás remedios. Se han aconsejado también los baños tibios cuando dominan los síntomas nerviosos y mientras no haya flegmasias de pecho: para evitar las congestiones cerebrales, debe rociarse la cabeza de los niños que toman el baño con agua fría.

Todos estos medicamentos solo tienen aplicación en el segundo período de la coqueluche. En el primero se han de usar el régimen y los medios propios para combatir una calentura catarral, es decir, las bebidas diluentes y atemperantes, la dieta y la quietud, y tan solo las evacuaciones sanguíneas cuando la calentura es muy intensa ó el niño es muy pleórico: en el segundo período están aun mas raramente indicadas estas evacuaciones; pues solamente deben prescribirse cuando hay congestiones cefálicas ó pulmonares graves y para prevenir sus inflamaciones; y en el tercero, llamado justamente adinámico por Hufeland, tuvieron mal resultado, pues se hallan indicados los tónicos y un régimen analéptico.

Por lo que toca al elemento catarral, convienen los medios propios para combatirlo en los tres períodos, y en particular en el segundo, en el cual tienen frecuente indicación los vomitivos, y en particular la ipecacuana, los laxantes, y aun los revulsivos cutáneos, y sobre todo el vejigatorio. En este período debe usarse el régimen propio de las enfermedades apiréticas.

Con respecto á la vacunación, á la pomada de Autenrieth, y al uso de la esencia de trementina al exterior, que han merecido considerables elogios de algunos prácticos, debemos decir que la experiencia no ha confirmado sus decantadas ventajas.

Coqueluche complicada. Con respecto á las complicaciones, recordaremos solamente que se deben combatir con los medios propios á la enfermedad concomitante, y que según esta sea obliga á modificar el tratamiento de la coqueluche; así cuando haya síntomas nerviosos, se ha de examinar si dependen de una flegmasia cerebral, para combatirlos con los antiflogísticos, ó si son puramente nerviosos, para aumentar el uso de los antiespasmódicos; estos se han de suspender absolutamente

te cuando haya pneumonia; si hay una diarrea moderada, que parece producir una revulsión ventajosa, debe respetarse, y en el caso contrario se ha de combatir con los medios propios, siendo esto aplicable á las hemorragias; las hidropesías suelen desaparecer cuando ha cesado la coqueluche, y puede favorecerse su reabsorción con los diuréticos y diaforéticos, pero sobre todo con los tónicos y el régimen analéptico que ya están entonces indicados, etc.

En algunas epidemias es difícil en el principio acertar con el tratamiento mas ventajoso, pues entonces á veces son ineficaces los medios que mejor sirven en otras circunstancias; mas tarde la experiencia manifiesta, despues de varias pruebas, los que convienen mejor.

Los medios profilácticos son los comunes de todas las enfermedades contagiosas.

ARTÍCULO V.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINJE.

Consideradas de una manera general, son raras en la infancia las enfermedades de la larinje; lo que no se estrañará si se atiende á que su desarrollo permanece incompleto hasta las inmediaciones de la pubertad. Solamente debemos pues hablar de las anjinas larinjeas; pero no diremos cosa alguna de la *laringitis* simplemente eritematosa, cuya historia nada ofrece de particular en los niños. Tampoco hablaremos de las afecciones crónicas que aun son mas raras que las agudas; pero mas adelante diremos alguna cosa de los tubérculos que se forman en este órgano.

§ PRIMERO.

De la anjina larinjea pseudo-membranosa ó crup.

Se da este nombre á una inflamación específica de la membrana mucosa de la larinje, constantemente acompañada de la producción de una pseudo-membrana en aquella mucosa. A mas de estas dos circunstancias indispensables para caracteri-

zar la enfermedad, puede acompañar al crup un estado espasmódico de los músculos de la glotis y sobre todo de las cuerdas vocales porque participan de la irritación de la membrana mucosa que los cubre; y en este estado esplica muchos síntomas que no pueden atribuirse ni á la flegmasia ni á la falsa membrana.

CARACTERES ANATÓMICOS. Las falsas membranas presentan muchas variedades en su sitio, forma, grosor, consistencia y en el modo como se halla aderida á la membrana mucosa.

Cuando se hallan solamente en la larinje, unas veces ocupan casi toda la cavidad de este órgano, tapizan sus paredes y se meten en sus ventrículos, y otras veces no se encuentran sino pedazos membranosos en muchos puntos de su estension. De estos diferentes casos el mas importante es aquel en que las falsas membranas cubren las cuerdas vocales inferiores como una especie de hoja suplementaria, porque disminuyen la capacidad de la larinje en el lugar en que el espacio es principalmente mas estrecho, es decir, al nivel de la glotis propiamente dicha; y si en este caso la concreción es gruesa, los accidentes siguen una marcha prontamente funesta. Raras veces se encuentran estas concreciones solamente en la larinje, pues por lo comun se hallan al mismo tiempo en la farinje y en la campanilla en las que toman orijen, ó bien en la traquiarteria y en los bronquios á donde se han propagado, invadiendo de un punto á otro, como las erisipelas, estas diferentes partes de arriba abajo.

En la larinje se amoldan en las prominencias y anfractuosidades y forman un todo continuo análogo al forro de un vestido, ó bien se hallan como manchas diseminadas. En la traquea y en los bronquios, ora tienen la figura de tubo, ora forman tiras longitudinales, ó filamentos redondos en las últimas divisiones de estos conductos.

Algunas veces son delgadas como la membrana esterna de un huevo, pero regularmente son gruesas, hasta llegar á veces á una línea. En los mas de los casos su consistencia es fuerte, análoga y aun mayor á la de la clara del huevo coagulada por la cocción; al contrario, en otros casos, es blanda y difluente, y se parece mas á una capa de moco espeso y viscoso que á una verdadera concreción pseudo-membranosa. En este último ca-

te cuando haya pneumonia; si hay una diarrea moderada, que parece producir una revulsión ventajosa, debe respetarse, y en el caso contrario se ha de combatir con los medios propios, siendo esto aplicable á las hemorragias; las hidropesías suelen desaparecer cuando ha cesado la coqueluche, y puede favorecerse su reabsorción con los diuréticos y diaforéticos, pero sobre todo con los tónicos y el régimen analéptico que ya están entonces indicados, etc.

En algunas epidemias es difícil en el principio acertar con el tratamiento mas ventajoso, pues entonces á veces son ineficaces los medios que mejor sirven en otras circunstancias; mas tarde la experiencia manifiesta, despues de varias pruebas, los que convienen mejor.

Los medios profilácticos son los comunes de todas las enfermedades contagiosas.

ARTÍCULO V.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA LARINJE.

Consideradas de una manera general, son raras en la infancia las enfermedades de la larinje; lo que no se estrañará si se atiende á que su desarrollo permanece incompleto hasta las inmediaciones de la pubertad. Solamente debemos pues hablar de las anjinas larinjeas; pero no diremos cosa alguna de la *laringitis* simplemente eritematosa, cuya historia nada ofrece de particular en los niños. Tampoco hablaremos de las afecciones crónicas que aun son mas raras que las agudas; pero mas adelante diremos alguna cosa de los tubérculos que se forman en este órgano.

§ PRIMERO.

De la anjina larinjea pseudo-membranosa ó crup.

Se da este nombre á una inflamación específica de la membrana mucosa de la larinje, constantemente acompañada de la producción de una pseudo-membrana en aquella mucosa. A mas de estas dos circunstancias indispensables para caracteri-

zar la enfermedad, puede acompañar al crup un estado espasmódico de los músculos de la glotis y sobre todo de las cuerdas vocales porque participan de la irritación de la membrana mucosa que los cubre; y en este estado esplica muchos síntomas que no pueden atribuirse ni á la flegmasia ni á la falsa membrana.

CARACTERES ANATÓMICOS. Las falsas membranas presentan muchas variedades en su sitio, forma, grosor, consistencia y en el modo como se halla aderida á la membrana mucosa.

Cuando se hallan solamente en la larinje, unas veces ocupan casi toda la cavidad de este órgano, tapizan sus paredes y se meten en sus ventrículos, y otras veces no se encuentran sino pedazos membranosos en muchos puntos de su estension. De estos diferentes casos el mas importante es aquel en que las falsas membranas cubren las cuerdas vocales inferiores como una especie de hoja suplementaria, porque disminuyen la capacidad de la larinje en el lugar en que el espacio es principalmente mas estrecho, es decir, al nivel de la glotis propiamente dicha; y si en este caso la concreción es gruesa, los accidentes siguen una marcha prontamente funesta. Raras veces se encuentran estas concreciones solamente en la larinje, pues por lo comun se hallan al mismo tiempo en la farinje y en la campanilla en las que toman origen, ó bien en la traquiarteria y en los bronquios á donde se han propagado, invadiendo de un punto á otro, como las erisipelas, estas diferentes partes de arriba abajo.

En la larinje se amoldan en las prominencias y anfractuosidades y forman un todo continuo análogo al forro de un vestido, ó bien se hallan como manchas diseminadas. En la traquea y en los bronquios, ora tienen la figura de tubo, ora forman tiras longitudinales, ó filamentos redondos en las últimas divisiones de estos conductos.

Algunas veces son delgadas como la membrana esterna de un huevo, pero regularmente son gruesas, hasta llegar á veces á una línea. En los mas de los casos su consistencia es fuerte, análoga y aun mayor á la de la clara del huevo coagulada por la cocción; al contrario, en otros casos, es blanda y difluente, y se parece mas á una capa de moco espeso y viscoso que á una verdadera concreción pseudo-membranosa. En este último ca-

so, al encontrarlo en la autopsia, parece imposible que el paso del aire y los esfuerzos de la tos no hayan bastado para desprender esta capa semi-concreta, y sin embargo no puede dudarse de la existencia del crup. El color de las falsas membranas es blanquecino ó amarillento. Su superficie contigua á la mucosa algunas veces está salpicada de pequeños puntos rojos, y otras veces se notan en ella líneas rojizas. Por fin no presentan siempre un aspecto homogéneo: á menudo están compuestas de pequeños copos redondos, aglomerados, opacos y diseminados en una trama mas clara y mas trasparente.

Su adherencia en jeneral es mas fuerte en la larinje que en la traquea, y sobre todo en los bordes del orificio superior, en los de la glotis y en los ventriculos, que en los puntos planos de su cavidad. Es sobre todo en la traquea donde se les encuentra á menudo flotantes, aderidas solamente por algunos puntos á la superficie de la mucosa, y entre dos capas de materias mucosas y puriformes ó coposas: sin embargo M. Guersent dice que ha encontrado muchas veces la concrecion íntimamente aderida á la superficie interior de la traquiarteria: la membrana mucosa, seca, presenta entonces estrías longitudinales y puntos rojos, que no se hallan tan constantemente cuando la concrecion pelicular está flotante, y la superficie de la membrana lubricada por mucosidades. Los puntos rojos algunas veces penetran en el tejido mismo de la concrecion plástica, y no consisten en simples manchas sanguíneas porque persisten despues de la maceracion en agua. Estos pequeños puntos son seguramente el principio de los lineamientos vasculares, que han indicado algunos observadores.

Los caracteres químicos de las pseudo-membranas son bastante constantes. Son insolubles en el agua aun caliente; los ácidos minerales debilitados las arrugan y endurecen; el ácido acético, el amoníaco, la disolucion del nitrato de potasa y los álcalis líquidos las disuelven, convirtiéndolas en un moco diluyente y trasparente; por la incineracion dán sulfato de cal y carbonato de sosa.

El estado de la membrana mucosa que se halla debajo de las falsas membranas ó en sus inmediaciones indica casi siempre su inflamacion: y se notan en ella rubicundez las mas veces punteada, engrosamiento, un cierto grado de reblandeci-

miento, un aspecto menos liso, como si se hubiese rascado ligeramente su superficie, y en fin algunas veces verdaderas erosiones. En muchos casos son menos evidentes los vestijios de la inflamacion, y en algunos lo son tan poco que no puede conocerse que haya estado inflamada durante la vida.

Á mas de las lesiones que se encuentran en la larinje, se hallan á menudo otras análogas en las cavidades guturales y en los bronquios. Los Sres. Bretonneau, Guersent, Gendron y Trousseau han demostrado en estos últimos tiempos que precede casi constantemente al crup la anjina lardácea ó membranosa; así es que á veces se encuentran en la autopsia señales de esta enfermedad, pero en algunas han desaparecido ya, porque durante la enfermedad se ha combatido con aplicaciones tópicas que han hecho desaparecer las falsas membranas, ó porque á medida que se ha desarrollado el crup aquella ha desaparecido espontáneamente. Á veces se encuentran señales de inflamacion en los bronquios. Si el crup ha tenido una marcha muy rápida regularmente no se hallan en el pulmon sino atragantamiento y enfisema vesicular reciente, efectos de la asfixia; pero si aquel ha durado mas, mayormente si se ha prolongado la vida del niño con el auxilio de la traqueotomia, se encuentran casi siempre señales de pneumonia, cuya enfermedad en tales circunstancias es á menudo la verdadera causa de la muerte. Además pueden hallarse otras lesiones que dependen de las complicaciones que puede tener el crup.

CAUSAS. Es raro en los recién-nacidos, y empieza á ser frecuente hácia las inmediaciones de la primera denticion, y sobre todo lo es desde un año á siete, y disminuye despues de ocho á quince: pasada esta edad se observa algunas veces, que sin embargo son poquísimas en comparacion de la frecuencia con que afecta á los niños. El sexo masculino predispone mas al crup que el femenino, diferencia que se nota mas en la infancia que en los adultos, y probablemente es efecto de que los niños se hallan mas espuestos que las niñas á la accion del frio, como hemos dicho otras veces. Es mas frecuente en los niños pobres, mal vestidos y mal cuidados; y que tienen una constitucion débil. Suele observarse en los países frios, ó templados y húmedos, y casi nunca en los calientes; es frecuente en las inmediaciones del mar y de los lagos, y en los terrenos

ó valles húmedos, y raro en los llanos y en las montañas en que el aire es seco. Debe considerarse como endémico en ciertas localidades, al paso que hay otras que están completamente exentas de él. En dichas localidades el crup suele manifestarse esporádicamente, pero tambien algunas veces epidémicamente; sus epidemias son reducidas pues por lo comun no atacan á muchos sujetos. Cuando es epidémico es sobretodo cuando son evidentes las conexiones del crup con la anjina maligna, y en estas circunstancias no puede dudarse del carácter contagioso de estas dos enfermedades: son numerosos los hechos que manifiestan el contagio del crup, el cual casi nunca se padece sino una vez en la vida.

SÍNTOMAS. Estando casi siempre precedido el crup de la anjina lardácea, debe considerarse á esta anjina como su primer período, y como es sumamente importante el no desconocer su existencia en la práctica debemos indicar algunos de sus principales caracteres.

Algunas veces antes de la invasion de la anjina, aparecen algunos síntomas jenerales, calofríos, calentura, mal estar, anorexia, epistaxis y un estado de postracion y de alteracion de la fisonomía, pero por lo comun el mal de la garganta es el primer síntoma que llama la atención del enfermo y de los que lo rodean; va acompañado de dolor delante del cuello y de hinchazon de los gangliones sub-maxilares: si se examinan las fauces se observa regularmente rubicundéz en ellas, las amígdalas están hinchadas y se ven pequeños puntos blancos en estas, en el velo del paladar, en la campanilla y aun en la farinje, y algunas veces en todas estas partes á un mismo tiempo. A veces, á medida que se van formando las falsas membranas, desaparece el dolor, como lo ha hecho notar bien M. Gendron, y así puede creerse el mal completamente curado, sino se miran las fauces, y se manifiesta este error cuando aquel ha invadido á la larinje. Segun el mismo autor, sucede tambien que muchos enfermos no aquejan dolor alguno y no cambian sus hábitos regulares mientras que el mal se limita á las partes dichas; pero no sucede lo mismo cuando ya invade la larinje pasando al segundo período, que se anuncia en el principio por una lijera tos seca que se reproduce por accesos muy cortos y va acompañada desde el principio

de afonía y de sufocacion. Los síntomas se van aumentando progresivamente y cuando el crup está ya confirmado presentan los caracteres que vamos á indicar y que deben tenerse presentes.

La tos en algunos casos es sonora, ruidosa y mas ó menos análoga al canto del gallo ó al ladrido del perro, y en otros es ronca, apagada, seca y parece que vuelve á entrar en la larinje: es muy probable que la tos no presenta estos caracteres sino antes de la formacion de las falsas membranas, porque cuando estas cubren las cuerdas vocales impiden la produccion de la tos como lo haria un pedazo de pergamino mojado; es entonces cuando es apagada ó no es sonora, y así como en el principio es frecuente, se vuelve tambien mas rara. La voz en el principio es simplemente ronca, pero luego se va perdiendo: el enfermo está casi completamente afónico, y el timbre de su voz tiene algo de metálico como la tos. La respiracion se parece al ruido que hace la sierra á la piedra: esta especie de silbido algunas veces es mas manifesto en la inspiracion pero las mas de las veces lo es igualmente en la espiracion: puede presumirse que en el primer caso el orificio superior de la larinje es el que se halla parcialmente tapado por la falsa membrana, al paso que en el segundo son las cuerdas vocales las que se hallan alteradas y la glotis propiamente dicha se ha estrechado. Debe considerarse como muy característica la dificultad de la espiracion, la cual casi siempre se encuentra en la afeccion que nos ocupa. A causa de esta dificultad en la respiracion, esta se acelera necesariamente y á ratos se hace tan difícil que hay verdaderos accesos de sufocacion, durante los cuales la ansiedad es grande y obliga al enfermo á sentarse para procurar un punto de apoyo mejor á las potencias inspiratrices. Se admite jeneralmente que no pueden esplicarse sino por un estado espasmódico de los músculos de la larinje estos accesos de difnea que alternan con remisiones muy manifestas, pero casi nunca completas; y efectivamente es claro que cuando se ha desprendido una conccion con los esfuerzos de la tos, si el acceso dependiera solamente de la falsa membrana no pudiera reproducirse hasta que esta se hubiese formado de nuevo. Por otra parte las mas de las veces se notan estas alternativas sin que la falsa membrana

haya dejado de obrar de una manera continua, y por lo mismo entonces no pueden esplicarse sino admitiendo un estado nervioso particular. Durante estos accesos de tos y de difenea, los niños suelen ponerse las manitas en el cuello como para arrancarse el obstáculo que sienten en él y que les causa un verdadero dolor: se nota un color morado en los labios; la hinchazón, la palidez y la lividez de la cara son muy manifiestas, la expectoración, que muchas veces falta, cuando existe puede ser simplemente mucosa, ó bien contiene pedazos de las falsas membranas y aun algunas veces fragmentos de tubos pseudo-membranosos, que los esfuerzos de la tos han hecho desprender: algunas veces después de haber arrojado estos tubos tienen los enfermos largos intervalos de sosiego á los cuales siguen nuevos accesos de sufocación que pronto causan la muerte: en casos mas felices desde la espulsion de las falsas membranas principia la curación. En el intervalo de los accesos persiste regularmente la frecuencia del pulso, el abatimiento, la tristeza y la somnolencia: las remisiones son algunas veces bastante completas para que el niño vuelva á adquirir algo de su alegría natural, pero guarda silencio y escusa el hablar á causa de la dificultad que experimenta para hacerlo. Las demás funciones pueden desempeñarse debidamente, siendo tan solo lijeramente turbadas: los vómitos que á veces sobrevienen no son mas que un efecto mecánico de la tos, y como bastante á menudo procuran la espulsion de pedazos membranosos, por lo jeneral deben considerarse como favorables.

El tercer período se halla caracterizado por los desórdenes jenerales de las funciones. En los mas de los casos estos desórdenes están ligados á la asfixia rápida ó lenta que ocasiona necesariamente la estrechez de la larinje, y que, se añade á los accidentes propios del segundo período. Por consiguiente la aфонia es completa; los accesos de tos van haciéndose mas raros; el silbido laringo-traqueal, que es muy seco y da un sonido como metálico; se oye á mucha distancia; todos los músculos respiratorios están en una contracción convulsiva; el pulso, muy frecuente é irregular, está en relacion con la respiración; la cara está pálida, los labios lívidos, y la cabeza inclinada hácia atrás; el entorpecimiento es casi continuo

y solo se halla interrumpido por las congojas de la sufocación casi siempre provocadas por la tos; el pobre niño se araña el cuello, se ajita; se asienta renversando hácia atrás el cuerpo cubierto de sudor, y otras veces se levanta de la cama, corre algunos pasos buscando el aire que le falta y cae para perecer en una crisis de sufocación. Cuando el enfermo se halla debilitado por una causa cualquiera las angustias de la agonía no van acompañadas de estos señales de agitacion y de violenta estrangulación; la asfixia es mas sosegada y presenta una forma adinámica.

— Cuando el enfermo se cura es seguramente durante el segundo período. Se puede pronosticar esta terminación cuando la tos se vuelve húmeda, el silbido es menos seco, y se nota bien en los bronquios la expansión vesicular con un estertor mucoso: luego desaparecen los accesos de sufocación, y empieza definitivamente la convalecencia, á menos de que sobrevenga una pneumonia ó alguna otra enfermedad consecutiva. Muchas veces, durante la convalecencia, el pulso se mantiene un poco frecuente, y algunos enfermos quedan con aфонia por muchas semanas. Jeneralmente no se efectúa la curación hasta que, habiéndose espelido las falsas membranas, no vuelven á reproducirse: sin embargo M. Guersent no titubea en considerar como muy probable, sino cierta, la reabsorción de las falsas membranas en algunos casos, que en verdad son poco frecuentes.

— La marcha del crup no es siempre regular y conforme á la descripción que acabamos de dar. Algunas veces la concreción pelucosa se desarrolla al mismo tiempo en la farinje y larinje; y así los dos primeros períodos forman uno solo; en otras ataca luego el mal á la larinje y traquea dejando intacta la farinje; entonces falta completamente el primero: en el dia se consideran estos casos como mucho mas raros que antes. En otros casos mucho mas raros aun, la enfermedad empieza por los bronquios y la traquea, y de ellos se remonta en sentido inverso hácia la larinje.

VARIEDADES. El crup presenta muchísimas variedades relativas algunas á las diferentes formas de la enfermedad, pero la mayor parte á las complicaciones que lo acompañan. Algunos autores han admitido el crup *intermitente*, variedad que no

puede aceptarse en el crup propiamente dicho, pues que pasado el primer período, cuando ya se halla formada la falsa membrana, no puede tener intermitencia completa si esta no se arroja. M. Guersent cree que tampoco debe admitirse el crup que se ha llamado *crónico*, porque los que se han distinguido con este nombre no han sido mas que traqueítides ó bronquítides crónicas pseudo-membranosas ó enfermedades crónicas que han terminado con mas ó menos prontitud por el crup adinámico. El crup *latente ó adinámico*, en el cual apenas hay sufocacion, en jeneral no se manifiesta sino en niños muy debilitados por enfermedades anteriores. La complicacion mas frecuente del crup es la estension de la inflamacion que lo constituye á los órganos inmediatos, hasta llegar á veces al estómago. Pueden tambien complicarle otras flegmasias, como los catarros bronquial é intestinal, pero la pneumonia lobular ó lobulillar, es la complicacion flojística mas frecuente. En muchos casos se ha complicado con él la coqueluche, pero en algunos ha sido ventajosa esta complicacion porque los esfuerzos de la tos ferina han contribuido al desprendimiento y espulsion de las falsas membranas. Raras veces coincide el crup verdadero con las calenturas exantemáticas.

DIAGNÓSTICO. Cuando se observan falsas membranas en la cámara posterior de la boca, estas se espelen con la expectoracion, y se observa la forma de sufocacion que hemos descrito, no es difícil el diagnóstico; pero si falta alguno de estos señales puede ser muy oscuro. La espulsion de pedazos membranosos no es tan característica como pudiera creerse, porque pueden provenir de la farinje, de la traquiarteria y de los bronquios, sin que las contenga la larinje.

Puede confundirse el crup con muchas enfermedades. Hablaremos mas adelante de los caractéres que lo diferencian de la larinjitis *stridula*. En la larinjitis simple la tos no es seca, ronca ni silbante, sino sonora, aguda y muy dolorosa, la dificultad de respirar es continua y no se renueva por accesos; la voz es baja pero no tiene el timbre de la del crup, y por fin estas dos enfermedades se diferencian por todos los antecedentes. La anjina larinjea edematosa algunas veces se asemeja al crup por la afonia y una especie de silbido larinjeo; pero la

tos y la voz no son crupales: la hinchazon de los pliegues aritenos-epiglóticos, que algunas veces puede reconocerse con el tacto, forma un carácter patagnomónico. M. Guersent añade que la sufocacion es permanente y no viene por accesos precedidos de la tos como en el crup; pero creemos que este aserto es poco fundado porque muy á menudo pueden notarse en la anjina edematosa accesos de sufocacion separados por intervalos de remision muy marcada. Debe notarse otro carácter que consideramos muy importante, es decir, en la anjina edematosa casi constantemente está muy dificultada la inspiracion y la espiracion se efectúa con libertad, y en el crup solo se nota esta circunstancia en los casos muy raros en qué la concrecion no ocupa sino el orificio superior de la larinje; pero en los mas tan difícil es la espiracion como la inspiracion. La inflamacion membranosa de la traquea y de los bronquios sin coincidencia del crup, en jeneral puede distinguirse fácilmente de este: las falsas membranas que se expectoran entonces tienen á veces una forma tubulada que manifiesta bien el punto de su verdadero orijen; y además en esta traqueítis y bronquítis se perciben regularmente con la auscultacion los estertores sonoro y silbante, y, lo que es mas característico, un ruido de válvula ó de sópapo producido por la movilidad de sus falsas membranas: á estos signos físicos se añaden además los racionales de la bronquítis grave.

LA DURACION del crup es muy variable mayormente en el primer período. Cuando la falsa membrana está ya formada en la larinje, en jeneral los accidentes marchan con tanta mayor rapidéz cuanta menor es la edad del niño enfermo, mas gruesa la concrecion, mas estensa, etc.: á veces los niños se ahogan al cabo de pocas horas, y otros resisten el mal muchos dias: esto prueba que el elemento nervioso contribuye mucho en la duracion y marcha del crup.

PRONÓSTICO. El crup es una enfermedad muy grave; pues que, como lo ha dicho M. Guersent, en seis enfermos atacados del verdadero crup apenas pueden salvarse dos. Esta proporcion se encuentra jeneralmente en el crup esporádico, pues en el epidémico puede variar mucho, y por lo comun este ocasiona una mortandad horrorosa. A mas de la influencia epidémica, contribuyen otras causas á agravar ó á atenuar el

pronóstico del crup. La debilidad primitiva y constitucional del enfermo, ó consecutiva á afecciones anteriores, la falta de buenas condiciones hijiénicas, la intensidad de los síntomas, las complicaciones graves, el período adelantado del mal, la intervención tardía del arte y la insuficiencia de los primeros remedios prescritos son otras tantas circunstancias que deben hacer agravar el pronóstico; y al contrario cuando el niño es robusto, está bien constituido y rodeado de buenas circunstancias hijiénicas; cuando los síntomas manifiestan que la falsa membrana no disminuye considerablemente la columna de aire que debe entrar en el pulmón, el médico ha sido llamado á tiempo y se ve que, bajo la influencia del tratamiento prescrito, se van espeliendo falsas membranas, la tos se vuelve húmeda y disminuyen los síntomas febriles, puede esperarse la curación: sin embargo siempre deberemos estar prevenidos ya para las recaídas que pueden sobrevenir por la reproducción de las concreciones semi-membranosas, ya contra las complicaciones que puede tener el crup.

TRATAMIENTO. Lo que prueba mejor la insuficiencia del arte en el tratamiento del crup, en los mas de los casos, es el número infinito de remedios que se han preconizado para su curación. Prescindiendo de muchos que se han abandonado ya, hablaremos solamente de los diferentes medios adoptados por los mas de los prácticos, y de las indicaciones que se han de cumplir.

Á pesar de que no puede dudarse de la existencia de un elemento flojístico en esta enfermedad, no han estado acordes los prácticos, acerca la utilidad que pueden reportar en ella las evacuaciones sanguíneas; pues, al paso que algunos las han encarecido sobradamente, otros las consideran como muy perjudiciales. Esto depende de que algunos autores han observado solamente el crup epidémico, y entonces el carácter especial de la epidemia puede influir en las ventajas ó perjuicios que aquellas pueden acarrear, ó bien el endémico, en el cual las condiciones hijiénicas propias de los países en que se padece influyen en el estado del enfermo constituyéndole débil y caquético, y por esto son entonces perjudiciales las sangrías. Por lo que toca al crup esporádico, con tal que el enfermo no esté muy débil ni se halle ya aquel en el último período,

creemos que es útil el prescribir una sangría de brazo ó una aplicación de sanguijuelas en la parte anterior y lateral del cuello sobre la larinje y la traquea, y aun á veces pueden convenir ambas evacuaciones con proporcion á la edad y fuerzas del enfermo y al grado de inflamacion é intensidad del mal. Segun M. Desruelles una sangría moderada y prolongada sirve mejor que una evacuacion pronta y asi, bajo esta idea, pueden preferirse las sanguijuelas dejando sangrar las aberturas que hacen: algunos autores aplican las sanguijuelas una tras otra haciendo continuar asi durante mas ó menos tiempo una evacuacion sanguínea poco abundante; práctica que, en jeneral, puede ser muy útil. Hay casos en que conviene la reiteracion de las sangrías locales, pero siempre se ha de tener presente que no pueden debilitarse demasiado las fuerzas del enfermo porque pudieran hacer falta en lo sucesivo.

Á mas de las sangrías se han encarecido como antiflojísticos los contra-estimulantes y los alterantes. El autor del Diccionario de los Diccionarios de Medicina recomienda tambien el uso del tártaro emético en pocion á la dosis de 4 á 6 granos en 3 ó 4 onzas de vehículo, de la que debe darse cada hora una cucharada menor ó bien una en cada acceso cuando estos son muy inmediatos, combinándolo con las evacuaciones sanguíneas: entonces estas pueden escasearse mas. Como alterantes sirven bien los mercuriales, y asi puede darse el mercurio dulce á la dosis de medio grano á uno, segun la edad de los niños, cada media hora ó cada hora, asociándole una pequeña cantidad de opio á fin de prevenir el efecto purgante; y pueden mandarse hacer fricciones sobre las partes laterales del cuello, en los sobacos, brazos, etc., con uno ó dos escrúpulos del unguento mercurial en los niños de muy poca edad tres ó cuatro veces al día: cuando tienen mas edad puede doblarse esta dosis. M. Bretonneau recomienda que se suspenda el uso de los mercuriales cuando la temperatura es baja y en los niños debilitados por una causa antecedente cualquiera, porque el frio favorece la produccion de las úlceras gangrenosas, de la salivacion abundante y de las hemorragias, accidentes que siguen á veces á la administracion del mercurio, y porque muy á menudo hay en la difterítide una alteracion especial de la sangre que favorece las hemorragias, y como el mercurio dis-

minuye la plasticidad de este líquido, puede contribuir á su produccion.

Como medios antiflojísticos de una utilidad secundaria debemos indicar las bebidas emolientes, demulcentes y pectorales, las lavativas emolientes ó lijeramente laxantes, etc.; medios que nunca deben omitirse. Para favorecer la espulsion de las falsas membranas, se han aconsejado los vomitivos que sirven bien, no solo con este objeto, si que tambien para combatir su causa productriz, ó sea la inflamacion, por medio de la irritacion revulsiva que promueven en el canal cibal. Cuando el práctico es llamado para tratar un crup contra el cual no se han usado todavía medios enérgicos, debe advertir si la falsa membrana, por su espesor ó por su estension presumida, forma ya un obstáculo considerable al paso del aire, en cuyo caso deben administrarse inmediatamente los vomitivos y despues las evacuaciones sanguíneas, si lo exige el estado flojístico; ó bien si no estorba aun mucho á la respiracion, pues entonces puede empezarse el tratamiento con los antiflojísticos, y despues de ellos se darán los eméticos. Con este objeto á los niños menores de cinco años debe dárseles una mezcla de veinte granos de ipecacuana con uno de tártaro estibiado, dividido en tres papelitos, de los cuales se les dá uno cada media hora; pero si los dos primeros han hecho vomitar bastante no se dá el tercero: en los niños de mas edad se dobla la dosis. Debe hacerse beber con abundancia á los niños, y se ha de encarar á sus asistentes que conserven todos los materiales vomitados y espectorados, para que se pueda ver si se espelen pedazos de membrana. Los vomitivos están contraindicados cuando el estómago es débil ó está demasiado irritable, y los casos de mucha congoja y de mucha propension á las conjestiones cerebrales: en este caso por lo menos debe atenderse al efecto de las evacuaciones sanguíneas. Cuando no pueden administrarse los eméticos pudiera ser útil promover el vómito titilando la larinje con las barbas de una pluma.

Para favorecer el desprendimiento y la espectoracion de las falsas membranas se han aconsejado tambien los espectorantes, entre los cuales merecen la preferencia los antimoniales, la decoccion de polígala, el oximiél escilítico, la ipecacuana y azufre á pequeñas dosis, y los estornutatorios en polvo ó en va-

por, como las fumigaciones irritantes con el vinagre, etc. Segun Guersent de nada sirven estos medios sino hay abundantes mucosidades en los bronquios que levanten las falsas membranas y faciliten su espulsion.

Sirven tambien con ventaja los revulsivos cutáneos, y en particular los vejigatorios; entre los cuales son preferibles, segun Jurine, los volantes á los permanentes; porque con los primeros pueden multiplicarse ventajosamente los focos de irritacion en las inmediaciones de la parte enferma: pueden emplearse en todos los períodos del mal, pero con preferencia despues de las evacuaciones sanguíneas. No creemos que la aplicacion de los vejigatorios en la parte anterior del cuello tenga los inconvenientes que teme Jurine cuando dice que su accion irritante puede estenderse á la traquea.

Con respecto á los demás remedios recomendados, debemos decir que se puede contar poco con los purgantes, aun los mas enérgicos, ni con los sudoríficos, y asi solo podrán administrarse como accesorios; que los antiespasmódicos, en el verdadero crup, no merecen los elogios que se les han tributado y solo pueden servir en él como medios de una urgencia secundaria, cuando predomina el estado nervioso á los síntomas locales, en cuyo caso pueden administrarse el almizcle, el éter, el alcanfor y sobre todo la asafétida y los baños tibios prolongados y repetidos todos los dias y aun dos veces al dia; que los narcóticos solo pueden usarse en este mismo caso, y aun con muchísima reserva, pues pueden facilitar la asfixia, por lo que, segun nuestro parecer, á lo mas puede usarse al exterior una sustancia capaz de disminuir la disposicion al espasmo de los músculos de la larinje, siendo el extracto de la belladona en fricciones delante del cuello la que consideramos preferible; que los tónicos son ventajosos en el último período cuando las fuerzas se hallan agotadas y deben reanimarse para que se puedan espeler las falsas membranas, y entre ellos se prefieren el agua vinosa y la quina, y por fin que los medios tópicos no pueden usarse en el crup sino cuando se ha practicado la traqueotomia, pero que no deben descuidarse para combatir la anjina lardácea que precede al crup: al hablar de esta enfermedad veremos los tópicos que convienen en este caso.

Traqueotomia. Esta operacion, cuya importancia en el crup

han encarecido algunos autores, al paso que otros la consideran como un medio extremo que no debe usarse sino como último recurso, puede reportar verdaderas ventajas si se practica en el principio del segundo período, cuando ya está manifestada la difterítide laríngea con algunos accesos de sufocación: cuanto mas se tarda en operar mas fácil es el encontrar falsas membranas estendidas á lo lejos en los bronquios, el no poder remediar la congestión, la estrangulación, la inflamación y el enfisema pulmonares, accidentes frecuentes en el último período; y es mas difícil la operación á causa de la hinchazón de los vasos que se aumenta con los progresos de la asfixia: por otra parte entonces los niños no están aun debilitados con las evacuaciones sanguíneas. La esperiencia ha demostrado tambien que es mas ventajoso el hacer esta operación en dicho segundo período que no aguardar al tercero. Con ella debe esperarse no solamente el remediar inmediatamente la asfixia inminente, sino un medio para obtener el despegamiento y la espulsion de las falsas membranas, y de prevenir su reproducción con los tópicos aplicados sobre la parte afecta, y de mantener un paso artificial al aire respirado, hasta que sus vias naturales se hallan en disposición normal.

El éxito de la operación depende casi enteramente de los cuidados consecutivos á ella, y de las precauciones con que se cumplen las dos indicaciones que acabamos de indicar. Siendo estas circunstancias propias de la medicina operatoria no debemos hablar de ellas, es decir, del método operatorio, del uso de las cánulas, del modo de limpiarlas, como tambien á la traquea y bronquios, ni de la cauterización de las superficies enfermas accesibles por contacto ó por instilación. Con respecto á los contraindicantes de la traqueotomía debemos decir que no debe practicarse cuando hay motivos de creer que están ya afectados los bronquios en una grande estension por concreciones membraniformes, y cuando hay la complicación de la pneumonia aunque sea simple, pues siempre es grave.

Para evitar la traqueotomía algunos prácticos han ensayado algunas operaciones mas simples y menos peligrosas, y entre ellas debemos citar la cauterización con el ácido hidroclórico puro y concentrado, por medio de una pequeña esponja dirigida sobre la larínge, las amígdalas y la glotis; operación que,

auxiliada con los eméticos y demás medios indicados, propagándose hasta la larínge, ha dado felices efectos en manos de M. Gendron que la recomienda, pues no tiene inconveniente y puede cortar los progresos del crup procurando su curación, aun despues de muchos accesos de sufocación. Estos hechos son interesantes para aquellos casos en que los padres del enfermo repugnan la traqueotomía, y para aquellos prácticos que consideran á esta operación como demasiado peligrosa para practicarla en los principios del mal.

Tratamiento profiláctico. Cuando el crup reina epidémicamente en algun punto, y tambien en los países en que es endémico, en los niños que no pueden mudar su residencia, deben los padres tener cuidado de arroparlos bien, haciendo que respiren un aire vivo y seco, de hacerlos dormir en aposentos bien aireados y espuestos al medio dia, y en fin impedir en lo posible las reuniones de niños, porque entre ellos puede haber uno ó mas afectados de una anjina lardácea que es contagiosa: con mucha mas razón debe impedirse la comunicación entre un niño sano y los enfermos de crup. Tanto en estos casos como cuando este es esporádico, debe tenerse presente que le precede la anjina para tener cuidado en los síntomas propios de ella sin olvidar de examinar las fauces. Es muy interesante que se llame á un facultativo luego que se presentan los primeros síntomas, y en tanto que este llega, es bueno que se mantenga al niño muy caliente, hacerle beber una infusión emoliente y antiespasmódica (flores de malva y de naranjo), y hacerle tomar un pediluvio ó maniluvio sinapizado.

§ II.

De la anjina laríngea pseudo-crupal, stridula, espasmódica, etc.

La distinción del crup en verdadero y falso es sumamente interesante en la práctica. Entenderemos con el nombre de falso crup todas las especies de larínjitis que pueden simular al crup, á las cuales se han dado los nombres arriba espresados.

CARACTERES ANATÓMICOS. La anatomía patológica del falso crup es todavía poco conocida. Los SS. Bretonneau y Guersent dicen que nunca han visto morir los niños afectados de lo que

ellos llaman laringitis estrepitosa (*stridula*) simple: cuando está complicada se encuentran en el cadáver los caracteres de la complicación que ha causado la muerte: así es que en la neumonía se hallan las lesiones propias de esta y además, en algunos casos, un poco de rubicundez en los bronquios correspondientes al lado afecto; pero dice Guersent que nunca ha hallado en la larinje ni en la traquea nada que pueda explicar la tos estridulosa. La insuficiencia de la anatomía patológica se nota también en los casos llamados por algunos autores *crup nervioso*, en los cuales no solamente faltan en la autopsia lesiones capaces de ocasionar la muerte, sino también las alteraciones de la larinje propias para explicar la tos crupal que ha existido durante la enfermedad.

De lo dicho puede deducirse que el crup falso consiste en una enfermedad compleja que resulta de una laringitis regular poco intensa unida á un espasmo de la glotis: es por esto que puede simular muy bien al crup, y aun en algunos casos puede ocasionar la muerte sin dejar sin embargo en la larinje lesiones apreciables en la inspección cadavérica. El espasmo de la glotis aislado no puede simular al crup, porque las alteraciones de la voz y de la tos que se notan en los crups verdaderos y falsos dependen de las mutaciones que se efectúan en la lisura de la superficie mucosa y en el grosor y consistencia de esta membrana. Y por consiguiente en los casos de espasmo idiopático que se han observado, no se han notado la tos ni los sonidos crupales ni pseudo-crupales; la respiración era solamente difícil y silbante; los accesos estaban separados por una intermitencia completa, y los antiespasmódicos solos dieron felices efectos; todo lo que no sucede en el crup verdadero ni falso.

CAUSAS. El espasmo de la glotis idiopático, según M. Blache, es estremamente raro en el adulto, y se observa casi únicamente en la infancia y en particular del cuarto al decenno mes: esto es á corta diferencia lo único que se sabe de la etiología de esta enfermedad. El pseudo-crup reconoce causas pre-disponentes y ocasionales. M. Guersent dice que la laringitis estrepitosa afecta á los niños desde un año á seis ó siete; es muy rara despues de esta edad, lo que parecería probar que la estrechez relativa de la larinje en la infancia es causa pre-

disponente de esta enfermedad. «La organización primitiva de la larinje influye, añade, de tal manera en la producción de esta enfermedad que se observa con frecuencia en todos los niños de una misma familia. Ciertos individuos están organizados de manera que tienen muchas veces este mal: lo he visto dos, tres y cuatro veces en los mismos niños en los que se iba disminuyendo la intensidad de los accesos á medida que adelantaban en edad..... Hay algunos niños en quienes todos los romadizos empiezan con un ataque ó dos de pseudo-crup. Estoy bien convencido que los ejemplos de recidiva del crup que citan algunos autores pertenecen al pseudo-crup simple pues no creo que haya un solo caso bien probado de recidiva del crup verdadero.» En cuanto á las causas ocasionales son análogas á las del crup ó mas bien á las de las laringítides en general: son casi siempre el frio y la humedad.

De lo dicho se infiere que la etiología diferencia también el pseudo-crup del verdadero; pues en este la influencia de las causas ocasionales prepondera á la de la edad, solo se nota la coincidencia en los individuos de una misma familia cuando es contagioso ó por lo menos epidémico, y solo se padece una vez en la vida, y así es mas frecuente en la infancia á causa de esto y no por la mayor estrechez de la traquea.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO. El crup falso presenta una reunión de síntomas que le proporcionan un aspecto muy parecido al del verdadero, sin que puedan servir para diferenciarlos exactamente ciertos signos que algunos autores han considerado como muy característicos, pues que, en realidad, no son patagnomónicos; y si bien es verdad que se les debe conceder un valor muy grande, sin embargo este no es absoluto. Lo que nos parece que puede guiar mejor al práctico para establecer un diagnóstico infalible, es el estudio de la marcha de la enfermedad combinada con la de los síntomas. El crup falso sobreviene repentinamente en medio de una salud hasta entonces perfecta, y se anuncia por un primer acceso que, por lo comun, es muy intenso, siéndolo despues menos los que le siguen: al contrario no siendo el crup mas que la estension de una difterítide farinjea hasta la larinje, sobreviene despues de una anjina que, por lo regular, cuenta ya algunos dias de fecha, y que va acompañada de sus caracteres pro-

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 así 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 días 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 todavia 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; caracteres que presenta tambien en el pseudo-crup; y es muy difícil de establecer si entonces no se ha formado todavia la falsa membrana, ó si esta es todavia delgada y poco consistente. No puede pues establecerse por los solos caracteres 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 caracteres 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, llamandola *pseudo-crupal* cuando tiene los caracteres 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 caracteres 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 así 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 caracteres 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: así 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, así hay congestión 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 sufocación 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 página 123; pero por fortuna entonces es poco importante la distinción con respecto á la práctica, pues conviene dirigir el tratamiento para combatir enérgicamente y detener la marcha de la difterítide faríngea.

En la página 122, hemos visto los caracteres que pueden diferenciar del crup y del falso crup al espasmo idiopático de la glotis; pero así como está bien manifestado que el espasmo sintomático de esta parte varia en su forma, es lógico el pensar que puede presentar tambien muchas variedades el idiopático. Así la afonía independiente de una lesión orgánica de la larinje puede en rigor atribuirse tambien, en ciertos casos, á una contracción espasmódica de los músculos que contribuyen á la relajación de las cuerdas vocales y á la parálisis de los estensores de las mismas. En fin, según el espasmo ocupe aisladamente á algun músculo ó bien á los de un solo lado y según 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 sufocación. Como estas circunstancias no están todavía confirmadas por la práctica y solo se fundan en las nociones fisiológicas, 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 prodromos. El niño se despierta sobresaltado, como en la larinjitis estrepitosa; y le ataca un acceso de sufocación con la inspiración corta ó incompleta, ó al contrario cinco ó seis inspiraciones profundas se suceden sin ninguna espiración intermedia. Ora en el primer momento de la sufocación, ora cuan-

do se restablece el estado normal de la respiración, 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 respiración 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 deglución, 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 curación, 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 creído los autores extranjeros 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.º En primer lugar la inflamacion del cerebro y de sus membranas; 2.º la inflamacion de la porcion cervical de la médula espinal; 3.º 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.º 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 oír distintamente los latidos del corazón 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 dependía 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, exige la mayor atencion y debe componerse de medicaciones activas y sabiamente dirigidas. «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 disnea, 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 enérgicamente la vitalidad de la mucosa afectada.

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.º Durante el acceso no debe hacerse otra cosa que levantar al niño, inclinándolo un poco su cuerpo hácia adelante, golpeándole lijéramente las espaldas, y tirarle un poco de agua fria en la cara: todo lo demás seria inútil. 2.º Para moderar la violencia de los espasmos, pueden usarse con buen éxito el agua de laurel-cerezo á dosis pequeñas y graduadas, el almizcle, la asafétida y el zinc. 3.º Para evitar las congestiones 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 enérgicos, 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.º Para combatir directamente la causa del mal, con los antiflojísticos, evacuantes y derivativos algunas veces ya se consigue corregir 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 digital, 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 agentes, y sobre todo haciendo que los enfermos observen un réjimen conveniente, algunas veces puede conseguirse la curacion de esta grave afeccion. »

§ III.

De la arjina larinjea edematosa.

Blache llamó á esta enfermedad *larinjitís 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 hidropesia 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 extraño 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 patología. No obstante si reflexionamos acerca las menores dimensiones de la larinje en la infancia, fácilmente podremos 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 columna 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 hidropesia 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 recién-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-mucoso: la cara y los miembros estaban edematosos. La coincidencia de este estado de hidropesia 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 exteriores 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 disnea (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 hidropesia 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 urgente que previene la asfixia inminente, y por lo mismo que despues de haberlo practicado no debemos dejar de combatir con enerjía la hidropesia jeneral y lo-

cal. Luego que se conozca que se disipa el edema de la larinje puede extraerse 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 caquético 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; así 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, raquitides, afecciones de la piel y de los orificios de algunas mucosas, etc., á causa de su marcha lenta y oscura, 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 *constitucion escrofulosa*.

Estas dos razones tienen seguramente mucho mas valor que el sitio para distinguir las escrófulas de los tubérculos; y para disminuirlo se debería probar que las enfermedades escrofulosas que hemos nombrado últimamente son debidas á un modo particular de tuberculizacion hasta aqui desconocido, y que la constitucion escrofulosa es idéntica á la tuberculosa; pero el estado actual de la ciencia prueba bien por la anatomía patológica que hay ciertas lesiones que, consideradas en sus caracteres 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 fisiológicos de la constitucion escrofulosa son demasiado variables para suministrar señales ciertos de su existencia, y así 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 patagnómicos, por la naturaleza de los afectos patológicos 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

cal. Luego que se conozca que se disipa el edema de la larinje puede extraerse 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 caquético 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; así 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, raquitides, afecciones de la piel y de los orificios de algunas mucosas, etc., á causa de su marcha lenta y oscura, 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 *constitucion escrofulosa*.

Estas dos razones tienen seguramente mucho mas valor que el sitio para distinguir las escrófulas de los tubérculos; y para disminuirlo se debería probar que las enfermedades escrofulosas que hemos nombrado últimamente son debidas á un modo particular de tuberculizacion hasta aqui desconocido, y que la constitucion escrofulosa es idéntica á la tuberculosa; pero el estado actual de la ciencia prueba bien por la anatomía patológica que hay ciertas lesiones que, consideradas en sus caracteres 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 fisiológicos de la constitucion escrofulosa son demasiado variables para suministrar señales ciertos de su existencia, y así 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 patagnómicos, por la naturaleza de los afectos patológicos 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

otras son efecto evidente y secundario de un estado caquéctico desconocido aun en su naturaleza, así es que hay entre ellas muchos puntos de relacion y de conexión íntima. Todo nos hace pensar que cuando se hallan en una cierta época de su duracion están en ellas alterados los sólidos y los líquidos; pero por ahora ni la química orgánica, ni la anatomía patológica nos suministran nociones ciertas acerca el orígen de estas enfermedades, ó sea para saber si dependen de una alteracion de los líquidos en la sangre, en la linfa, etc., ó de los sólidos, en los solos tejidos primitivos, ó igualmente en los de formacion secundaria. Sin embargo, son muchas las razones que militan en favor de un orígen único en ambas afecciones; y si es lícito emitir una opinion que desgraciadamente no está apoyada sino en la induccion y en los resultados de la observacion indirecta, en vista de que solo pueden considerarse como hipóteses poco fundadas las opiniones de los autores que han considerado á las escrófulas dependientes de diferentes alteraciones de la linfa, de la distribucion viciosa del ácido fosfórico y del fosfato de cal, de las alteraciones de los sólidos, etc., no dudaremos en establecer que tanto estas como los tubérculos dependen de una alteracion de la sangre, como lo ha manifestado M. A. C. Baudelocque; ignoramos empero en que consiste esta alteracion, porque la química es impotente para mostrarnos la naturaleza de las que sobrevienen en la composicion de la sangre. Como consecuencia de esta alteracion de la sangre pronto se altera la composicion de las partes sólidas, las cuales no obran ya sobre los líquidos del modo como lo hacen en el estado normal y así es incompleta la elaboracion de estos, de manera que no tarda en encontrarse á la vez en los líquidos y en los sólidos la causa y el efecto del mal. En la enfermedad escrofulosa, como dice muy bien el citado autor, todas las partes del cuerpo están formadas de elementos de mala naturaleza; es un edificio construido todo con malos materiales.

Son muchas las semejanzas que presentan entre sí las afecciones tuberculosas. En los mas de los casos se hallan reunidas ambas en un mismo individuo; así es que con las lesiones locales escrofulosas suelen coincidir tubérculos ora en los mismos órganos en qué se hallan aquellas, ora en otras partes

del cuerpo: en ambas, cuando los tejidos que las padecen están supurados se vuelven fungosos, esponjosos, blandujos y poco sensibles; es lánguida en ellos la accion orgánica, y solo puede conseguirse su cicatrizacion con los medios estimulantes; y aun á veces para ello debemos valernos de la escision ó cauterizacion: sus causas son las mismas: sus síntomas y su marcha tienen la mayor analogía, pues cuando un tejido se infarta por la accion del vicio escrofuloso ó se infiltra de materia tuberculosa, los síntomas que anuncian estos estados patológicos son oscuros y no manifiestan ninguna reaccion vital por parte de los tejidos sobre qué ha obrado la causa morbosa, y mas tarde sucede á estos infartos escrofulosos ó tuberculosos casi necesariamente una supuracion eliminadora lenta, incompleta y que tiende á la consuncion local y general: además presentan tambien la mayor analogía los síntomas jenerales en ambas caquexias, cuando se encuentran en ellas; y por fin todos los agentes terapéuticos que parecen capaces de detener los progresos de la caquexia escrofulosa y de hacerla desaparecer, son los mismos que empleamos para prevenir, ora la jeneralizacion de los tubérculos en los diferentes puntos del cuerpo, ora su reblandecimiento en los tejidos que los padecen, ora por fin su desarrollo en los sujetos que no presentan todavía sino una predisposicion para ellos.

Habiendo como hay identidad entre estas dos enfermedades, es preciso admitir que la caquexia única que constituye el orígen de todas las lesiones locales no requiere necesariamente el depósito de la materia tuberculosa en todos los órganos cuyo estado normal perturba, y que esta diferencia tal vez depende menos del grado en qué se halla la caquexia, que de la naturaleza de los tejidos en qué concentra su accion y de la vitalidad propia de estos segun las diferentes épocas de la vida.

ETIOLOGIA. *Causas inherentes á la constitucion.* *Edad.* Las enfermedades escrofulosas y tuberculosas son sumamente frecuentes en la niñez: de lo que resulta que no es cierta la opinion de los antiguos que creian que la tisis ataca sobre todo desde los 18 á 35 años; pues como ya manifestó Laennec, es muy frecuente en los niños. Por lo que respecta á las diferentes épocas de la infancia, debemos decir que se notan poquísimas veces aquellas afecciones antes del complemento de

la primera dentición; aumentan de frecuencia en el curso del 3.º 4.º y 5.º años, para alcanzar un *maximum* muy elevado en los siguientes hasta el 11.º; y disminuyen en seguida un poco hasta la pubertad.

Mientras no se conozca bien la naturaleza íntima de la afección tuberculosa y su causa próxima, nos será sumamente difícil el explicar la frecuencia de ella en la infancia y en la juventud, en la cual es tan frecuente como en aquella. No puede explicarse la producción de los tubérculos por un aumento simple de vitalidad, porque en la vida intra-uterina y en los primeros meses de la extra-uterina, á pesar de ser la actividad vital mayor, se padecen menos los tubérculos; ni tampoco por la disminución también simple de vitalidad, porque en la vejez, en qué es esta muy manifiesta, raras veces se observan. Lo mismo debe decirse con respecto á los diferentes elementos de la acción vital ó orgánica, ó sea á la actividad mayor ó menor de la circulación, á la estructura eminentemente vascular de los tejidos, á una asimilación mas rápida, al predominio del movimiento de composición y de las exhalaciones intersticiales, pues son tanto mas enérgicas cuanto menor es la edad del niño. Se vé pues que las condiciones fisiológicas propias de la infancia no constituyen el verdadero origen de la frecuencia de los tubérculos, y lo mas que pueden hacer es favorecer la acción de sus causas ocasionales y predisponentes.

A causa de que la nutrición es mucho mas activa en la infancia, en la cual son tan frecuentes las escrófulas, se desarrollan en ella con mucha mayor rapidez que en la edad adulta y se curan también con mucha mayor prontitud; pues así como la rapidez del movimiento de composición hace que en aquella, se propaguen rápidamente las moléculas viciadas, de modo que pronto se halla todo el cuerpo formado de elementos de mala calidad; de la misma manera se reemplazan con prontitud estos elementos con moléculas de buena calidad, y la curación no es completa hasta que estas hayan reemplazado á las viciadas.

Sexo. Si bien que no se conoce por ahora sino imperfectamente la influencia del sexo en las enfermedades tuberculosas, sin embargo hasta nuevas pruebas parece que debe admi-

tirse su predominio en las niñas, como lo opina M. Guersent.

Temperamento. Su influencia en los tubérculos ha sido exagerada por casi todos los autores, la mayor parte de ellos han considerado al temperamento linfático como una de las mayores predisposiciones á esta enfermedad, y algunos hasta llegan á describir como temperamento condiciones generales del organismo que ya constituyen un primer grado de la afección tuberculosa: además la descripción que estos hacen deja fuera del círculo que forma, por lo menos una buena mitad de los casos que deberían comprenderse en él. La influencia especial y preponderante del temperamento linfático ha sido negada, por lo que toca á las escrófulas, por los Señores Guersent y Baudelocque, y creemos que tienen razón. «El temperamento linfático, dice el último autor, es compatible con la salud; cuando se desarrolla con exeso tiene por principal carácter la obesidad, con los inconvenientes que produce el aumento de gordura; pero por el solo no sobrevienen infartos glandulares ni los demás accidentes muy comunes y muy multiplicados en los escrofulosos. Si en el principio de las escrófulas se nota con frecuencia gordura, se la vé disminuir á medida que la enfermedad va progresando; y lo contrario se efectúa positivamente en los individuos que están dotados de un temperamento linfático: la obesidad aumenta tanto mas en ellos cuanto mas se desarrolla el temperamento.» Lo que acabamos de decir de las escrófulas nos parece del todo aplicable á las enfermedades tuberculosas internas, porque el resultado de nuestra observación confirma la opinión de los autores citados; y manifiesta, por ejemplo, que el temperamento linfático no tiene una grande influencia en la predisposición de la tisis. El error de los autores acerca esto proviene sin duda de que su observación habia sido superficial é incompleta; pues no bastaba el hacer notar que la mayor parte de los niños tísicos tenían el temperamento linfático, para deducir que este dispone á los tubérculos, pues es sabido que es muy común este temperamento en los niños, aunque estén perfectamente sanos.

Constitución. Esta puede ser fuerte ó débil. Por constitución fuerte ó robusta debemos entender la reunión de las tres condiciones siguientes: 1.ª el desarrollo conveniente de los

principales órganos del cuerpo; 2.^a buenas proporciones entre estos órganos, y equilibrio en sus funciones; 3.^a energía del sistema nervioso. La constitucion débil es la que reúne condiciones opuestas. De los datos estadísticos que hemos recojido resulta que la constitucion débil, en el sentido que acabamos de espresar, favorece poderosamente el desarrollo de los tubérculos; pero no debe considerarse como una condicion necesaria é indispensable para la produccion de la caquexia tuberculosa, porque esta se desarrolla tambien en los niños robustos.

Predisposicion. Los hombres no solamente se diferencian entre sí por la constitucion y el temperamento, sino tambien por las idiosincrasias, que no se encuentran menos en el estado patológico que en el fisiológico. De la misma manera que dos hombres, al oler y gustar una misma sustancia, perciben á menudo una sensacion muy diferente, que aun, algunas veces, es agradable para el uno y desagradable para el otro; asi mismo, entre dos personas sometidas á las mismas influencias patológicas, una de ellas contraerá una enfermedad diferente de la que ha afectado á la otra, y esto sucede á menudo sin que pueda apreciarse nada, en las condiciones del temperamento y de la constitucion, que pueda explicar la diferencia de estos efectos. La tuberculizacion es una de las enfermedades en que ejerce mayor influencia esta disposicion latente, cuya naturaleza es enteramente especial y que difficilmente pueden caracterizarla los señales exteriores. Todos los esfuerzos tanteados por los autores hasta ahora para ello, nos parece que han sido en gran parte infructuosos á causa de que no han diferenciado bien la predisposicion del primer grado de la caquexia tuberculosa; y asi han descrito como indicios de esta predisposicion ciertos caractéres que son ya verdaderas lesiones patológicas, como por ejemplo el abotagamiento de la cara y en particular del labio superior, la flaxidez de las carnes, etc., que dependen de la hipertrofia del tejido celular; la prolongacion de la mandíbula, el aumento de espesor de los huesos planos, la hinchazon de los largos, la debilidad del tejido muscular, la laxitud del fibroso y otras que dependen de un cierto grado de raquitis ó de reblandecimiento del tejido óseo, etc., etc. Esta distincion es en verdad muy difícil, y no siempre pueden se-

ñalarse los límites que separan este estado poco viciado de la constitucion, que todavía es fisiológico y se llama *diátesis*, del que es ya patológico, llamado *caquexia*, en el cual las funciones se hallan notablemente alteradas; y asi es que en el estado actual de la ciencia es imposible manifestar en qué consiste la predisposicion á las enfermedades tuberculosas y escrofulosas, la cual puede estar latente. Sin embargo no dejan ponerla en duda la induccion ni el raciocinio, pero no pueden indicarse sus señales característicos, si no se consideran como á tales ciertas alteraciones orgánicas ó funcionales que manifiestan que ya se padecen aquellas afecciones en un cierto grado. Debe esto tenerse muy presente en la práctica, en la cual tiene una aplicacion sumamente importante; pues que, cuando se presentan todos estos señales que en general se abandonan considerándolos solamente como indicios de una predisposicion primordial, el práctico juicioso que vea ya en ellos los primeros efectos de un verdadero estado patológico, procurará suspender su marcha y hacerlo retrogradar inmediatamente; pues entonces, siendo todavía poco adelantado el mal, el tratamiento ofrece mayores esperanzas.

Predisposicion hereditaria. La observacion prueba que los padres afectados de una caquexia tuberculosa transmiten á sus descendientes una disposicion para dicha enfermedad, proporcionada, por lo jeneral, al grado de fuerza de la afeccion que aquellos padecen. En efecto, en muchas familias se observa que se halla muchas veces caracterizada la constitucion tuberculosa en los niños menores que en los primojénitos; y aun á veces estos están sanos al paso que los que han nacido despues de ellos padecen afecciones tuberculosas, que son efecto de que se ha deteriorado la salud de sus padres mientras ha aumentado la familia.

Es muy difícil el decidir si la transmision viene mas jeneralmente del padre ó de la madre, pero está probado que el hijo puede heredar de la constitucion de uno solo de ellos, que en ciertas circunstancias en niños de una misma familia en unos predomina la constitucion del padre y en otros la de la madre, y por fin que cuantas mas semejanzas exteriores tiene el niño con uno de sus padres tanto mas predispuesto se halla á padecer las enfermedades que afectan al que se le parece mas.

«Sin embargo, dice Clark, un estado de caquexia tuberculosa no es en los padres la única condicion morbosa que acarrea la predisposicion á los tubérculos en sus hijos; muchas otras enfermedades pueden producir el mismo efecto; las mas importantes son: las afecciones de los órganos digestivos, la gota, las enfermedades cutáneas, la influencia perniciosa del mercurio en el sistema, la debilidad consecuente á enfermedades y la edad; de manera que un menoscabo en la salud de los padres por una causa cualquiera puede desarrollar en sus hijos una constitucion tuberculosa. En consecuencia, sean cuales fueren en los padres las causas de un estado caquéctico, sus efectos se manifiestan casi siempre en sus hijos con una predisposicion á las afecciones tuberculosas..... De todas las enfermedades, la dispepsia me parece ser el orijen mas frecuente de las diferentes caquexias, porque el buen estado de las vísceras digestivas y el perfecto desempeño de todas sus funciones, son indispensables para la asimilacion de los alimentos, y por consiguiente para la nutricion. El ejercicio regular de las fuerzas del sistema puede remediar ciertos desórdenes de diferentes funciones que concurren á la asimilacion y nutricion: pero no puede conservarse por mucho tiempo la salud cuando alguna de estas funciones se halla materialmente desarreglada. La caquexia puede provenir tambien del desarreglo de las diferentes funciones secretorias y excretorias, y como este desarreglo acompaña jeneralmente la dispepsia, aumenta tambien su influencia desastrosa. Con relacion al estado de salud de los padres, se encuentran sin duda otras circunstancias que pueden orijinar la diátesis tuberculosa en sus descendientes, cuya evidencia es menor que en las que acabamos de mencionar; pero puede dudarse de su influencia cuando se ven niños que en su primera edad presentan los caracteres de la diátesis tuberculosa, al paso que sus padres gozan de la salud mas perfecta sin que se les observe la menor apariencia de tubérculos ni de otra enfermedad constitucional local.... El desarrollo imperfecto, ó un estado de debilidad de los órganos de la jeneracion, han sido considerados como causa de escrófulas en los hijos de los que se hallan en este caso; y ocasiona tambien á veces los mismos resultados todo lo que tiene relacion con el acto de la concepcion ó de la nutricion del feto en la matriz, tal como

el mal estado de salud de la madre, las pasiones deprimentes, la vida sedentaria, las habitaciones mal sanas y todo lo que puede perjudicar á la nutricion de ella durante la preñez. De esta manera pueden tambien esplicarse el porqué un niño se halla dispuesto hereditariamente á la enfermedad al paso que sus hermanos se hallan exentos de esta predisposicion.»

Por fin Clark nota que, si no es posible, en el estado actual de nuestros conocimientos, el determinar todas las circunstancias de la salud de los padres que pueden enjendrar la disposicion á los tubérculos en los niños, lo es aun mucho menos el esplicar el modo como obran estas causas; de manera que puede haber opiniones diferentes acerca este particular. Esta observacion nos parece sumamente juiciosa porque no está probado por la esperiencia que los padres afectados de otras enfermedades, que no sean los tubérculos, proporcionen á sus hijos esta disposicion especial que constituye la diátesis tuberculosa: puede muy bien admitirse que solamente transmiten las mas de las veces una constitucion débil que va cambiando luego poco á poco en diátesis tuberculosa, bajo el influjo de nuevas causas.

Debemos ahora examinar los diferentes grados de intensidad con qué se ejerce la influencia hereditaria: Clark admite cuatro. En el 1.º la disposicion transmitida al jermen es bastante fuerte para que durante la vida intra-uterina pueda encontrar causas escitantes que la cambien en caquexia, antes que el hijo haya abandonado el claustro materno: en estos casos, muy raros pero bien verdaderos, los niños al nacer tienen ya tubérculos en uno ó muchos de sus órganos. En el 2.º el niño nace con un estado caquéctico que solamente necesita la accion de causas escitantes muy ligeras para ocasionar el depósito de la materia tuberculosa en un órgano cualquiera: los hijos de padres afectados de consuncion nacen frecuentemente en este estado y mueren á menudo antes de la pubertad á causa de afectos tuberculosos. En el 3.º el recién-nacido solamente tiene una predisposicion marcada por indicios mas ó menos fieles como hemos dicho: pero sino se corrige, cae gradualmente en un estado de caquexia tuberculosa, que va recorriendo todos sus períodos y hace sucumbir á los enfermos por consuncion ó por tisis: las mas de las enfermedades tuber-

culosas que se observan en la niñez y en la juventud provienen de este grado de predisposición hereditaria. En el 4.º el niño no lleva al nacer la diátesis tuberculosa, sino simplemente una predisposición para cualquiera anomalía funcional capaz de producirla, y especialmente la que se presenta bajo la forma de lo que llama Clark *dispepsia escrofulosa*, afección que mas tarde ocasiona la caquexia tuberculosa y por consiguiente todas las afecciones de esta naturaleza: los casos que se presentan bajo esta forma tienen lugar en los hijos de padres afectados de dispepsia y de otras enfermedades cuya naturaleza no es tuberculosa; constituyen la clase mas numerosa y mas susceptible de curación de la afección hereditaria, y no obstante su naturaleza por lo jeneral es la menos conocida.

Se ha dicho que la transmisión por lo regular se efectúa desde el padre á las niñas y de la madre á los niños; lo que puede ser verdad, pero por ahora debe dudarse hasta que lo hayan confirmado muchas observaciones, y sobre todo hasta que se haya sometido á las rigurosas investigaciones del método numérico.

Se cree bastante jeneralmente que una jeneración puede escapar de la afección tuberculosa hereditaria al paso que la que la ha precedido y la que la sigue están afectadas por ella. Este hecho nos ha parecido mucho mas raro de lo que se dice, y por otra parte fácilmente puede explicarse, porque en los sujetos que nacen con la diátesis tuberculosa puede esta permanecer sin efecto durante toda la vida sino contribuyen á su desarrollo las causas ocasionales, y lo contrario sucede en los casos en quienes se manifiesta.

En oposicion á la doctrina de Clark arriba indicada M. Richard (de Nancy) cree que es mas cierta la disposición hereditaria cuando la enfermedad pertenece al padre. La predisposición tuberculosa se aumenta en cada jeneración y acaba pronto con la sucesion sino se combate debidamente este vicio orgánico, ó no se procura la union sexual de los individuos afectos con otros que estén bien sanos. En efecto, sino median estas dos condiciones, la primera jeneración ha adquirido la caquexia tuberculosa sin estar predispuesta hereditariamente á ella; la segunda hereda por lo menos la diátesis y sucumbe á la caquexia antes que la primera, y la tercera recibe ya la caquexia en primero ó segundo grado y sucumbe

regularmente antes de haber enjendrado otro ser.

Se han observado algunos casos en los cuales los niños al nacer tenían ya tubérculos en uno ó muchos órganos sin que sus padres padeciesen esta enfermedad ó á lo menos sin que esta estuviese en ellos algo adelantada: estos casos, aunque muy raros y escepcionales, prueban que durante la vida intrauterina la nutrición puede hallarse bastante gravemente alterada para que pueda recorrer todos sus periodos la caquexia tuberculosa.

M. Baudelocque, con todos los modernos, admite que jeneralmente los niños no heredan la enfermedad sino solamente una predisposición para contraerla, y que para que se desarrolle la enfermedad es necesario que se una á la predisposición la acción de una causa particular. Para explicar los casos en qué las escrófulas ó los tubérculos se encuentran ya en el feto ó en el recién-nacido dice «que para que esto se efectúe es preciso que la madre, afectada de escrófulas en el momento en qué concibe, permanezca durante todo el preñado en medio de las circunstancias que han ocasionado el desarrollo de esta enfermedad: entonces no puede transmitir á su hijo otros elementos de nutrición que los que la nutren á ella, y siendo estos de mala naturaleza deben ejercer en el feto las mismas influencias perniciosas que tienen en la madre: la duración de la preñez es muy suficiente para que pueda manifestarse ya en el nacimiento no solamente la constitucion escrofulosa sino aun la misma enfermedad.» En fin, segun M. Baudelocque, si algunas veces la enfermedad escrofulosa deja libre la primera jeneración para aparecer en la segunda ó tercera, esto es menos debido á la influencia hereditaria que á la de las causas accidentales que, ó por casualidad, ó porque el individuo se ha cuidado debidamente, ó por otra causa, no han obrado en los niños de la primera jeneración, y solamente en los de la segunda ó tercera, en los cuales la predisposición hereditaria, no habiéndose destruido aun, ha favorecido la acción de las causas ocasionales.

Si se admiten las esplicaciones de Baudelocque, es preciso desechar, con él, la autenticidad de los casos que algunos autores dicen haber observado de enfermedad escrofulosa ó tuberculosa en fetos ó en recién-nacidos cuyas madres no

presentaban vestigio alguno de esta enfermedad. Esta cuestion, cuya solucion es muy difícil, necesita nuevas observaciones completas y muy exactas, que raras veces pueden recogerse con todas las circunstancias que deben hacerlas concluyentes. De todos modos es evidente la influencia de que goza la predisposicion hereditaria en los mas de los sujetos tuberculosos y escrofulosos, ya sea que solo se transmita á los niños una predisposicion que requiera la accion de las causas ocasionales ó escitantes para pasar al estado de caquexia ya sea que se transmita esta al momento del nacimiento. El número de los casos en los cuales parece que falta enteramente esta predisposicion es muy corto en comparacion de los demás, y deben admitirse muy pocos casos de tuberculizacion completamente adquirido.

Causas resultantes de una mala higiene ó de enfermedades anteriores. Las causas que hemos examinado hasta ahora se llaman *predisponentes* porque las mas de las veces se limitan á preparar á la economía de manera que las que llaman *secundarias, accidentales, determinantes ú ocasionales*, desarrollan la enfermedad con mucha mayor facilidad de lo que lo harian sin aquella disposicion previa. Queda manifestado mas arriba que en algunos casos, aunque son raros, puede desarrollarse aquella bajo la influencia esclusiva de las causas predisponentes ó sea por la sola disposicion hereditaria, ó bien bajo el influjo de las ocasionales; pero casi siempre se puede distinguir bien la accion de todas estas causas, de las cuales unas veces predominan las predisponentes y entonces se dice que la caquexia es mas bien hereditaria que adquirida, y *vice-versa* cuando predominan las ocasionales. Estos dos predominios se notan en sentido inverso y de una manera muy evidente en las dos clases de que se compone la sociedad: en los ricos que, en jeneral, están rodeados de buenas condiciones hijiénicas por lo comun predominan las predisponentes; y en los pobres que se hallan en condiciones opuestas se vé con mayor frecuencia la caquexia tuberculosa adquirida: en estos cuando hay la predisposicion hereditaria se desarrolla mas pronto la enfermedad.

Entre las causas ocasionales las hay que son mucho mas influyentes que otras, y aun hay algunas que ciertos autores han

considerado como específicas; pero no puede admitirse en ninguna esta propiedad: las malas condiciones hijiénicas de que vamos á ocuparnos se hallan lo mas á menudo reunidas.

Influencias atmosféricas. En todos los paises se padecen las afecciones tuberculosas, pero son menos frecuentes en los calientes; aumentan ó disminuyen con el descenso ó elevacion de la temperatura, pero estas variaciones no se efectúan con una correspondencia rigurosa; aun puede decirse que son raras cuando la temperatura es habitualmente muy baja ó bien muy elevada, regular y no variable, su mayor frecuencia se observa en los paises en que la temperatura presenta muchas variaciones. Cuando la humedad obra en union del frio favorece poderosamente la produccion de los tubérculos, y asi son muy frecuentes en las costas del mar en donde se notan continuas variaciones de temperatura. M. Baudelocque cree que la influencia del frio y de la humedad es solamente indirecta; porque por razon de ellas, las condiciones hijiénicas son mas desfavorables, pues para garantirse de su accion se habitan aposentos cerrados, no se hace ejercicio, el aire no puede renovarse en aquellos, y por consiguiente está viciado, etc.; sin embargo concede que el frio por su accion sedativa, y la humedad por su accion relajante en nuestros órganos, contribuyen á debilitar la constitucion y á desarrollar ó aumentar la predisposicion á las enfermedades escrofulosas. La influencia de la electricidad es poco conocida: M. de Humboldt cree haber notado que la disminucion del flúido eléctrico contribuye en algo el desarrollo y progreso de la disposicion escrofulosa. La luz ejerce sin duda una influencia mas efectiva: es sabido el estado jeneral que se produce en los vegetales y en las personas sustraídas durante mucho tiempo de la accion de la luz, el cual, si bien que no siempre constituye un primer grado de caquexia, se le asemeja mucho y por lo menos debe considerarse como una de las condiciones mas favorables á su desarrollo.

Alimentos. Queda bien demostrado que una alimentacion insuficiente, ó de mala naturaleza, por lo menos promueve la predisposicion á la enfermedad que nos ocupa: la que se compone esclusivamente de vegetales ejerce acerca esto una influencia especial; sin embargo muy á menudo se desarrolla

la afeccion tuberculosa en sujetos que han seguido muy buen régimen. Según M. Baudelocque, la frecuencia de las escrófulas en los ricos, en cuya clase se hace siempre uso de buenos alimentos, y su escasez en las jentes del campo que suelen nutrirse mal, da el derecho de concluir que la naturaleza y calidad de aquellos influyen poco en su produccion. Raras veces se tiene ocasion de examinar esta causa aislada, pues la mayor parte de los que no tienen medios para procurarse alimentos de buena calidad se hallan al mismo tiempo espuestos á otras causas, como lo son una habitacion obscura y mal ventilada, la falta de vestidos convenientes, etc. Creemos, con Clark, que una buena nutricion cuando se toma con exceso ó cuando sus cualidades son demasiado escitantes puede tambien determinar la caquexia tuberculosa, particularmente en los niños; pues que las dijestiones imperfectas, la irritacion de los órganos dijestivos y la falta de nutricion suficiente pueden dar lugar á un estado patológico semejante. Debe pues escogerse una alimentacion abundante y sana, cuya cantidad y cualidades estén proporcionadas á la edad del individuo y al estado de sus órganos dijestivos. No siempre se tiene presente esta circunstancia, y su negligencia dá lugar á consecuencias fatales que se manifiestan lo mas á menudo en los niños de las clases opulentas, á los cuales se permite con demasiada frecuencia el uso abusivo de una nutricion animal escitante cuando el estado de sus órganos lo contraindica positivamente. Además los niños suelen comer muy á menudo sin guardar regularidad alguna en las horas de la comida; y esto es muy perjudicial, pues para que se haga debidamente la dijestion, es preciso procurar algun descanso á los órganos dijestivos.

Algunos médicos han dicho que el uso habitual de la leche como alimento favorece las enfermedades tuberculosas y escrofulosas. Esta opinion nos parece poco fundada, porque cabalmente estas son escesivamente raras durante la lactancia; y además porque no es probable que pueda hallarse esta condicion perjudicial en un alimento destinado esclusivamente por la naturaleza para la nutricion de los niños de tierna edad, y porque no padecen con frecuencia los tubérculos los habitantes de ciertos puntos de la montaña cuya alimentacion

se compone casi enteramente de leche, queso, manteca y de algunas sustancias feculentas. *Viciacion del aire.* Desde la mas remota antigüedad se ha encrecido la influencia que ejercen en la produccion de los tubérculos las malas cualidades del aire, como su impureza por habitar en aposentos poco ventilados, situados en calles estrechas, etc.; pero nadie habia pensado en generalizar la accion de esta causa como lo ha hecho M. Baudelocque. Según él, esta es la verdadera y tal vez la única causa de las escrófulas; en cualquiera parte en que se ven escrofulosos se encuentra esta causa, y siempre que esta se halla se padecen aquellas; y al contrario siempre que falta esta causa faltan tambien las escrófulas. Este práctico ha buscado y analizado con una notable sagacidad las principales circunstancias que promueven la viciacion del aire; hace ver la frecuencia con que se encuentra esta condicion en ciertos barrios de las ciudades en los que abundan las escrófulas: que es comun en la mayor parte de los habitantes poco acomodados de ellas, como por ejemplo en los que venden en tiendas; que durante la noche el aire se vicia muy fácilmente en los aposentos cerrados y algo pequeños ó bien si duermen en ellos muchas personas; que, aun en los ricos, se suele acostar á los niños en aposentos pequeños, ó bien que estos tienen la costumbre de dormir con la cabeza metida dentro de las sábanas, de lo que resulta la viciacion del aire; y por fin, estendiendo mas sus investigaciones, procura probar que se encuentran tambien circunstancias hijiénicas análogas á las de las ciudades en las villas y pequeños pueblos, á causa de la disposicion viciosa de las habitaciones, del hacinamiento de trabajadores en ciertas fábricas, de niños en las escuelas; de enfermos en los hospitales, de presos en las cárceles, etc.; y cita sobre cada uno de estos puntos hechos que demuestran la coincidencia de estas condiciones con la frecuencia de las escrófulas, es decir, la conexion íntima de la causa con el efecto. No puede dudarse de la exactitud de las observaciones de M. Baudelocque; es evidente la lójica de sus racionios, y en fin debe conocerse una cierta solidez en las bases de su opinion, pero en un círculo menos estenso de lo que el pretende, pues para admitirla en todo su rigor seria preciso comprender bajo su apli-

cacion ciertos hechos que por ahora se sustraen completamente de ella. En resumen, la viciacion del aire es una causa muy importante, pero no única para la produccion de las escrófulas, pues que estas pueden desarrollarse faltando aquella.

Gimnástica mal dirigida. La falta de ejercicio y el exceso de trabajo favorecen evidentemente las enfermedades tuberculosas; y al contrario el ejercicio y trabajo moderados, con proporcion á la edad y fuerzas del niño, pueden contribuir mucho para procurar la salud. Del ejercicio del pulmon hablaremos mas adelante.

Contagio. La propiedad contagiosa de las enfermedades tuberculosas y escrófulosas, que consideraron cierta muchos autores antiguos, en el dia no se admite generalmente.

Vestidos. En las clases pobres de la sociedad los vestidos son á menudo insuficientes para preservarlos de la accion del frio, y tambien en las clases acomodadas, por la moda que hace que se lleven algunas partes del cuerpo descubiertas; pero los mayores inconvenientes que resultan de aquellos provienen de llevarlos muy apretados y en particular del uso de los corses, los cuales privan la expansion del pecho, y asi facilitan las congestiones sanguíneas del pulmon; de lo que resulta, no solamente una dificultad é insuficiencia de la hematose que puede perjudicar á todo el sistema en jeneral, sino tambien una causa especial de desarreglo en la nutricion de los órganos respiratorios, por la cual, en este caso, suele localizarse la accion principalmente en el pecho.

Hay muchas otras causas que favorecen la caquexia tuberculosa en las cuales no insistiremos porque ó bien son menos importantes, ó son raras en la infancia; y asi no haremos mas que indicar como á tales la falta de limpieza; las causas morales; ciertas profesiones que favorecen la accion del frio, perjudican la respiracion, ó debilitan la constitucion; la accion de ciertas aguas selenitosas, negada por unos autores, admitida por otros, y que coincide á menudo con otras causas que parecen mas poderosas, el abuso del mercurio, y por fin los exesos venéreos.

Causas patológicas. Son muchas las enfermedades á quienes puede atribuirse una cierta influencia en la produccion de las

afecciones tuberculosas, y aun pudiera sostenerse en rigor que todas las que son algo graves y tienen por efecto el debilitar, por lo menos momentáneamente, la vitalidad de nuestros tejidos y el empobrecer la sangre, pueden constituir una causa ocasional mas ó menos poderosa de la tuberculizacion. Á mas de este estado jeneral que perjudica á todo el organismo, ciertas afecciones pueden ejercer una accion especial en algunos órganos, aumentar su disposicion para experimentar los efectos de una diátesis previamente existente, y por consiguiente favorecer la localizacion de los tubérculos en un órgano mas bien que en los demás. En el primer caso las enfermedades desarrollan ó aumentan la diátesis tuberculosa; en el segundo influyen solamente en el sitio y en la produccion mas ó menos rápida de las lesiones locales, y en fin en un tercer caso se puede concebir que las causas patológicas ejercen á la vez la accion jeneral y la local; y esto es lo que sucede con mayor frecuencia.

Sífilis. La caquexia sífilítica es radicalmente diferente de la escrófulosa y no tiene en la produccion de esta influencia alguna directa: sin embargo es preciso admitir que, alterando profundamente la constitucion, puede disponerla para que se desarrollen con mayor facilidad los tubérculos bajo la accion de las causas propias. Asi mismo debe conocerse que los padres que han estado afectados profundamente por la sífilis enjendran con mayor facilidad niños débiles y mal constituidos, y por lo mismo mas predispuestos á la caquexia tuberculosa.

Caquexias. Las demás caquexias presentan pocas relaciones etiológicas con la tuberculosa; poquísimas veces coinciden con ella, y no hay razones para creer que puedan contribuir directamente á su desarrollo. Sin duda consisten, como la tuberculosa, en una alteracion de la nutricion, pero esta alteracion es especial en cada una de ellas. Quanto mas se diferencian por sus efectos secundarios ó lesiones locales, tanto mas difieren probablemente con respecto á su origen, á su causa próxima, y por consiguiente á su naturaleza íntima. La que tiene mayor semejanza con la tuberculosa es seguramente la clorótica, y sin embargo se diferencia mucho de ella, y en jeneral no la desarrolla; pues son muchos los casos en que persiste por muchos años la clorosis y aun causa la muerte sin ocasionar le-

siones tuberculosas; las cuales, aun en los pocos casos en que coinciden con la clorosis, deben considerarse como verdaderas complicaciones accidentales. Sin embargo, hay una grande analogía en las mas de las causas accidentales de estas dos caquexias y aun en algunas de las predisponentes, y el mismo régimen e iguales medios terapéuticos convienen para curarlas; pero presentan aun mas diferencias entre sí que analogías.

Calenturas. Cuando las intermitentes duran mucho, por lo comun ocasionan hidropesías y la hinchazon del bazo con todos los accidentes que dependen de ellas: el estado de deterioracion en que cae entonces todo el organismo, á primera vista parece que debe favorecer la caquexia tuberculosa. Hasta ahora se ha investigado y demostrado poco esta relacion, y no deben olvidarla los médicos que practican en los paises en que son endémicas las calenturas intermitentes.

Es sabida la influencia que ejercen en ciertos casos, raros en verdad, las calenturas tifoideas en la tuberculizacion; y en efecto no puede dudarse en ellas una influencia indirecta sobre esta, mayormente en los sujetos que ya se hallan predispuestos para padecerla.

Desde la antigüedad se ha admitido la influencia de las calenturas exantemáticas, la que se esplica, segun las doctrinas antiguas, admitiendo que uno de los atributos esenciales de estas enfermedades es una eliminacion de materia morbosa, y que si esta no se efectúa la infeccion de los humores persiste y origina la caquexia tuberculosa; pero la mayor parte de los modernos creen que las calenturas eruptivas se limitan á aumentar la predisposicion tuberculosa cuando ya existe, sea debilitando el organismo, sea alterando los humores, á favorecer y apresurar la explosion de la caquexia en los sujetos que la padecen ya en poco grado, y que son muy raros los casos y verdaderamente escepcionales en los que parecen susceptibles de desarrollar la caquexia en los sujetos que no se hallan predispuestos á ella.

De todas estas calenturas las que parecen ejercer mayor influencia en las enfermedades tuberculosas son el serampion y las viruelas; y aun pudiera añadirse que el serampion influye sobre todo en las internas ó viscerales, lo que no es extraño porque se complican á menudo con él el catarro bronquial y

la diarrea, y que las viruelas producen mas á menudo las esternas ó escrófulas, lo que se halla tambien en relacion con el sitio principal de esta enfermedad en los tegumentos, con las alteraciones profundas que ocasiona en ellos y con la frecuencia con que se complica con abscesos del tejido celular y de los gangliones linfáticos. No puede negarse absolutamente que la vacuna pueda producir el mismo efecto de las viruelas, si bien que no es verdad que pueda comunicarse la caquexia tuberculosa con la inoculacion del pus procedente de un escrofuloso; pues en aquel caso el indicado efecto no proviene de las malas cualidades de la vacuna sino de que obra como las demás calenturas exantemáticas.

Algunos autores, y en particular Hufeland, han descrito una especie de calentura como íntimamente ligada á la produccion de las escrófulas, y la han llamado *calentura escrofulosa*. Su descripcion es muy oscura, y no es menos vaga la que hace de ella Clark que se espresa en estos términos: « Esta afeccion febril que es particular á la infancia, por lo menos en su forma mas aguda, y que, acompañada del mayor peligro, causa frecuentemente la consuncion tuberculosa, es la que se llama comunmente *calentura remitente de los niños*. Si se descuida ó se trata mal, ocasiona á menudo afecciones cerebrales mortales; pero mas comunmente dejenera en una enfermedad crónica, que tiene su sitio especial en los órganos de la digestion, ocasiona rápidamente el desarreglo de las funciones digestivas y de las diferentes secreciones que concurren á ellas, y así vuelve al niño sumamente dispuesto á la gastritis aguda ó á la irritacion bronquial por el menor desvio del régimen y bajo la influencia del frio, etc. » M. Dubois (d' Amiens) se ha esforzado á probar que la calentura escrofulosa de Hufeland no es otra cosa que la mucosa de Pinel, ó aun mas bien la misma caquexia tuberculosa á un cierto grado y bajo cierta forma.

Flegmasias. Broussais y sus partidarios mas acérrimos han considerado á la inflamacion como la causa próxima de los tubérculos, ó á lo menos como una condicion *sine qua non*. Son sabidas las discusiones á que ha dado lugar esta opinion, y así nos limitaremos á decir que, en vista de los numerosos hechos que hemos observado, no podemos dejar de admitir con-

mo cosa demostrada que, en los sujetos exentos de toda predisposición, la inflamacion, sea cual fuere su intensidad, duracion y sitio, es impotente para producir la caquexia tuberculosa; que allá donde se encuentra la predisposición, las hiperemias y las legmasias favorecen poderosamente la tuberculizacion de los órganos afectos, y que, en los sujetos que se hallan muy predispuestos á los tubérculos, pueden estos desarrollarse sin que preceda la mas lijera hiperemia ni inflamacion. Al describir en particular las enfermedades tuberculosas volveremos á hablar de esta causa.

Dispepsia. Los desarreglos prolongados de las funciones digestivas pueden sin duda determinar ó favorecer la caquexia tuberculosa; pero falta mucho para que la dispepsia tenga con ella las conexiones que han indicado algunos autores ingleses, á menos de que, acerca esto, sean diferentes los casos observados en Inglaterra de los que presenciarnos todos los dias. Todd y Clark atribuyen una grande influencia á una variedad de dispepsia, que por lo mismo llaman *escrofulosa*, y que dicen se caracteriza por la rubicundez punteada de la punta y bordes de la lengua con mucosidades ó una capa de un blanco sucio en el centro, por la sed que el enfermo experimenta sobre todo por la mañana, por un apetito raramente natural pero mas á menudo insaciable que nulo, por la fetidez del aliento, la constipacion mas comun que la diarrea, los excrementos de un color gris pálido semejantes á arcilla húmeda, mezclados de mucosidades y de porciones de alimentos mal digeridos, por la orina á menudo turbia, algunas veces muy colorada y otras abundante y pálida, la sequedad de la piel ó transpiraciones frias en las manos y piés, sudores parciales por la noche, un sueño agitado con ensueños y rechinar de dientes: dicen que cuando este estado ha durado algun tiempo, la piel se descolora, la cara está pálida y como sucia, el niño se vuelve lánguido, perezoso y triste, rehusa el jugar y hacer ejercicio, y despues se declaran una serie de enfermedades secundarias, de las cuales la mas importante es la caquexia tuberculosa. Sin embargo todos estos síntomas faltan en nuestro país en los mas de los escrofulosos, y aunque se observa á veces la dispepsia en los casos de tubérculos viscerales, es evidente que entonces puede ser efecto y

no causa de la caquexia tuberculosa, la cual aparece muy á menudo sin que le haya precedido aquella.

Sitio. El sitio de las enfermedades tuberculosas es diferente segun la edad. Asi como despues de la pubertad la tisis pulmonar es mucho mas frecuente que las demás enfermedades tuberculosas viscerales y es casi constantemente la causa única ó á lo menos la principal de la muerte, en la infancia no sucede así, pues, á pesar de que son sumamente frecuentes en ella los tubérculos del pulmon y de los demás órganos del pecho, es mucho menos marcado el influjo que los primeros ejercen sobre los de los otros órganos de la economía que en las demás edades. Si se comparan las afecciones tuberculosas esternas, vulgarmente llamadas escrófulas, con las de los órganos internos, se verá que, fuera de la infancia, las primeras parecen mucho mas raras que las segundas. En los niños pocas veces se encuentra una lesion tuberculosa un poco considerable y algo adelantada en un aparato cualquiera sin que se hallen al mismo tiempo tubérculos, las mas de las veces muy numerosos en otros diferentes órganos; y lo contrario suele suceder en el adulto. Son muy raras las afecciones tuberculosas del estómago, como lo han reconocido todos los observadores, y esto es aun mas inesplicable en los niños que en los adultos. Con respecto á los demás órganos abdominales son frecuentes en ellos los tubérculos en la niñez, y en particular en los ganglios linfáticos; de modo que puede considerarse como casi constante la coincidencia de la tuberculizacion de estos ganglios, sean cuales fueren los demás órganos tuberculizados: sin embargo esta coincidencia es aun mas frecuente entre las lesiones tuberculosas de los órganos torácicos y las de los ganglios linfáticos de los bronquios y del mediastino. Además en los niños se encuentran tambien con frecuencia tubérculos en los órganos encefálicos.

Tales son los resultados que pueden deducirse de las investigaciones estadísticas del autor, las cuales manifiestan bien el grande predominio de las lesiones tuberculosas del sistema absorbente, pues tanto en el pecho como en el abdomen son mas á menudo tuberculosos los ganglios linfáticos que los demás órganos. Considerando además la grande frecuencia de los tubérculos en los tejidos seroso y celular, que

es el sitio mas frecuente de las lesiones llamadas escrofulosas, se inclina uno á creer que la materia tuberculosa tiene mayor tendencia á separarse de los líquidos blancos, de que se hallan embebidos los sistemas linfático, seroso y celular, que del fluido sanguíneo; sin embargo es probable que emanen directamente de este los depósitos tuberculosos que se forman en el pulmón, hígado, bazo y riñones en los cuales es muy enérgica la circulación capilar sanguínea.

Con respecto á las lesiones tuberculosas externas es difícil el establecer su mayor frecuencia porque para ello nos faltan observaciones estadísticas; sin embargo creemos que las mas frecuentes son los abscesos y las úlceras escrofulosas que dependen de depósitos tuberculosos en el tejido celular ó en los ganglios linfáticos del cuello, del sobaco, de la ingle, etc., y que despues vienen, por su orden de frecuencia, los tubérculos de los huesos, de los músculos y de los tejidos fibrosos. Sin embargo este último sitio es realmente muy raro, y muchas alteraciones profundas de las articulaciones, que no llevan origen de los huesos, son efecto de tubérculos situados en el tejido celular que rodea ó separa los ligamentos, mas bien que en las fibras propias de estos: no obstante los hemos encontrado en el mismo espesor de algunos ligamentos muy tñpidos, y tambien en algunos tendones, y aun en el de aquilles, en el punto en qué es muy denso; en el cual, en el estado normal, es del todo imperceptible el tejido celular que reúne sus fibras.

TRATAMIENTO. Hay pocas enfermedades cuyo tratamiento sea tan difícil y tan incómodo para el práctico como el de las afecciones tuberculosas: no solamente se halla este perplejo para acertar con su diagnóstico, y por lo mismo para escojer el método que debe seguir, sino que, siendo casi siempre persistentes las causas de la enfermedad, raras veces pueden combatirse y disiparse; y además la marcha latente de estas afecciones hace que por lo comun no se procuren los auxilios de la medicina sino á una época muy adelantada del mal, ó cuando este ya ha producido ciertos efectos que son incurables. Por otra parte, aun cuando una terapéutica hábil y dichosa triunfa de los obstáculos que no son insuperables, el éxito no es tan evidente ni tan brillante que pueda compensar la mo-

lestia y los estudios del que la ha dirigido.

Sin embargo, el médico no debe olvidar los deberes que le impone el ejercicio de su facultad, y dejando aparte las dificultades que debe experimentar, procurará prestar á los desgraciados enfermos todos los auxilios curativos ó paliativos que aquella le ha enseñado, sin imitar la conducta, demasiado frecuente, de los que pronto los abandonan mas ó menos completamente, cuando ven confirmada la enfermedad tuberculosa, desahuciándolos, como dice el vulgo. En efecto, los médicos que han estudiado asiduamente las enfermedades tuberculosas saben que, si bien en los casos en qué está el mal muy adelantado es insuficiente el arte para su curacion y solo puede aliviarse el estado fatal del enfermo, sin embargo, son muchos mas los casos en que presta aquel inmenso y poderosos recursos para detener la marcha del mal ó prevenir su desarrollo por medio de una terapéutica bien dirigida que debe llenar, en los mas de los casos, muchísimas indicaciones, y descender hasta los pormenores mas minuciosos tanto de la higiene como de la farmacia, y que por consiguiente requiere la aplicacion racional ó empírica de los conocimientos médicos mas variados.

De lo dicho se deduce que el tratamiento de estas enfermedades puede ser *preservativo*, *curativo* y *paliativo*. Puede tambien llamarse *general* cuando se dirige á producir una modificacion en todo el organismo, y *local* cuando se dirige particularmente á corregir el estado de un órgano amenazado ó afectado ya de tubérculos. Por fin, segun la naturaleza de los remedios que se usan, puede llamarse *higiénico*, *farmacéutico* ó *quirúrgico*.

Tratamiento preservativo. Medios para prevenir la transmision hereditaria de las afecciones tuberculosas. El primer cuidado consiste en mejorar el estado de salud de los que pueden tener hijos con todos los medios propios que no nos toca espresar, y procurar que los sujetos que se hallen afectados de la afeccion tuberculosa no contraigan matrimonio con otra persona afectada tambien, sino con una cuya salud sea completa; pues de esta manera puede evitarse mas ó menos completamente la transmision hereditaria, asi como, en el caso contrario, en cada jeneracion va aumentándose la predisposicion tuberculosa, hasta orijinar la pérdida del linaje. Lo mismo debe decir-

se con respecto á los que sin padecer tubérculos, tienen la salud muy deteriorada en términos de poder producir la predisposición hereditaria tuberculosa en sus hijos, como se ha dicho en su lugar.

La influencia que ejerce la salud del padre en la de sus hijos solo tiene lugar durante la fecundación, pero en la madre se estiende aquella en todo el preñado y lactancia, y por consiguiente durante estos dos estados deben procurarse á las mujeres afectadas de caquexia tuberculosa ó que solamente se hallan predispuestas á ella los mas minuciosos cuidados higiénicos, y las demás precauciones relativas á la salud; así se les debe procurar un buen régimen alimenticio, la respiración de un aire puro, un ejercicio moderado y la habitación en el campo, y se ha de remover todo lo que pueda perturbar sus funciones, usando los medicamentos oportunos cuando estén indicados. Con respecto á la lactancia, el interés del niño reclama que se le busque otra ama cuando su madre padece la caquexia tuberculosa. (1)

Medios para prevenir la caquexia tuberculosa en los niños después del nacimiento. Cuando los niños nacen sin predisposición tuberculosa, los medios propios para preservarlos de la caquexia consisten en colocarlos en las circunstancias mas favorables relativamente á los agentes que ejercen una influencia constante en la salud, como el alimento, el aire, el ejercicio, etc.; en remediar todos los desarreglos de las funciones que sobrevienen, y especialmente en mantener los órganos digestivos y respiratorios en un estado de integridad perfecta: es decir todo se limita á una buena higiene. Pero si nacen con aquella predisposición exigen mayor atención y mayor exactitud en su aplicación las reglas propias para conservar la salud de aquellos niños y para mejorar su constitución. Sino se procuran todas las circunstancias que pueden fortificar su salud á los hijos de padres enfermizos, pueden tenerse pocas esperanzas de que lleguen á la edad madura sin padecer afecciones tuberculosas. No nos detendremos en detallar minuciosamente todas las circunstancias higiénicas que les convienen,

(1) Véase la página 263 del tomo 2.º de nuestro tratado de enfermedades de mujeres. Nota de los traductores.

pues basta decir que se conseguirán procurando el exacto cumplimiento de todas las reglas propias de la higiene de los niños, y evitando cuidadosamente todo lo que puede ser causa predisponente ú ocasional de la caquexia tuberculosa (Véase la etiología). Por consiguiente solo diremos como en resumen que deben observarse las reglas siguientes:

A los niños que se hallan en este caso se les debe proporcionar una buena leche hasta que se halle completa la primera dentición, pudiendo ser de su madre, si solamente el padre está afectado, ó de una buena nodriza en el caso contrario; y nunca el amamantamiento artificial, sin darles nada de comer hasta después de los seis meses: después del destete, la cantidad y cualidad de alimentos deben proporcionarse á las fuerzas digestivas del niño, que reconocerán observando los efectos inmediatos que produzcan los alimentos; se ha de procurar que no coma con demasiada frecuencia, para que puedan hacerse bien las digestiones, haciendo que hasta los tres ó cuatro años la leche forme la base principal del alimento con el pan y los diferentes preparados feculentos, menos en los niños muy débiles y de un temperamento linfático muy pronunciado, á los que á menudo es útil someterlos á una dieta animal que se aumenta gradualmente, y que sin embargo, aun en este caso, no debe ser la principal ni exclusiva hasta después de aquella edad; después de ella debe procurarse que el régimen sea variado, preponderando la dieta animal; en ellos debe permitirse mas pronto y en mayor cantidad el uso moderado del vino; se les debe preservar cuidadosamente del frío, de la humedad de la respiración de un aire viciado, de la exposición de una corriente de aire, etc.; se deben abrigar convenientemente con vestidos propios según las estaciones, evitando los corsés, los vestidos apretados y los demás que reprobaba la higiene; se les deben proporcionar asiduos cuidados de limpieza, siéndoles muy ventajosos los baños generales, cuando no hay contraindicación, de temperatura diferente según las estaciones, siendo los preferibles, en verano, los de agua corriente y muy particularmente los del mar, y por fin se les deben proporcionar á su tiempo profesiones incapaces de aumentar la predisposición mencionada.

«La educación de los niños escrofulosos, dice Clark, exige

la mayor atención: no debe permitirse que permanezcan la mayor parte del día en un aposento cerrado ó en una escuela muy concurrida hasta que tengan por lo menos nueve años. Por lo regular se mantiene á los niños en la escuela demasiado tiempo con respecto á la conservacion de su salud, y pudiera disminuirse no solamente sin desventaja sino aun con utilidad para la instruccion; pues en esta edad la inteligencia se fatiga fácilmente, y el desarrollo de las facultades intelectuales, durante un cierto tiempo, en los niños de una constitucion delicada, debe subordinarse á la mejora física del sistema jeneral. » En seguida espone Clark con cuidado todas las precauciones que deben tomarse para la salubridad de las escuelas y los inconvenientes que lleva consigo el adelantar demasiado la inteligencia; haciendo observar que estos inconvenientes se notan regularmente de una manera mas especial en los niños predispuestos á los tubérculos; porque en ellos, siendo mas viva y prematura la inteligencia, se la estimulan mas los maestros y los padres, formando lisonjeras esperanzas que se frustran por alterarse su salud, lo que tal vez no sucederia siguiendo un sistema de educacion mas racional. En las niñas obran aun con mayor desventaja estas circunstancias.

La utilidad de la gimnástica se ha comprendido mucho mejor en estos últimos años de lo que lo era antiguamente, y es muy interesante para los niños predispuestos á los tubérculos ó que ya los padecen: asi pues debe procurarse que estos hagan ejercicios moderados, que puedan ejercitar todo el sistema muscular y especialmente los músculos respiratorios, evitando todos los que exigen una accion inmoderada del cuerpo como la carrera prolongada, los saltos violentos, etc. El Dr. Clark preconiza á mas de un cierto ejercicio, los juegos de billar, de volante, de pelota, del arco, de los bolos, del columpio, la equitacion, etc., para los niños de ambos sexos. Cuando aun son pequeños, debe paseárselos al menos un buen rato cada dia por el aire libre con tal que la temperatura sea favorable. Por fin, cuando la predisposicion tuberculosa amenaza particularmente al pecho, en jeneral es ventajoso el hacer que los niños lean ó declamen en alta voz con tal que se haga con la competente prudencia.

T. curativo. El tratamiento de las enfermedades tuberculosas puede ser curativo en todas las épocas de ellas; pero esta posibilidad es muy variable segun el grado en qué se halla la caquexia y segun cuales sean los órganos afectos. Cuando todavía existe sola la caquexia y no se ha localizado; cuando solamente en uno ó muchos órganos es inminente la tuberculizacion, y en una palabra cuando no hay mas que ese estado jeneral que deberia considerarse como un primer grado del mal, el tratamiento ofrece muchas esperanzas; pero estas se disminuyen mucho luego que el mal pasa al segundo grado, es decir, cuando se forman ya depósitos tuberculosos en los órganos; y en fin en el tercero, ó sea cuando estos depósitos se encaminan ya á la eliminacion, no puede conseguirse la curacion sino cuando aquella no ocasiona desórdenes graves en los órganos esenciales á la vida. Siempre que las lesiones tuberculosas afectan á las vísceras es escesivamente rara su curacion, ora se hallen en estado de crudeza, ora en el de supuracion eliminadora, porque no solamente son graves por su naturaleza, sino porque perturban el ejercicio de funciones interesantes á la vida, aumentando por lo mismo la caquexia, y porque contraindican el uso de ciertos remedios. Al contrario las que se hallan situadas en el tejido celular, en las glándulas esternas, en los huesos, músculos, etc., son mas susceptibles de curacion; pero no permiten siempre el restablecimiento de las funciones de los órganos afectos.

No hablaremos por ahora de las indicaciones particulares á cada una de las lesiones tuberculosas, y solo nos ocuparemos de las indicaciones correspondientes á la caquexia jeneral, pues que siempre deben dominar en el tratamiento, sea cual fuere la lesion que se presente.

El mismo objeto tiene el tratamiento curativo que el preservativo, pues asi como en este se procura la renovacion de las moléculas orgánicas que se hallan todavía poco viciadas, reemplazándolas con otras perfectamente asimilables, en aquel se procura tambien esta renovacion; pero como la alteracion de las moléculas es ya mas profunda, y aun á veces estas han perdido ya la plasticidad que deben tener y han formado depósitos tuberculosos, es evidente que entonces la renovacion molecular orgánica debe ser mas larga, mas difícil de

obtener, y aun á veces imposible, porque ya son insuficientes los movimientos de la nutricion para volver á hacer entrar en la sangre la materia tuberculosa, y solamente por medio de la absorcion puede lograrse que vuelva á entrar en los vasos para ser luego espelida por los emuntorios naturales y artificiales. Por consiguiente debe dirigirse tambien oportunamente el tratamiento para hacer que sea mas activa, no solamente la nutricion, sino tambien la absorcion en los tejidos afectos; pero por desgracia no poseemos para esto medios muy eficaces, pues aquellos de que nos valemos las mas de las veces se limitan á auxiliar un poco á la naturaleza; y asi cuando son numerosos los tubérculos, raras veces se puede hacer retrogradar la afeccion local, y por lo comun á lo mas solo se consigue con aquellos el detener su marcha.

El modo de curacion de que acabamos de hablar no es el único que emplea la naturaleza; pues en virtud de la fuerza medicatriz que á veces desarrolla en las afecciones mas desesperadas para el arte, cuando no ha podido reabsorberse algun depósito tuberculoso, á veces puede permanecer en los tejidos casi sin el menor peligro: porque, por medio de una lijera y proporcionada inflamacion, se organiza en su alrededor una especie de barrera capaz de proteger al órgano contra su accion irritante, y de colocarlo en una condicion que hace que no sea posible su reblandecimiento ni supuracion. Es asi como se encuentran á veces ciertos ganglios convertidos en una materia tuberculosa que se halla envuelta por un quiste muy grueso, fibroso, y dotado de la suficiente vitalidad para que no perjudique los tejidos que se hallan en contacto con él, pero no para inflamarse por el contacto de la materia que contiene y cuya supuracion eliminadora evita.

Por fin pueden curarse tambien las lesiones esternas por eliminacion; pero no sucede asi en las viscerales porque la supuracion, indispensable para lograrla, destruye al órgano que es el instrumento de ella; y la ruina del órgano acarrea la del organismo. Los casos escepcionales de este hecho son sumamente raros, y aun los dudan algunos prácticos.

De la reunion de las circunstancias que acabamos de indicar resultan tres indicaciones curativas generales para el tratamiento de las afecciones tuberculosas.

1.ª Indicacion. Se dirige á modificar la composicion de la sangre y á volver á constituir la trama orgánica de los sólidos, activando la renovacion molecular de todos los tejidos, es decir, la nutricion, y particularmente la reabsorcion intersticial. Para cumplir esta indicacion, á mas de la remocion de las causas del mal y del uso propio de los medios hijiénicos descritos en el tratamiento preservativo, nos podemos valer de los remedios que vamos á indicar.

Medicamentos alterantes. Están contraindicados, por su accion estimulante en la circulacion y digestion, cuando las visceras se hallan afectadas de tubérculos algo adelantados é irritados por otra causa; pero en el caso contrario pueden servir bien, y asi casi se limita su aplicacion á las lesiones tuberculosas esternas, y en particular en las escrófulas ganglionares es en las que hacen mejores efectos el uso del iodo interior y esteriormente. M. Baudelocque que ha experimentado mucho este medicamento, y especialmente en los niños, lo administra de la manera siguiente: hace disolver unos cuatro granos de iodo y ocho de ioduro de potasio en dos cuartillos de agua; de cuya disolucion, que es igual al agua mineral iodurada número 2 de Lugol, empieza á dar de una onza á dos al dia, segun la edad, hasta llegar gradualmente á diez ó doce onzas, de cuya dosis nunca pasa: la dosis prescrita en cada dia se toma en dos veces, por la mañana y por la tarde. Si la solucion fuese mas concentrada irritaria al estómago. Despues de haber continuado el uso del iodo de tres á seis semanas, lo suspende durante mucho tiempo y entónces pone al enfermo al uso de los diluentes y le hace tomar uno ó dos purgantes salinos. Obra tambien el iodo como alterante jeneral administrado en baños. Tanto antes de su uso como mientras se emplea debemos cerciorarnos de que no están irritados los órganos digestivos, estando alerta por los accidentes que puede ocasionar y que indica la materia médica.

Algunos autores han preconizado los preparados de oro, pero no se usan mucho y parece que se han exajerado sus efectos. Los mercuriales, antimoniales y el cloruro de bario, aunque sirven bien con frecuencia, no pueden compararse al iodo, cuya eficacia se experimenta á menudo, sin que por esto pueda considerarse como un específico.

Tónicos. No es extraño, dice Clark, que en una enfermedad en la que la debilidad constituye uno de sus caracteres distintivos, se haya pensado en prescribir los tónicos. En efecto, es sabido cuanto conviene en general el uso de la quina, de la jenciana, del hombrecillo, etc., al interior; y de los baños fríos, de los sulfurosos y sobre todo de los del mar exteriormente. Por desgracia estos últimos no pueden proporcionarse á muchos enfermos; pero pueden reemplazarse bastante bien con los artificiales que contengan el cloruro de sodio y las demás sales que se hallan en el agua del mar en una proporción análoga: á la misma clase pertenecen las aguas minerales sulfuro-alcalinas ó sulfuro-salinas que se encuentran en diferentes comarcas.

Uno de los tónicos mas poderosos que tenemos á nuestra disposición es el hierro y muchos de sus preparados. Este medicamento conviene sobre todo en las personas cuyo aspecto general se parece á la clorosis. Mientras no hay depósitos tuberculosos ó estos son pocos y poco considerables, el hierro nos parece uno de los medicamentos mas ventajosos. En estos últimos tiempos parece que ha tenido muy buenos efectos administrado por M. Dupasquier asociado al iodo en las tisis pulmonares poco adelantadas, y aun en tísicos de tercer grado. En un trabajo reciente de M. Coster se vé que poniendo animales en condiciones propias para desarrollar la caquexia tuberculosa, estas son impotentes si al mismo tiempo se administran á aquellos alimentos calibeados, de modo que ninguno de ellos se vuelve tuberculoso. Estos resultados, sumamente interesantes, manifiestan bien la eficacia del hierro para prevenir ó detener la marcha de la caquexia tuberculosa: sin embargo no podemos convenir con M. Coster cuando dice que la inflamación no es un contraindicante del uso del hierro, pues creemos que en muchas enfermedades se halla esta contraindicación, y especialmente en las lesiones tuberculosas de las vísceras, cuando el reblandecimiento y la supuración se efectúan rápidamente bajo la influencia de una inflamación mas ó menos evidente.

Evacuantes. Los purgantes dados con moderación pueden convenir en muchos casos, sea para facilitar la acción de los alterantes, sea para contribuir directamente á arrojar de la

sangre los materiales impropios para una buena nutrición. Están contraindicados, en general, cuando los tubérculos se hallan en los órganos digestivos, porque pueden agravarlos á causa de la irritación que promueven en ellos: convienen mucho mejor en los de los órganos encefálicos, y en particular en las lesiones esternas y en los sujetos llamados escrofulosos, siendo en ellos en los que dán mejores efectos. Los purgantes preferibles en los niños son los calomelanos, las sales neutras, el tártaro estibiado muy diluido, el sen, etc., no deben darse de una manera continua sino de tanto en tanto, siendo útil de seguir el método de M. Baudelocque que los hace alternar con el uso del iodo.

Raras veces convienen los eméticos sino es contra las complicaciones saburrales: su acción perturbatriz es demasiado violenta para que pueda promoverse á menudo como debería ser en una enfermedad tan larga, y casi nunca se ha experimentado con el ventaja alguna sino en la tisis pulmonar.

El uso de los medicamentos llamados depurativos, sostenido y prolongado, cuando no hay contraindicación, ayuda mucho á la eficacia de los demás medios: en esta clase nos parece que puede comprenderse el aceite de hígado de bacalao que solamente conviene, como veremos, en algunas enfermedades tuberculosas.

Emisiones sanguíneas. Las sangrías por lo general están contraindicadas porque no solamente disminuyen la parte serosa de la sangre sino tambien la parte roja que conviene mucho conservar: por consiguiente debemos ser muy sobrios en su prescripción en las escrófulas y sobre todo en las afecciones tuberculosas viscerales, á menos de que las indique enérgicamente alguna complicación hiperémica, hemorrágica ó inflamatoria.

Exutorios. M. Baudelocque ha resumido perfectamente, á nuestro entender, todo lo que debe saberse de los exutorios cuando dice: «No deben emplearse ni proibirse sin discernimiento, la observación demuestra que pueden ser muy útiles y muy dañosos segun el estado en que se halla el enfermo. Así, por ejemplo, si se establece un fontículo en un escrófuloso lleno de úlceras que dán una supuración abundante, no se hace mas que aumentar el mal; si se atormenta por el mis-

mo medio á un niño flaco y ya marasmódico, se agrava su posición sin que se llegue en los mas de los casos á conseguir que se establezca su supuración, no se hace mas que promover el dolor; pero la aplicación de un exutorio á un escrofuloso que presente esa redundancia celular, esa plétora linfática, esas formas redondeadas, esa blancura de los tegumentos y ese color fresco y rosado tan bien descritos por Alibert; á un escrofuloso que no tiene ningun flujo purulento ó en uno á quien se acabe de suprimir una supuración abundante, ya con la cicatrización de muchas úlceras, ya por la amputación de alguna parte, está conforme á los preceptos dictados por la experiencia, y puede auxiliar los demás medios curativos. »

Medios complejos. Con el uso de las aguas minerales inferior y exteriormente se consiguen á veces curaciones inesperadas en las enfermedades tuberculosas. Cuando estas afectan las vísceras desde mucho tiempo, raras veces convienen y deben prescribirse con mucha prudencia: cuando están estas poco adelantadas ya pueden tener buen efecto, pero convienen principalmente cuando son esternas las lesiones tuberculosas y aun son mas eficaces cuando todavía no hay mas que caquexia tuberculosa sin que se haya localizado el mal. Entre todas las aguas minerales son las mejores para estos casos las que contienen á la vez iodo, azufre, y cloruro de sodio, y se deben preferir las que son mas activas y mas escitantes para los sujetos que tienen poca irritabilidad y una especie de entorpecimiento en la vitalidad de los tejidos; y en circunstancias opuestas son preferibles las mas suaves que aun á veces no pueden soportarse. La mutación de clima y de régimen, los viajes, la distracción y las demás circunstancias hijiénicas consecuentes á esta medicación contribuyen poderosamente á su buen éxito.

La mutación de clima pasando á uno mas caliente y la navegación muy duradera en las latitudes mas inmediatas al ecuador pueden tener muy buen efecto.

2.^a *Indicación.* Hemos dicho ya que cuando se hallan tuberculizados diferentes órganos puede contarse poco con la reabsorción de la materia escrofulosa; y que cuando el órgano afecto es importante, de modo que es peligroso el promover

en él la supuración, debe esta prevenirse para que los tejidos en que se hallan los tubérculos puedan acostumbrarse á su contacto y organizarse de una manera especial para defenderse de ellos, como se dijo. Solo podemos llenar este objeto con medios indirectos propios para mantener el organismo en ciertas condiciones de resistencia y de reacción; pues se necesita un cierto grado de reacción para producir la inflamación plástica que debe engrosar los tejidos competentemente; pero si se hace excesiva esta irritación ya no es plástica sino supuratoria, y esto debe evitarse. Por consiguiente, así como en muchos enfermos debe aumentarse, bajo esta idea, la resistencia vital, lo que por lo comun ya se ha logrado con el uso de alguno de los medios que hemos indicado como propios para activar la nutrición y fortificar la constitución, en otros debe debilitarse la fuerza de reacción y se han de combatir las inflamaciones demasiado intensas, para impedir la supuración y la desorganización de los tejidos afectados; esta indicación nos hace ver que á veces pueden ser muy útiles las evacuaciones sanguíneas y los revulsivos; pero, como hemos dicho, las primeras exigen mucha prudencia, y la grande habilidad del práctico consiste, en punto á ellas, en no dejar pasar la ocasión propia para practicarlas, y en prescribirlas en una cantidad proporcionada; pues que siendo demasiado tardías ó demasiado copiosas son mas perjudiciales que útiles.

3.^a *Indicación.* Cuando en razón del sitio de las afecciones tuberculosas en órganos poco importantes no es temible la supuración, debe esta favorecerse con los tópicos estimulantes, fundentes, vesicantes, escaróticos y aun con el cauterio actual: entonces deben hacerse á veces diferentes operaciones quirúrgicas, como escisiones, ablaciones, amputaciones y resecciones. Sin embargo en algunos casos es excesiva la inflamación supuratoria, y entonces debe moderarse, conteniéndola en sus justos límites.

T. paliativo. Considerado en general, es análogo al de las demás degeneraciones orgánicas: comprende la mayor parte de los medios del preservativo y algunos del curativo; su objeto es el debilitar la marcha del mal, destruir las complicaciones que tan á menudo se presentan durante su curso, y combatir aquellos síntomas cuya intensidad puede aumentar

los padecimientos del enfermo. En los niños, aunque se dirija con el mayor cuidado, raras veces se consigue con él disminuir sensiblemente los progresos del mal; porque cuando este se manifiesta tan adelantado en un órgano que nos obliga á renunciar al tratamiento curativo y á valernos del paliativo, ya hay muchos otros órganos afectados y así progresa aquel rápidamente.

§ II.

De las enfermedades tuberculosas del pecho.

La principal diferencia que presentan las enfermedades tuberculosas del pecho en la infancia, comparadas con las de la edad adulta, consiste en que afectan con mucha mayor frecuencia los ganglios bronquiales, y pueden adquirir un grado muy adelantado antes de haber afectado gravemente al pulmón: de esta diferencia fundamental en el sitio resultan necesariamente otras bastante notables en los síntomas, marcha y diagnóstico de aquellas. Además en la infancia muchas veces ocasionan la muerte antes de haber pasado todos sus períodos, ó hallándose todavía en estado de crudeza, porque afectan gran parte del aparato respiratorio: de ahí nacen también mayores dificultades para su diagnóstico en los niños que en los adultos.

En la descripción que va á ocuparnos nada repetiremos de lo que queda espuesto en el párrafo precedente; nos limitaremos á indicar las variaciones que aquel mal presenta en la infancia, como lo hemos hecho en las demás enfermedades, y comprenderemos en la historia de la *tisis pulmonar* la de la tuberculización de los ganglios de los bronquios y del mediastino que se ha denominado en estos últimos tiempos, impropriadamente á nuestro entender, *tisis bronquial*, porque la afección del pulmón casi nunca se halla en los niños sin la de los ganglios bronquiales y *vice versa*, y solo en algunos predomina sensiblemente la de los ganglios, porque no presentan variación con respecto á la etiología y al tratamiento, y solo tienen alguna diferencia por lo que toca al diagnóstico y sobre todo á la anatomía patológica, diferencias cuya impor-

tancia no debe exajerarse. Sin embargo no omitiremos la indicación de las circunstancias especiales propias de cada una de ellas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. De 74 cadáveres que han presentado tubérculos en el aparato respiratorio, en 69 se han hallado en los ganglios bronquiales al mismo tiempo que en el parénquima pulmonar; en 4 en aquellos ganglios solos, y en uno en el solo parénquima pulmonar. En los cinco últimos casos el mal se hallaba muy poco adelantado, pues por poco que haya progresado afecta simultáneamente ambas partes; pero se nota muy á menudo que predomina en los ganglios bronquiales, y que estos pueden hallarse convertidos en masas tuberculosas enormes antes de que haya muchos tubérculos y estén reblandecidos en el pulmón. Esta circunstancia, que es mucho mas rara en el adulto, prueba que en los niños el aparato linfático presenta condiciones muy favorables á la formación de los depósitos tuberculosos, y que es el sitio primitivo de ellos.

La materia tuberculosa se encuentra en dos estados, el de crudeza y el de reblandecimiento. En el primer caso tiene un color gris y semi-transparente, ó blanquecino ó amarillo, y un aspecto caseoso que sucede regularmente al primer estado: se forma á menudo en tanta cantidad que los ganglios volviéndose de mas á mas voluminosos se reunen unos con otros y forman masas aglomeradas é irregulares, en las cuales, con la disección, se encuentran intersecciones fibrosas que no son otra cosa que la membrana esterna de los ganglios, pero que pueden llegar á desaparecer, de manera que á veces se encuentran tumores del tamaño de un huevo de paloma y aun mayor, en los cuales no puede conocerse el menor resto del tejido de los ganglios. Estos tumores, regularmente rodeados por un quiste fibroso mas ó menos grueso, constituyen una masa sólida que rodea los grandes bronquios y los grandes vasos situados en el mediastino.

Pudiera creerse *á priori* que estos tumores deben ejercer una influencia perjudicial en las partes inmediatas; sin embargo las mas de las veces, siendo bastante lenta su formación, las partes vecinas se habitúan á su contacto, y así solo dificultan poquísimas veces de una manera notable la circu-

lacion del aire ó de la sangre en sus conductos. No obstante en algunos casos ejercen una influencia, cuyos principales efectos debemos describir, porque su estudio nos conducirá al conocimiento de los síntomas que pueden hacer reconocer ó presumir durante la vida la existencia de los tubérculos mediastínicos ó peri-bronquiales.

La acción mas sencilla de estos tumores en los bronquios puede limitarse á una compresion que disminuye su calibre y cambia su forma, aplastando sus paredes; otras veces estas se destruyen como por una especie de desgaste ó de erosion y entonces la membrana esterna del ganglio forma en este punto la pared del conducto aéreo. Hallándose ulcerado el bronquio, el ganglio tuberculoso puede salir por la abertura y enucleándose de esta manera puede expectorarse. Segun M. Becquerel, M. Guersent ha observado muchos de estos casos, pero no creemos haya podido efectuarse esta eliminacion sin reblandecimiento y supuracion precedentes.

De todos los grandes vasos situados en el mediastino ó en la raiz de los pulmones, la arteria y las venas pulmonares son los que se han encontrado mas á menudo comprimidos: estos vasos se hallan aplastados; sus adherencias con los ganglios afectos impiden necesariamente el juego de su elasticidad. De estas dos circunstancias resulta casi inevitablemente un cierto obstáculo en el curso de la sangre; pero raramente se encuentran alteradas las paredes de estos vasos. La aorta puede estar comprimida y disminuido su calibre: entonces puede resultar de esta lesion la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Las venas cavas superior é inferior pueden tambien hallarse comprimidas aislada ó simultáneamente, y á ello deben atribuirse algunas de las hidropesías jenerales ó parciales que á veces complican al mal. La compresion del esófago por los ganglios tuberculosos debe ser muy rara, en razon de su posicion.

Como en las demás partes del cuerpo, los tubérculos de los ganglios torácicos pueden experimentar la transformación calcárea que puede considerarse como una especie de curacion, pues en este estado ya no se reblandecen ni supuran, pero esta transformación es bastante rara en los niños. M. Becquerel ha observado algunas veces un estado esteatomatoso de es-

tos ganglios que atribuye á una transformación del estado tuberculoso.

El reblandecimiento y la supuracion se observan bastante á menudo en los ganglios tuberculosos, pero esta terminacion es muchísimo menos frecuente en los ganglios que en el pulmon y la mayor parte de los que mueren á causa de la afeccion tuberculosa localizada en mas ó menos órganos solo presentan en la autopsia los tubérculos ganglionares en estado crudo. Cuando se efectúa el reblandecimiento empieza jeneralmente por el centro del tumor, cuyas capas esternas se van fundiendo poco á poco hasta que el tumor, que era sólido, se transforma en enquistado, cuyo interior está formado por pus mezclado con grumos y fragmentos tuberculosos que casi siempre se conocen bien. Estos quistes, vueltos purulentos, tienen de mas á mas una tendencia particular á vaciarse, perforando los conductos inmediatos. Por lo comun la evacuacion se efectúa por los bronquios, y para ello es preciso que estos conductos contraigan adherencias con los quistes; bajo la influencia de la inflamacion que persiste, se ulceran sus paredes, se perforan de fuera adentro, y entonces se forma una abertura fistulosa entre la cavidad del quiste y la del bronquio: el pus y la materia tuberculosa que se ha vuelto líquida pueden asi evacuarse por expectoracion. La cavidad del quiste pudiera confundirse con una verdadera caverna pulmonar cuando están afectados los ganglios interbronquiales colocados en el mismo espesor del pulmon; pero en jeneral puede evitarse fácilmente este error, ya porque se conoce que el quiste está formado por una capa gruesa de tejido fibroso y no por el pulmonar, ya porque la abertura de comunicacion se halla casi siempre, segun Rilliet y Barthez, situada lateralmente á este conducto. Cuando se han abierto muchos ganglios inmediatos entre si en los bronquios, resulta de ello una cavidad multilocular colocada á la raiz del pulmon, la cual desde allí dá ramificaciones en diferentes sentidos y escava á este órgano hasta una cierta profundidad. Se han observado algunos casos, escesivamente raros, en que los tubérculos se han abierto por el esófago y por la arteria pulmonar: en este caso la sangre sale por los bronquios y la hemorragia

causa la muerte. Algunas veces se encuentran los ganglios del mediastino que no tienen contigüidad alguna con los conductos bronquiales, adherentes á la superficie interna del pulmon; si estos ganglios se reblandecen y supuran, la materia tuberculosa se abre paso en los bronquios al través de la pleura mediastínica y del mismo parénquima pulmonar.

Se ha preguntado si despues de la evacuacion de la materia tuberculosa los quistes que la contenian pueden cicatrizarse por la adherencia de sus paredes: hasta ahora no se ha manifestado bien la existencia de estas cicatrices; pero M. Guer-sent admite esta terminacion de la tisis ganglionar como indudable.

Tales son los hechos relativos á los tubérculos ganglionares del pecho, que deben considerarse como pertenecientes casi esclusivamente á la infancia, porque á una edad mas adelantada las lesiones de los ganglios torácicos no son sino muy accesorios á las lesiones tuberculosas del pulmon, y presentan muy poca importancia. Al contrario, la historia anatómica de los tubérculos pulmonares se diferencia muy poco en la infancia y en una edad mas adelantada; pues tanto si se hallan en estado de crudeza como si se han convertido ya en escavaciones, su aspecto y sus caracteres anatómicos son semejantes; los desórdenes que producen en las partes inmediatas son idénticos, en una palabra, puede decirse que las lesiones tuberculosas del pulmon son iguales en la infancia y en una edad mas adelantada.

En el principio de la enfermedad, los tubérculos pueden ocupar un solo pulmon, pero esto es muy raro; pues, en los mas de los casos, en los niños se encuentran en ambos, pero en el izquierdo suelen hallarse en mayor número y mas adelantados, y tambien es el izquierdo el que está afectado mas á menudo cuando solo se hallan en un pulmon. Lo mismo que en el adulto, se encuentran principalmente en el vértice y asi, á medida que se van examinando zonas horizontales del tejido pulmonar mas inferiores, se observa que los tubérculos se van volviendo en menor número y menos adelantados. Segun Clark la mayor inmovilidad que ejercen las partes superiores del pulmon, con relacion á las inferiores, es probablemente la causa de que en aquellas se hallen con mayor fre-

cuencia los tubérculos; esplicacion que nos parece mucho mas racional que la que antes se daba, atribuyéndolo á la bronquitis; pues la influencia de esta con respecto á los tubérculos es muy accesorio y accidental; y al contrario es evidente que cualquiera causa que dificulte la dilatacion del pecho se siente mas principalmente en los lóbulos superiores, que tienen tan poca movilidad, á causa de su posicion en la parte menos dilatable de la caja del pecho.

Hemos indicado en la página 168 que en los niños, al revés de lo que suele suceder en el adulto, sucumben á la tuberculizacion de los órganos torácicos sin que haya todavía cavernas pulmonares; ó á lo menos antes de que estas sean vastas y numerosas. Muchas razones nos parecen propias para esplicar esta particularidad: pudiera suponerse que en los niños el pulmon es menos susceptible de inflamarse por el contacto de los tubérculos, y por consiguiente de supurar y de formar cavernas; pero lo que parece menos dudoso es que, en ellos, los tubérculos se forman con mayor rapidez, de modo que han invadido ya mucha parte del aparato respiratorio, pudiendo causar la muerte, antes de que aquellos estén adelantados; además puede tambien contribuir mucho en los niños á adelantar la terminacion mortal la circunstancia de hallarse tuberculizados los órganos abdominales, de lo que depende la perturbacion de las funciones digestivas; y por fin, siendo en ellos mas necesaria la hematosís á causa de la mayor actividad de la nutricion y de las secreciones, es muy probable que su organismo debe resentirse mas pronto de la perturbacion de aquella.

En los niños, como en las demás edades, por poco adelantados que estén los tubérculos del pulmon los hay tambien en la pleura, y además se hallan adherencias en ella, las cuales nada presentan de particular en la infancia. En esta es muy rara la tisis larinjea tuberculosa, y así son poquísimos los casos en que se encuentran tubérculos en la larinje, y aun en estos no suelen estar adelantados cuando sobreviene la muerte.

Además de las lesiones tuberculosas, el aparato respiratorio presenta bastante á menudo vestijios de ciertas enfermedades que han complicado la tisis: la mas frecuente de ellas es la pneumonia y lo es tanto mas cuanta menor es la edad de

los niños de uno á cinco años; de manera que en esta edad la tuberculizacion, tiene todavía poca influencia en la mortalidad, pues en los mas de los casos se le añade la pneumonia y es la causa principal de la muerte. Despues de ella son las complicaciones mas frecuentes la bronquitis, la coqueluche y la pleuresía aguda. Además se encuentran tambien vestijios de otras complicaciones en aparatos diferentes á mas de los tubérculos que se hallan en estos.

ETIOLOGIA. Nada diremos con respecto á las causas jenerales de los tubérculos para evitar repeticiones fastidiosas; y así notaremos solamente que el aparato respiratorio está mas sometido que los otros al influjo de algunas de aquellas causas, y que todas las demás ejercen sobre él una accion por lo menos indirecta: y por lo mismo nada tiene de extraño que sean en él tan frecuentes las lesiones tuberculosas: así el frio y la humedad, á mas de la influencia indirecta que ejercen en todos los órganos por su accion en la piel, obran directamente en las cavidades respiratorias por medio del aire que se introduce en ellas. M. Baudelocque, en sus investigaciones acerca la viciacion del aire, tuvo principalmente á la vista á los sujetos escrofulosos, y seria de desear que se recojiesen observaciones análogas para saber si la viciacion del aire tiene alguna accion especial en el pulmon, á mas de la influencia que ejerce en la composicion de la sangre. Con respecto al influjo de ciertas enfermedades en la produccion de los tubérculos, dijimos que jeneralmente es accesorio y supone casi constantemente la existencia de una predisposicion; esta conclusion jeneral la aplicamos tambien en particular á los tubérculos del pecho; pero para probarla completamente es necesario refutar las objeciones que se han hecho á ella. Se ha dicho que los tubérculos del pulmon dependen siempre ó casi siempre de la pneumonia: es bastante frecuente la coincidencia de estas dos enfermedades en los niños; pero repetidas investigaciones anatómicas nos han probado completamente que, si bien pueden hallarse los tubérculos en el pulmon sin ocasionar la pneumonia, como sucede en muchos casos, han contribuido poderosamente á su produccion en muchos sujetos; pero que nunca ó casi nunca los tubérculos han experimentado por parte de la pneumonia la influencia

que aquellos han ejercido en el desarrollo de esta inflamacion. En efecto, de 49 autopsias de niños muertos de pneumonia, en 20 hemos hallado la coincidencia de los tubérculos pulmonares á diferentes grados, con las particularidades siguientes: En todos los casos hemos encontrado tubérculos en algunos puntos del pulmon que no presentaban señal alguno de hallarse inflamados; de manera que para conceder que estos fuesen efecto de la inflamacion, deberia decirse que esta habia desaparecido completamente, ó á lo menos los señales que la caracterizan. Cuando una porcion del órgano se hallaba simultáneamente hepatizado y tuberculizado, hemos notado siempre que los tubérculos, ora se hallasen crudos y caseiformes, ora en forma de tumorillos grises y semi-transparentes, se distinguian evidentemente del tejido pulmonar inflamado; que el aspecto de estos tubérculos no podia confundirse con el de las vesículas pulmonares aisladamente hepatizadas (*pneumonia vesicular* de Andral, *bronquitis vesicular* de Rilliet y Barthez); que estas dos especies de alteracion no adquirian gradualmente la apariencia la una de la otra, y en una palabra que tanto en la forma como en la consistencia se diferenciaban completamente. Además es sabido que en el estado de simplicidad, la inflamacion predomina en el pulmon derecho y los tubérculos en el izquierdo, y cuando coinciden ambas afecciones hemos observado bien que la pneumonia es mucho mas frecuente en el lado izquierdo; prueba evidente de que la han producido los tubérculos. Así mismo es mas frecuente la pneumonia en la base del pulmon y los tubérculos en el vértice; y la coincidencia de ambas afecciones nos ha suministrado una inversion análoga á la que acabamos de indicar con respecto á la frecuencia de lado, y contribuye para probar tambien que los tubérculos ejercen mucha mayor influencia en la produccion de la pneumonia que *vice versa*. Por fin, prescindiendo de otros hechos que podrían contribuir mas ó menos á afirmar esta conclusion, notaremos solamente que la pneumonia es mucho mas frecuente antes de la edad de cinco á seis años que despues de esta época, y que los tubérculos tienen su *maximum* de frecuencia de cinco á once años; lo que constituye otra prueba que hace dudar la influencia de la pneumonia en la produccion

de los tubérculos pulmonares. Esto es también aplicable á la bronquitis, la cual tampoco ejerce una influencia indudable en la producción de los tubérculos en los niños que no se hallan predispuestos á padecerlos: lo mismo debemos decir de la coqueluche. En cuanto á las congestiones y hemorragias pulmonares, muy raras en la infancia, es evidente que no tienen la menor influencia en la tuberculización. En la página 152, hemos advertido la que ejerce el serampion para la producción de los tubérculos en general, y en particular en la de los pulmonares.

Nos parece difícil de determinar hasta que punto pueden influir en la producción de los tubérculos de los ganglios de los bronquios y del mediastino un estado patológico anterior de estos mismos ganglios y las diferentes afecciones de que acabamos de hablar; sin embargo debemos notar que si la turjescencia sanguínea, que es muy pronunciada en estos ganglios durante la infancia, y el estado de flogosis, que muy á menudo se encuentra en ellos, parecen favorecer el depósito de la materia tuberculosa, nada prueba que estos estados morbosos puedan ocasionar este efecto sin la existencia previa de una predisposición jeneral, ó sea de la caquexia. Por fin, si las diferentes enfermedades del pulmón de que hemos hablado nos han parecido impotentes para ocasionar los tubérculos de este órgano, con mucho mayor motivo deben considerarse como insuficientes por lo que toca á los de los ganglios bronquiales. M. Andral nos parece que ha concedido demasiada influencia á la bronquitis; porque, si bien es verdad que la rubicundez y la inyección de la mucosa bronquial coinciden bastante á menudo con los tubérculos ganglionares, esta inyección, en algunos casos, puede ser efecto mecánico de la compresión que aquellos deben ejercer sobre las venas bronquiales ó ázigos: por otra parte M. Andral ha reconocido también que, en muchos casos, los tubérculos de los ganglios no coinciden con la rubicundez ni con señal alguno de inflamación en los bronquios.

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO. Con respecto á la tisis pulmonar propiamente dicha, los síntomas racionales y sensibles de ella son á corta diferencia iguales en los niños y en las demás edades. La tos puede considerarse como cons-

tante, á menos de que la lesión esté muy poco adelantada; su intensidad varía según una multitud de circunstancias; algunas veces viene por paroxismos, como la coqueluche; pero, en jeneral, en los niños la tos es menos considerable; mayormente mientras los tubérculos son crudos, y sobre todo en los casos en que la afección tuberculosa es más simple, y no va acompañada de bronquitis intercurrente. La expectoración difícilmente se observa en los niños de poca edad, cuando espantan los de mayor edad, las materias espectoradas presentan los mismos caracteres variables que en el adulto. La hemoptisis es excesivamente rara en la infancia, en la cual apenas se notan de tanto en tanto algunos espútos sanguinolentos. La disnea, en los niños, puede contribuir mucho para asegurar el diagnóstico; cuando no puede atribuirse á alguna complicación; pues que tanto si hay cavernas como si todavía se hallan los tubérculos en estado de crudeza, la intensidad de la disnea en jeneral se halla con muchísima proporción á la estension del mal. Los síntomas generales, cuya reunion constituye la calentura héctica, por lo comun tienen menos intensidad en los niños, con respecto á los de reacción, como la frecuencia y dureza del pulso, el calor de la piel, la abundancia de los sudores, la rubicundez momentánea de la cara, y el estado de irritabilidad jeneral; y al contrario el enflaquecimiento, la disminución de las fuerzas y la descoloración de la piel, por lo comun, se efectúan con rapidez. Estos síntomas generales á menudo se desarrollan en los niños sin que haya cavernas en el pulmón; caso mucho más raro que en el adulto, en el cual la calentura héctica es más bien efecto de la supuración del pulmón que de su tuberculización; y al contrario, en los niños en quienes á menudo la multiplicación de los tubérculos ocasiona la muerte antes de que hayan supurado, es una emaciación gradual, mas bien que una calentura héctica verdadera, la que resulta de la afección local. De ahí dependen las variaciones en los síntomas generales.

En razon de la grande sonoridad que tiene el pecho de los niños en su estado normal, para que la percusión produzca un sonido mate bien manifesto, es necesario que los tubérculos sean numerosos y aglomerados bastante cerca unos de otros; de lo que resulta que el sonido mate en los niños indica en

jeneral una tuberculizacion mas considerable que en el adulto: además como en aquellos no es tan frecuente la concentracion de los tubérculos en el vértice del pulmon como en las demás edades, y la diseminacion de los tubérculos es mayor, la matitis es menos circunscrita, menos intensa y por consiguiente menos evidente. Asi como en el adulto la matitis corresponde, en los mas de los casos, al último grado de la tisis; en los niños corresponde mas á menudo al estado de crudeza de los tubérculos. Como quiera que sea, cuando ya hay cavernas, la percusion puede dar resultados opuestos, como es sabido, segun el espesor y la densidad de la capa del pulmon que los rodea, y segun estén llenas ó vacías de materias líquidas. Sea por algunas de estas razones, ó porque, en jeneral son mas raras en los niños las vastas escavaciones, nos ha parecido mas raro en ellos el aumento de sonido al nivel de ellas, como asi mismo el sonido de vasija rajada indicado por Laennec, á pesar de que el poco espesor de las paredes torácicas en los niños debe considerarse como muy favorable para la produccion de estos fenómenos. Por fin, en algunos casos, la aparicion repentina de una sonoridad mayor que en el estado normal anuncia que ha complicado á la tisis un pneumotorax.

Los señales obtenidos con la auscultacion, aun en el principio de la tisis, son muy importantes; pero para apreciarlos bien se necesita mucho hábito y un oído mucho mas sutil cuando se investigan en los niños. Los resultados de la auscultacion pueden ser completamente negativos en ciertas condiciones tales como en la diseminacion de un pequeño número de tubérculos crudos en diferentes puntos del pulmon; pero por poco que abunden y mayormente si están inmediatos en un espacio circunscrito, es raro que no puedan percibirse por medio de una atencion perseverante las modificaciones del ruido respiratorio que han hecho conocer recientemente algunos hábiles observadores. En primer lugar hablaremos del ruido de espiracion descubierto por Jakson de Boston y confirmado despues por Andral, Fournet, etc. M. Hirtz ha indicado un cambio particular en el ruido respiratorio que sobreviene sobre todo en el período de crudeza de los tubérculos y le dá el nombre de *ruido respiratorio rasposo*: es un ruido áspero y al

mismo tiempo mas claro que en el estado normal. Segun M. Fournet el ruido espiratorio no solamente está modificado por un carácter de aspereza y de sequedad, sino tambien en su intensidad y duracion que se hallan aumentadas en oposicion á las del ruido inspiratorio que están disminuidas; el carácter de aspereza, de dificultad y de sequedad pertenecen tambien á este ruido, pero es siempre mas manifiesto y se observa antes en el de espiracion. M. Fournet admite en los ruidos respiratorios lo que el llama *alteraciones de sonido*, y cuando sobrevienen hacen desaparecer los caracteres precedentemente indicados. Estas alteraciones, contando desde el momento de su aparicion, primero consisten solamente en un soplo un poco mas claro que el natural, y pasan al sonido retumbante, despues al de soplo y despues al bronquial: este carácter bronquial existe antes en el primer grado de los tubérculos, despues en el segundo y en el tercero se vuelve cavernoso ó amfórico. Estas alteraciones de sonido, llegando al carácter bronquial, pertenecen todavía al primer período de la tisis; mas allá de este grado pertenecen á los otros dos períodos. M. Fournet establece en seguida esta regla general: «Las modificaciones del sonido de los ruidos respiratorios tienen por carácter absolutamente constante el aparecer primeramente en la espiracion, sin que se perciban hasta mas tarde en la inspiracion.» Además se ha percibido en el período de crudeza de los tubérculos un ruido de refregon ó de crujido seco; pero estos ruidos son mas oscuros y mas difíciles de apreciar, y para nosotros es muy incierto su valor. Con respecto al reblandecimiento de los tubérculos no hay signos físicos especiales que correspondan á él; pero cuando aquellos se hallan en estado de eliminacion y reemplazados por cavernas, se manifiestan signos nuevos. Mientras que las cavernas son muy pequeñas, no se percibe sino el estertor mucoso, que solo tiene algun valor cuando está circunscrito en el sitio de predileccion de los tubérculos: en circunstancias opuestas es poco característico, porque puede depender de una simple bronquitis. Cuando las cavernas son mas estensas, en lugar del estertor mucoso, se percibe el murmullo; y el aire puesto en movimiento por la elevacion y el descenso del pecho produce lo que se ha llamado respiracion ó soplo amfórico. Los caracte-

terés suministrados por la voz son diferentes segun los periodos de la tisis en su estado de crudeza: hay broncofonia al nivel de los puntos en que se hallan aglomerados los tubérculos, y aumentan notablemente la densidad del pulmon: cuando hay escavacion tuberculosa se nota la pectoriloquia.

Todos los resultados de la auscultacion que acabamos de citar no son diferentes en los niños, en los cuales pueden apreciarse tan fácilmente como en el adulto, venciendo las dificultades que dependen de su indocilidad con paciencia, y repitiendo muchas veces el examen; porque en ellos son mas interesantes para el diagnóstico, en razon de que este no puede establecerse tan bien como en el adulto con los síntomas racionales, como queda indicado.

Es sabido que en el adulto con el tacto puede conocerse la disminucion de la vibracion de las paredes del pecho producida por la voz, cuando los tubérculos crudos han aumentado la densidad del tejido pulmonar, y que al contrario esta vibracion es mas fuerte al nivel de las grandes cavernas; fenómenos que hemos notado tambien muchas veces en los niños. Por medio de la inspeccion puede conocerse si son iguales los dos lados del pecho, y si se dilatan igualmente en la inspiracion: en los casos de tuberculizacion mas pronunciada en un lado que en el otro, mayormente cuando hay cavernas, la region sub-clavicular del lado enfermo presenta regularmente una depresion mas ó menos sensible, y este lado se dilata menos en el acto respiratorio. En fin, por la mensuracion se reconoce que el diámetro transversal que en el estado normal predomina al ántero-posterior, tiende á disminuir gradualmente, y que por consiguiente, el torax se vá volviendo cilíndrico (Hirtz). Además se observa que la circunferencia del vértice disminuye sucesivamente con relacion al de la base, en el curso de la tisis; y por fin puede conocerse una diferencia de volumen mas ó menos considerable entre los dos lados del pecho, y en jeneral el que se halla mas afectado es el que parece mas estrecho. Sin embargo hemos observado algunas escepciones muy notables de este hecho general, que prueban que la atrofia no acompaña siempre la tuberculizacion del pulmon, y que puede ser aun mas voluminoso el lado afecto, como sucede cuando hay en aquel una verdadera hipertrofia, como lo hemos visto.

La tuberculizacion de los ganglios linfáticos del pecho presenta síntomas mucho mas oscuros que la del pulmon. No puede deducirse consecuencia alguna directa de la tos, de la difnea, de la expectoracion ni de los síntomas jenerales; pero si se hallan todos ellos en un grado manifesto y los signos físicos no anuncian lesion alguna de la pleura, del pulmon ni de los bronquios, puede presumirse la existencia de los tubérculos, mayormente si han precedido causas propias para producirlos, y la constitucion del enfermo presenta el carácter que suele imprimir esta caquexia. La difnea es la que, en ciertos casos, puede principalmente contribuir mucho para el diagnóstico. «Segun mi esperiencia, dice el Dr. Carswel, y conforme á las observaciones que he recojido acerca la frecuencia de las afecciones tuberculosas de las glándulas bronquiales en la infancia, particularmente en el origen de los bronquios, no dudo en afirmar que si un enfermo de cuatro á diez años tiene una grande dificultad de respirar, sin lesion alguna en los pulmones ni otra causa evidente capaz de promover esta modificacion de la respiracion, el niño está afectado de tubérculos de las glándulas bronquiales que comprimen los bronquios inmediatos á la bifurcacion de la traquea: una disminucion en la capacidad de los bronquios con bastante frecuencia es producida por la presencia de la materia tuberculosa esparramada en la parte interior de estos tubos.» La percusion permanece completamente negativa cuando la lesion se limita á los ganglios, y en jeneral tampoco suministra señal alguno la auscultacion: sin embargo algunas veces los tumores ganglionares, comprimiendo un bronquio voluminoso y disminuyendo su calibre, hace que el ruido respiratorio sea mas débil en la parte del pulmon en que se distribuye este bronquio, y entonces no puede atribuirse este señal á tubérculos del pulmon, porque la percusion da un sonido claro, y asi puede hacer diagnóstico la de los ganglios bronquiales. Cuando se reconocen los signos de una caverna en el centro del pulmon cerca del mediastino, si no existe otra en otra parte, podrá presumirse que es efecto de comunicaciones formadas por la supuracion entre los grandes bronquios de la raiz del pulmon y los quistes ganglionares, cuya materia tuberculosa se halla en estado de eliminacion.

La compresion de los grandes vasos que á veces ocasionan las masas tuberculosas del mediastino, ora causa palpitaciones, ora hidropesías: estas se hallan las mas de las veces en los miembros inferiores porque la vena cava superior no está comprimida con tanta frecuencia como la inferior. Estas hidropesías, por lo que toca al diagnóstico, tienen tanto mayor valor quanto mas pronto se desarrollan; porque muchas veces sobrevienen, sin depender de causa alguna mecánica, hácia el fin de la tisis.

Es pues evidente que las distinciones que pueden servir para hacer conocer los tubérculos ganglionares son difíciles y minuciosas pero no imposibles, mientras no haya tubérculos muy adelantados en el pulmon que ofusquen completamente los síntomas que de aquellos dependen. No es muy importante la distincion de estas dos enfermedades; pero cuando la tisis pulmonar no se manifiesta por señales físicas, importa mucho no desconocer la ganglionar; pues por si sola puede ser mortal. Cuando el mal no está muy adelantado, no es indiferente saber si se halla situado en los ganglios linfáticos ó en el tejido del pulmon; pues, dice Clark que en el primer caso los progresos del mal son lentos, algunas veces continuan durante muchos años, pudiendo en ellos el niño gozar de una salud mediana porque se perturban menos las funciones, y el médico tiene el tiempo necesario para modificar la afeccion constitucional.

Es sabido que la tisis pulmonar en el adulto ocasiona casi constantemente la muerte cuando ya ha llegado á un grado adelantado, y sin embargo Laennec y algunos otros autores despues de él han admitido que en ciertos casos pueden cicatrizar las cavernas pulmonares y curarse la tisis: por lo que toca á los niños no hemos recojido observacion alguna en apoyo de esta opinion, que tampoco han confirmado las de los Sres. Louis y Fournet, pero no la consideramos destituida de fundamento. Por lo que toca á los tubérculos ganglionares es bien cierto que pueden curarse de diferentes maneras: en los principios la materia tuberculosa puede desaparecer por absorcion, como se efectúa segun todas las apariencias en las glándulas linfáticas del cuello; puede tambien transformarse aquella en materia cretácea rodeada por un quiste como di-

jimos; puede reblandecerse el tumor ganglionar, supurar, abrirse en los bronquios y arrojarse la materia al exterior, cicatrizándose despues el quiste al cabo de algun tiempo; pero por desgracia este último modo de curacion rarísimas veces es definitivo pues en los mas de los casos se forman tubérculos en otros órganos, y en particular en el pulmon, que mas tarde ocasionan la muerte. Esta es tambien mucho mas frecuente que la curacion en los tubérculos ganglionares y puede ser efecto de los solos progresos de este mal, tanto si permanece en estado de crudeza como si ocasiona falsas cavernas que supuran y agotan las fuerzas del enfermo, de su estension á otros órganos como acabamos de decir, ó de diferentes complicaciones accidentales inflamatorias ó de otra naturaleza, complicaciones que son mucho mas frecuentes en los niños que en las demás edades.

El pronóstico de la tisis ganglionar debe siempre hacerse reservado, como en las demás afecciones tuberculosas en jeneral, porque depende su resultado de circunstancias jeneralmente difíciles de apreciar, tales como la estension mas ó menos considerable de la afeccion y la presencia de materia tuberculosa en el pulmon ó en otros órganos; sin embargo siempre debè ser mas favorable que en la pulmonar: debe tenerse en consideracion la intensidad de la caquexia tuberculosa y el carácter de la constitucion en jeneral.

Los casos de tuberculizacion de la pleura y de la larinje en los niños no nos han indicado diferencia alguna con respecto á las demás edades; por consiguiente nada decimos de ellas.

Es difícil de determinar de una manera exacta si las afecciones tuberculosas del pecho que ocasionan la muerte tienen una duracion media mayor ó menor en los niños que en el adulto, por la frecuente coincidencia de las lesiones tuberculosas en otros órganos que no tardan en desorganizarse como los pulmones, ó que por lo menos se hallan siempre gravemente comprometidos por los depósitos tuberculosos aunque permanezcan estos en estado de crudeza; y por la frecuencia de las complicaciones de diferentes especies que hacen perecer á los niños antes de que se halle adelantada la tisis: sin embargo, poniendo á parte estos casos, la observa-

cion nos ha manifestado que las tisis llamadas agudas son mas frecuentes en los niños que en los adultos; y que las que no son agudas jeneralmente duran menos en aquellos, siendo tanto mas marcada la diferencia cuanta menor es su edad.

— **TRATAMIENTO.** En su esencia no se diferencia en los niños del de las demás edades ni tampoco del de los tubérculos en jeneral, por consiguiente solo debemos hablar de las particularidades que se han de notar en aquellos. Nada diremos del tratamiento preservativo, porque se adopta en todas sus partes á la tisis, lo que hemos dicho de él en jeneral.

Suponiendo ya desarrollado el mal, con respecto á los medios hijiénicos debemos decir que es muy conveniente que el aire respirado por el enfermo sea siempre puro, seco y caliente. En la infancia es cuando pueden obtenerse mejores efectos del cambio de clima y de los viajes por mar, con tal que la tisis no pase del primer grado y que se pase á un clima que tenga la temperatura un poco mas caliente pero constante y regular; por lo cual se aconseja sobre todo la permanencia en la isla de Madera, de Nisa y de Pisa; pero muchas otras ciudades de Italia no presentan estas condiciones ventajosas sino en una parte del año. El ejercicio es muy útil en la tisis pulmonar, pero es preciso que sea tanto mas moderado cuanto mas adelantada esta se halle: mientras no pasa del primer grado es preciso valerse del ejercicio especial del pulmon que, en manos de algunos prácticos, ha dado felices efectos, no solamente contribuyendo á la curacion de la enfermedad que nos ocupa, sino tambien como medio preservativo de la caquexia tuberculosa. Hablamos de los baños de aire comprimido, y de otro medio que nos parece análogo y que se ha señalado con el nombre de *higiene de la respiracion*, y consiste en el ejercicio del pulmon y de todos los músculos respiratorios. Su objeto principal estriba en desarrollar el pecho tanto como se pueda y en procurar un juego libre y completo de los pulmones; pero su efecto inmediato es la introduccion de una mayor cantidad de aire en un tiempo determinado, y su uso seguido puede compararse á un alimento copioso con relacion á un alimento insuficiente. Asi, despues de Crichton y Autenrieth, Clark recomienda el hacer colocar á los niños en pié, despues se hace que tiren los

brazos y las espaldas hácia atras, y que mientras se hallen en esta posicion inspiren lentamente tanto aire como puedan, muchas veces seguidas: esto debe repetirse por lo menos dos veces al dia, durante media ó una hora y aun mas, mayormente cuando el pecho es estrecho ó está disforme. Es claro que este medio no tiene aplicacion en los niños de muy poca edad.

Con respecto á los vestidos de lana nunca deben olvidarse en los tísicos aun en el verano, porque asi como en invierno privan el frio, entonces previenen los resfriados frecuentes por la supresion del sudor: son empero inútiles y aun dañosos cuando los enfermos no salen del cuarto ó de la cama, porque entonces favorecen los sudores colicativos. Por fin, por lo que toca á la alimentacion de los tísicos, en jeneral debe ser nutritiva y aun tónica; regla que tiene á nuestro entender mayor aplicacion en los niños que en las demás edades, sin embargo tiene muchas escepciones; pues aunque es evidente que en cualquiera enfermedad tuberculosa hay la indicacion esencial de sostener las fuerzas del organismo, dando las carnes asadas, caldos, pescados de agua dulce y aun algunos del mar que no puedan irritar al estómago; pero muy á menudo debe modificarse el réjimen, ya porque haya alguna complicacion flojística, durante las cuales, aunque no debe ponerse al enfermo á una dieta severa como se haria si la flegmasia fuese franca, debe prescribirse un réjimen bastante tenue y un poco debilitante para favorecer su resolucion; ya porque en los órganos dijestivos exista tambien alguna complicacion como la dispepsia, y lo que es mas frecuente lesiones tuberculosas que perturban principalmente las funciones intestinales, ocasionando la diarrea. En este caso debe escojerse un alimento que sea á la vez sustancioso y fácil de digerir: la leche de buena calidad (de burra ó de vaca) cumple bastante bien esta doble condicion, y conviene sobre todo en la infancia, debiendo unirse con ella sustancias feculentas, carnes blancas, jelatinas, ciertas plantas como la espina-ca, la achicoria, la escorzonera, las frutas dulces y azucaradas crudas ó cocidas, etc. Las bebidas que en jeneral son mas convenientes son la cerveza y el vino de Burdeos.

Las emisiones sanguíneas en los niños rarísimas veces con-

vienen, y por regla general tanto menos cuanto mas progresa el mal; pues solo en los casos de verdaderas complicaciones flojísticas, como la bronquitis ó la pneumonia, puede usarse un plan antiflojístico directo ó indirecto en una justa medida, teniendo presente que puede perjudicar mas su esceso que su defecto; pues nada favorece ni acelera tanto en los niños la tuberculizacion como el abuso de los debilitantes, y en particular de las evacuaciones sanguíneas.

Los alterantes por lo comun están contraindicados en la tisis pulmonar, y en particular el iodo por la irritacion enérgica que imprime en las funciones digestivas, y que se transmite al pecho por simpatía ó de otra manera; por consiguiente solo puede usarse con prudencia, y atendiendo cuidadosamente á sus efectos, para poderlo suspender oportunamente, y combatir los accidentes que tal vez ocasione: en general debe emplearse mas bien en el primer período que en el tercero. En vista de que el iodo produce especialmente buen resultado en las escrófulas glandulares, creemos que se pueden tener muchas mas esperanzas en su uso cuando los tubérculos se hallan esclusiva ó á lo menos principalmente en el aparato ganglionar del pecho; y así que puede servir mejor en los niños que en el adulto; en cuanto al modo de administrarlo nos parece preferible el que usa M. Baudelocque (V. página 163). La asociacion del hierro con el iodo en algunos casos ha dado felices efectos; pero exige tambien mucha prudencia, y no conviene en todos. Los ferruginosos solos tienen menos inconvenientes, porque son francamente tónicos y menos estimulantes que el iodo; sin embargo en muchos casos hemos notado que pueden ser perjudiciales, y que en todas las afecciones tuberculosas viscerales debe observarse bien su uso y dirijirlo con prudencia.

Entre los evacuates, los purgantes en general se han desechado, seguramente por la frecuente coincidencia de los tubérculos intestinales. Los eméticos han sido elogiados por muchos prácticos muy recomendables. Es evidente que la integridad del estómago en muchos tísicos autoriza *á priori* al ensayo de esta medicacion; mas es tambien muy posible que los sacudimientos del vómito impriman al aparato respiratorio modificaciones capaces de cambiar el modo y el grado de ac-

tividad de la nutricion en los pulmones. Clark, despues de Carswel, admitiendo que la materia tuberculosa se halla depositada principalmente en el interior de las divisiones bronquiales, piensa que los eméticos determinan su espulsion, promueven la contraccion de las vesículas pulmonares, ó bien determinan en su interior una secrecion mucosa que arrastra los tubérculos; que obran tambien ventajosamente aumentando la accion de la circulacion cutánea, escitando las secreciones biliares y que, aumentando las que habitualmente son lánguidas en los individuos de constitucion tuberculosa, tienden á disminuir las conjestiones abdominales y á restablecer el equilibrio de la circulacion; por lo que pueden, dice, colocarse, como lo observa juiciosamente el Dr. Reid, entre los mas poderosos alterantes. Por fin, despues de detalladas esplicaciones acerca las ventajas de esta medicacion, de los métodos con qué se usa, de la accion que ejerce y de los resultados que se han obtenido con ella, concluye manifestando que este tratamiento no puede ser perjudicial con tal que se use con discernimiento y con la atencion y circunspeccion que requiere; pues si se recurria á ella de pronto en todos los casos en qué amenaza la tisis, sin indagar si hay alguna contraindicacion, seria esto poco racional; porque, si bien pueden administrarse sin cuidado los eméticos en ciertos casos, en otros no pueden darse sin que hayan precedido las sangrias, los purgantes y otros antiflojísticos; y aun son del todo contraindicados cuando hay una irritacion gástrica intensa.

En Francia se usa muy poco esta medicacion en el tratamiento de la tisis pulmonar; y casi no sabemos que la haya preconizado por su esperiencia personal sino M. Bricheau; segun el cual, los sacudimientos imprimidos en el pecho por el vómito, es uno de los efectos mas poderosos de los vomitivos: acerca de esto hace una comparacion ingeniosa entre este efecto y el que es consecuencia del mareo, al cual atribuye por lo mismo una parte de los buenos efectos que resultan de los viajes del mar. Por lo que toca á los niños, á mas de las indicaciones y contraindicaciones notadas por Clark y que acabamos de señalar, creemos que no debe nunca usarse esta medicacion en términos que desarregle demasiado la digestion, perjudicando por lo mismo la nutricion; así es que no

debe darse el vomitivo sino una ó á lo mas dos veces cada semana, y de manera que no prive al niño sino una comida, prefiriendo la de la mañana; además debe tenerse cuidado de darles en las comidas siguientes los alimentos mas fáciles de digerir, y habitualmente una nutrición tan reparadora como se pueda, á fin de que no sea sino momentánea la perturbación producida por el vomitivo: una vez obtenido el efecto de este, es útil la administración de los emolientes y calmantes mas propios para destruir el espasmo que puede persistir en el estómago.

Se han encarecido contra esta enfermedad una multitud de medicamentos, cuyo uso sin embargo no ha podido generalizarse: tales son el agua de cal, las aguas sulfurosas, la sal amoníaco, los sub-carbonatos de amoníaco y de sosa, el nitrato de potasa, el cloruro de sodio, el de barita, los preparados mercuriales y de arsénico, la digital, la creosota, la brea, etc. Entre estos medios, los que nos ha hecho preferir nuestra experiencia son las aguas sulfurosas usadas esteriormente en baños, é interiormente mezcladas con leche, escojiendo siempre las mas suaves, y el cloruro de sodio al exterior en baños, á los que pueden añadirse algunas sales de potasa é hidriodatos ó todo para imitar el agua del mar. Estos preparados nos han parecido muy útiles en los niños, y mas sin duda por su influencia jeneral en la caquexia que por su acción especial en los órganos torácicos tuberculizados, y además porque el sitio del mal casi nunca los contraindican como sucede con la mayor parte de las medicaciones activas que se administran al interior. Las fricciones irritantes, los vejigatorios, los cauterios, las moxas y los sedales, en muchos casos producen ventajas bien evidentes, sobre todo en el primer período: lo que hemos dicho de estos medios en el tratamiento jeneral de la caquexia es perfectamente aplicable al de la tisis en particular, y en este caso deben ponerse en los brazos ó en el pecho.

Después de Mascagni, muchos médicos han ensayado la inspiración de diferentes fumigaciones ó vapores procedentes de diferentes plantas ó de la combustión de sustancias resinosas ó metálicas, y la de ciertos gases como el ácido carbónico, el oxígeno, el hidrógeno sulfurado y el cloro: sin em-

bargo de poco ó de nada han servido en la tisis pulmonar. ¿Será tal vez mas ventajoso el uso del *baño neumático ó de aire comprimido* cuya acción, bajo algunos puntos, puede compararse á los medios que acabamos de nombrar? Son bastante interesantes los hechos que refiere M. Pravaz acerca este particular en su *Memoire sur l'emploi du bain d'air comprimé, Lion, 1841*; segun los cuales puede tener felices efectos, ya como base del tratamiento profiláctico de la afección tuberculosa de los órganos respiratorios, ya para los casos en que se ha desarrollado ya este mal, en cuyo caso el grado de este hace variar los resultados de aquella medicación; y así á veces solo produce una mejora momentánea que cesa cuando cesa el uso de los baños; cuando la tuberculización se halla muy adelantada no hace mas que disminuir los flujos colicuativos y tal vez retardar la terminación fatal, y en fin su resultado inmediato mas comun es el debilitar considerablemente la circulación, haciendo las digestiones mas perfectas y las secreciones mas abundantes; y así contribuye mucho á cumplir las indicaciones que con mas energía reclaman las afecciones tuberculosas.

Tales son los medios indicados, entre los cuales deberán escogerse juiciosamente los que parezcan mejores con relación al grado é intensidad del mal, y á la edad, temperamento é idiosincrasia del enfermo. En cuanto á las tisanas importa poco el hacerlas tomar en grande cantidad, y deben preferirse las llamadas pectorales y béchicas.

Quando el mal ya se halla muy adelantado, de modo que no queda esperanza de curarlo, se debe emplear el tratamiento paliativo. Entonces, cuando la tos es muy intensa y ocasiona el insomnio, dolores vivos en el pecho, y aun la sufocación y vómitos, debe combatirse con los antiespasmódicos y narcóticos, y en particular los opiados; cuando la expectoración es muy abundante, lo que es raro en los niños, deben administrarse las aguas minerales sulfurosas, las sustancias balsámicas y las fumigaciones de cloro; cuando hay dolores punjitivos fijos, como regularmente dependen de una inflamación parcial de la pleura, sirve bien la aplicación de algunas sanguijuelas, y si son vagos y móviles raclaman con preferencia los emplastos de pez de Borgoña, los vejigatorios volantes y los nar-

cóticos interior y exteriormente; la disnea requiere algunas veces sangrías muy pequeñas, sinapismos en los miembros inferiores, y sobre todo los narcóticos cuando tienen caracteres nerviosos y no parece depender de una congestión sanguínea ni de la abundancia de líquidos en los bronquios, pues en estos dos casos los narcóticos serian mas perjudiciales que útiles; la calentura héctica algunas veces reaparece con paroxismos que pueden disminuirse con la quina, y por fin pueden combatirse los sudores con los tónicos y algunos astringentes, como el agárico blanco y el acetato de plomo; pero sucede con frecuencia que si estos medicamentos cumplen su objeto resulta de ello la producción y aumento de la diarrea, la cual debe combatirse y moderarse cuanto se pueda con los astringentes, el láudano, el diascordio, la teriaca, etc., pero como depende las mas de las veces de tubérculos intestinales, suele resistirse con pertinacia á estas medicaciones. Con respecto á las complicaciones, el tratamiento de ellas debe ser igual al que se usa cuando son idiopáticas, modificado notablemente por el estado de la afección principal ó tuberculosa, y por el grado de debilidad en que se halle el enfermo.

ARTÍCULO VII.

DE LAS DEMÁS AFECCIONES DE PECHO.

Las enfermedades de pecho de qué no hemos hablado hasta ahora son muy raras en la infancia ó presentan muy pocas diferencias en ella con respecto á las demás edades.

La HEMOPTISIS tanto idiopática como sintomática es escesivamente rara en la infancia y sobre todo antes de los diez ó doce años; un poco más tarde sobreviene en algunos casos para hacerse mas frecuente luego en la adolescencia y juventud. Lo mismo debe decirse con respecto á las *hemorragias intersticiales* ó *APOPLEJIA PULMONAR*, pues estas enfermedades generalmente son consecutivas á afecciones del corazón que tambien son escesivamente raras en los niños. En algunos casos de pneumonía hemos encontrado porciones del pulmón infiltradas de sangre sin desgarrar, pero esto no constituye una verdadera apoplejia pulmonar. La hemorragia que parece debe

producirse con mayor frecuencia en la niñez que en las demás edades es la que es consecuente á la perforación simultánea de los bronquios y de la arteria pulmonar, que hemos indicado en la página 171.

El ENFISEMA vesicular é interlobulillar no es muy raro en la infancia, pero generalmente no constituye sino una lesión muy accesoría ligada siempre á otra afección, como la bronquitis, la coqueluche, etc. En tales casos, los caracteres anatómicos indican regularmente la formación reciente de esta lesión por los esfuerzos de la tos y de la disnea; y no puede compararse al de los adultos y de los viejos que resiste y determina síntomas mas ó menos graves, sin que haya bronquitis. M. Louis dice sin embargo que el origen de esta afección, bastante á menudo hereditaria, puede remontar hasta á la infancia: nosotros no hemos podido encontrar un solo caso en el cual el enfisema pulmonar haya constituido, no solamente una enfermedad simple, sino ni siquiera una complicación de alguna importancia.

Las DEJENERACIONES del pulmón, fuera de los tubérculos, son muy raras en los niños como tambien en los adultos; y casi no es posible el decir si hay diferencias en ellas en las diferentes edades: las ALTERACIONES DE LOS BRONQUIOS que no hemos descrito en el catarro ni en la coqueluche nos parece que no tienen importancia en los niños.

La historia de los ASMAS todavía está llena de confusión con respecto á sus causas. El asma es una disnea intermitente ó remitente que supone siempre una perturbación en la inervación de los órganos respiratorios: cuando esta no depende de alteración alguna apreciable y capaz de producirla se llama *esencial, idiopática ó nerviosa*; y en el caso contrario se llama *sintomático*. Con respecto á la primera especie dice M. Guersent: «En estos últimos años he visto muchos ejemplos de asma nervioso en niños de cinco á doce años, y estoy convencido de que se presenta en ellos con los mismos caracteres que en los adultos y viejos: sin embargo, asi como el falso crup, que no tiene relación alguna con el asma, es común en la primera edad de la vida, el asma nervioso no aparece, ó por lo menos se vé muy pocas veces en ella, pues nunca lo he observado.... Los revulsivos cutáneos y las sangrías me

cóticos interior y exteriormente; la disnea requiere algunas veces sangrías muy pequeñas, sinapismos en los miembros inferiores, y sobre todo los narcóticos cuando tienen caracteres nerviosos y no parece depender de una congestión sanguínea ni de la abundancia de líquidos en los bronquios, pues en estos dos casos los narcóticos serian mas perjudiciales que útiles; la calentura héctica algunas veces reaparece con paroxismos que pueden disminuirse con la quina, y por fin pueden combatirse los sudores con los tónicos y algunos astringentes, como el agárico blanco y el acetato de plomo; pero sucede con frecuencia que si estos medicamentos cumplen su objeto resulta de ello la producción y aumento de la diarrea, la cual debe combatirse y moderarse cuanto se pueda con los astringentes, el láudano, el diascordio, la teriaca, etc., pero como depende las mas de las veces de tubérculos intestinales, suele resistirse con pertinacia á estas medicaciones. Con respecto á las complicaciones, el tratamiento de ellas debe ser igual al que se usa cuando son idiopáticas, modificado notablemente por el estado de la afección principal ó tuberculosa, y por el grado de debilidad en que se halle el enfermo.

ARTÍCULO VII.

DE LAS DEMÁS AFECCIONES DE PECHO.

Las enfermedades de pecho de qué no hemos hablado hasta ahora son muy raras en la infancia ó presentan muy pocas diferencias en ella con respecto á las demás edades.

La HEMOPTISIS tanto idiopática como sintomática es escesivamente rara en la infancia y sobre todo antes de los diez ó doce años; un poco más tarde sobreviene en algunos casos para hacerse mas frecuente luego en la adolescencia y juventud. Lo mismo debe decirse con respecto á las *hemorragias intersticiales* ó *APOPLEJIA PULMONAR*, pues estas enfermedades generalmente son consecutivas á afecciones del corazón que tambien son escesivamente raras en los niños. En algunos casos de pneumonia hemos encontrado porciones del pulmón infiltradas de sangre sin desgarrar, pero esto no constituye una verdadera apoplejia pulmonar. La hemorragia que parece debe

producirse con mayor frecuencia en la niñez que en las demás edades es la que es consecuente á la perforación simultánea de los bronquios y de la arteria pulmonar, que hemos indicado en la página 171.

El ENFISEMA vesicular é interlobulillar no es muy raro en la infancia, pero generalmente no constituye sino una lesión muy accesoría ligada siempre á otra afección, como la bronquitis, la coqueluche, etc. En tales casos, los caracteres anatómicos indican regularmente la formación reciente de esta lesión por los esfuerzos de la tos y de la disnea; y no puede compararse al de los adultos y de los viejos que resiste y determina síntomas mas ó menos graves, sin que haya bronquitis. M. Louis dice sin embargo que el origen de esta afección, bastante á menudo hereditaria, puede remontar hasta á la infancia: nosotros no hemos podido encontrar un solo caso en el cual el enfisema pulmonar haya constituido, no solamente una enfermedad simple, sino ni siquiera una complicación de alguna importancia.

Las DEJENERACIONES del pulmón, fuera de los tubérculos, son muy raras en los niños como tambien en los adultos; y casi no es posible el decir si hay diferencias en ellas en las diferentes edades: las ALTERACIONES DE LOS BRONQUIOS que no hemos descrito en el catarro ni en la coqueluche nos parece que no tienen importancia en los niños.

La historia de los ASMAS todavía está llena de confusión con respecto á sus causas. El asma es una disnea intermitente ó remitente que supone siempre una perturbación en la inervación de los órganos respiratorios: cuando esta no depende de alteración alguna apreciable y capaz de producirla se llama *esencial, idiopática ó nerviosa*; y en el caso contrario se llama *sintomático*. Con respecto á la primera especie dice M. Guersent: «En estos últimos años he visto muchos ejemplos de asma nervioso en niños de cinco á doce años, y estoy convencido de que se presenta en ellos con los mismos caracteres que en los adultos y viejos: sin embargo, asi como el falso crup, que no tiene relacion alguna con el asma, es común en la primera edad de la vida, el asma nervioso no aparece, ó por lo menos se vé muy pocas veces en ella, pues nunca lo he observado.... Los revulsivos cutáneos y las sangrías me

han parecido los medios mas útiles durante los accesos: y para prevenir su reaparicion me ha servido bien, tanto en los niños como en los adultos, el sub-carbonato de hierro á alta dosis.» Con respecto al sintomático, las variedades que presenta, segun sus causas, no son tal vez menos numerosas en los niños que en los adultos: algunas de ellas son mas raras en aquellos y otras mas frecuentes. Entre estas deben contarse las que dependen de ciertas enfermedades del aparato respiratorio que quedan descritas en su lugar, y de las que algunas son especiales á la infancia. No hablaremos de las que dependen de una alteracion material apreciable de alguna parte del sistema nervioso, del cerebro, de la médula, de los nervios vagos, frénicos, intercostales, etc. Tampoco hablaremos de las que dependen de las afecciones de los órganos circulatorios, pues todas estas tienen poca importancia en la niñez porque son muy raras en ella, y porque no presentan diferencia alguna notable con respecto á sus síntomas y causas.

La PERICARDITIS se observa algunas veces y, como en el adulto, está regularmente ligada á la existencia de un reumatismo articular agudo. Los hechos que hemos observado, aunque en corto número, nos prueban que en los niños algo adelantados en edad la pericarditis no merece una esplicacion especial: cuando se presentó coincidiendo con aquel reumatismo la conocimos durante la vida, pero no en un caso en que lo hallamos en la autopsia sin aquel. Cuanta menor es la edad del niño, mas difícil es el diagnóstico; y segun Billard, en los recién-nacidos y en los niños de teta no es muy rara la pericarditis, y tal vez, dice, es mas frecuente en la primera edad de la vida que en las demás épocas de ella; pues en unas 700 autopsias encontró siete casos de pericarditis bien caracterizada. En esta edad la etiología de esta afeccion es escesivamente oscura, y en cuanto á los síntomas fácilmente pueden desconocerse, pues pueden confundirse con facilidad con los de la pleuresía, de la meningitis ó del reblandecimiento jelatiniforme del estómago (Billard). En jeneral parece que los niños experimentan violentos dolores, tienen el grito penoso, la respiracion difícil y algunas veces sufocante; la fisonomía esta alterada, los músculos de la cara parece que se

contraen continuamente, y algunas veces hay movimientos espasmódicos y subsultos musculares en los miembros. La pericarditis regularmente tiene una marcha muy rápida, y como no sobrevienen otros síntomas característicos, es muy difícil el diagnóstico: «sin embargo, dice Billard, podemos tener presente que este estado jeneral de ansiedad, de mal estar y de sufrimiento en los recién-nacidos, casi siempre es efecto de un reblandecimiento jelatiniforme del estómago, de una pericarditis ó de una pleuresía aguda. Podemos pues comparar estas tres enfermedades cuando observamos la reunion de los síntomas descritos en un recién-nacido. En este caso el pulso no suministra carácter alguno notable y lo mismo debe decirse de la percusion y auscultacion, de manera que en todos los casos de pericarditis que he observado nunca he podido establecer el diagnóstico por señales evidentes, y solamente la autopsia nos ha demostrado su existencia.»

Las ENFERMEDADES DEL CORAZON son muy raras en la infancia; sin embargo de siete á quince años empiezan á encontrarse algunos casos de hipertrofia con alteracion de los orificios y de las válvulas ó sin ella. Los aneurismas parciales del corazón son probablemente aun mas raros que las hipertrofias. Las lesiones de los grandes vasos, y en particular el aneurisma del cayado de la aorta, son enfermedades desconocidas en la infancia. La flebitis se observa tal vez tan á menudo como en el adulto, cuando resulta de operaciones practicadas en las venas.

En los niños de bastante edad para dar cuenta de las sensaciones que experimentan, no es muy raro observar un dolor reumático ó neuralgico fijo en las paredes del pecho. Esas pleurdorías que á menudo tal vez no son otra cosa que pleuresías parciales muy ligeras, son afecciones que no tienen gravedad y no presentan particularidad alguna especial en la infancia. Es imposible saber si en los niños de muy poca edad ciertos síntomas, que tal vez se atribuyen á otra causa, son efecto de indisposiciones de la misma naturaleza.

Mas adelante hablaremos de la raquitis del pecho.

CAPITULO II.

DE LAS ENFERMEDADES DEL ABDÓMEN.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA PORCIÓN SUPER-
DIAPHRAGMÁTICA DEL TUBO DIGESTIVO.

§ PRIMERO.

De los accidentes de la dentición.

Entre los numerosos actos de desarrollo que se efectúan en la infancia, no hay otro mas importante que la dentición. Mientras permanece esta en los límites de la regularidad fisiológica, constituye ya una de las modificaciones mas esenciales del organismo, por lo que toca á las funciones digestivas, de la cual la higiene sabe sacar consecuencias muy útiles para el régimen alimenticio; pero si es tardía ó prematura, ó difícil y laboriosa, sus fenómenos son mucho mas importantes, pues entran entonces en el dominio de la patología.

DENTICION IRREGULAR. La dentición se llama *irregular ó anormal* cuando la aparición de los dientes es prematura ó tardía; y cuando sus disposiciones anatómicas y el orden de su sucesión se apartan del estado normal.

La aparición de los primeros dientes es *prematura* cuando se efectúa antes del 6.º ó 7.º mes; y es *tardía* cuando tiene lugar despues del 8.º ó 9.º Pueden repetirse irregularidades análogas en los dientes subsecuentes; y algunos niños llegan á la edad de dos años y medio sin tener completo el número de los veinte dientes de leche. De la misma manera la segun-

da dentición, en lugar de quedar completa en el curso de los años 7.º 8.º ó 9.º, á menudo se prolonga hasta el 12.º ó 13.º Esta segunda dentición se compone de dos fenómenos distintos, á saber, la substitucion de los dientes de leche, y la erupcion de ocho nuevos dientes molares, cuatro de los cuales aparecen ya en el 6.º año. Por fin la tercera dentición, ó sea la erupcion de los cuatro últimos dientes molares, que raras veces se efectúa antes de la pubertad, es tambien algunas veces prematura ó tardía. El número de dientes puede variar por defecto, faltando todos, ó solamente uno ó muchos, lo que es mas frecuente; y por exceso, en cuyo caso los dientes supernumerarios pueden hallarse en la fila de los demás ó fuera de ella. Pueden los dientes presentar una dirección viciosa, y anomalías en su situación; y á veces se hallan adheridos entre sí ó por una sustancia intermedia. Todas estas irregularidades, mientras no van acompañadas de algun fenómeno patológico, no exigen intervencion alguna por parte del médico, y corresponden mas bien al arte de dentista; por lo que nos hemos limitado á indicarlas.

DENTICION DIFÍCIL Y LABORIOSA. El estado patológico mas sencillo que resulta de la dentición es el dolor. No puede dudarse que puede acompañarla un estado neurálgico análogo á la odontalgia que se manifiesta en otras épocas de la vida; el cual, aunque á veces es difícil de apreciar por falta de medios de espresion en los niños, con todo en otras se manifiesta bien con sus síntomas: además debe conocerse á veces en ella un estado de irritación sanguínea ó inflamatoria del folículo dentario ó de las encías y de las partes inmediatas. Estos dos estados pueden hallarse aislados ó reunidos, y mientras no ocasionen otros accidentes que los que son propios de ellos, debe considerarse la afección como *simple*; pero á veces la dentición perturba el ejercicio de una ó muchas funciones y ocasiona algunas enfermedades, y entonces debe llamarse *complicada*.

Dentición laboriosa simple. La odontalgia tiene diferentes grados de intensidad desde el simple cosquilleo y la sensación incómoda que obligan á los niños á morderse los dedos ó cuerpos extraños, hasta aquel en qué la violencia del dolor los obliga á gritar, les perturba el sueño y perjudica el ejercicio

de todas las funciones. Esta odontalja puede ser pasajera y por consiguiente aguda; ó bien continuar durante muchas semanas haciéndose crónica.

Las causas de este estado morbozo deben buscarse, como en las demás neuraljias, en las condiciones generales y locales de los sujetos. Están predispuestos para padecerla los niños en quienes prepondera mucho el sistema nervioso y que tienen aumentada la sensibilidad, en una palabra, los de temperamento nervioso é irritable, que á menudo es hereditario, pero algunas veces es consecutivo á la debilidad de la constitucion procedente de un mal réjimen ó de enfermedades anteriores. En cuanto á las condiciones locales, son aquellas que tienen por efecto un aumento de actividad en el trabajo de la denticion, de lo que resulta necesariamente un aumento de la sensibilidad. Es por esto que se padece mas á menudo la odontalja en la erupcion de los primeros dientes que en la de los demás; porque cuanta menor es la edad del niño tanto mas activo es el trabajo de la denticion; y por lo mismo, cuando se efectúa la erupcion simultánea de muchos dientes ó bien cuando hay alguna disposicion anatómica que se opone mecánicamente á su salida, se aumenta la actividad de la denticion y es mas susceptible de ocasionar dolor.

La irritacion inflamatoria, que acompaña la denticion, á menudo es consecutiva á la nerviosa; pero hay ciertas circunstancias que favorecen el paso del dolor al estado de flógosis. En los niños que á mas de una grande susceptibilidad nerviosa tienen una irritabilidad sanguínea considerable, el dolor dentario degenera fácilmente en inflamacion: en muchos otros casos, esta se desarrolla independientemente del dolor, y entonces los niños suelen tener el temperamento sanguíneo, la constitucion robusta y un desarrollo general enérgico y precoz. Todas las circunstancias locales que pueden activar la denticion deben considerarse como capaces de producir la inflamacion de qué tratamos.

Hay otra circunstancia local cuya influencia en las dificultades y accidentes de la denticion no puede dudarse, y cuyo valor difícilmente puede apreciarse con exactitud: hablamos de la resistencia que ofrecen á la salida de los dientes la estrechez de las paredes alveolares y la encía que cubre su co-

rona. En cuanto á la última no puede dudarse su influencia; pues á menudo se ven cesar los accidentes luego que se ha abierto la encía, ó que por una incision se ha descubierto el diente; y tambien es cierto que los huesos á veces dificultan la salida de aquellos, pues, por ejemplo, siempre es mas difícil la erupcion de los caninos, cuando ya han salido antes los incisivos y los primeros molares. En efecto, deben considerarse dos períodos en dicha erupcion; en el primero las dos láminas del hueso se apartan para formar las paredes del alvéolo, y en el segundo el diente atraviesa la encía: al primero corresponde el simple engrosamiento de la arcada alveolar, y en el segundo aparecen la hinchazon, el calor y el adelgazamiento gradual de la encía. En algunos casos muy raros, indicados por Hufeland, la base del alvéolo se halla cerrada por una lámina ósea horizontal, que forma una especie de tapa que se opone á la salida del diente ó le obliga á desviarse. Por fin, debe admitirse tambien que la lentitud de desarrollo de los huesos maxilares, si coincide con una erupcion precoz de los dientes, debe hacer que la denticion sea mas difícil; porque aquellos no pueden colocarse con comodidad en el borde de la mandíbula demasiado corto ó demasiado delgado.

La denticion simplemente neurálgica no va acompañada de carácter alguno anatómico; pero cuando hay inflamacion, las lesiones de tejido que la caracterizan, son apreciables durante la vida y constituyen algunos de los síntomas de la denticion patológica; á menos de que se halle aquella únicamente en el bulbo dentario ó en la cavidad del alvéolo. En la autopsia solamente se ha podido encontrar algunas veces derrámenes sanguíneos en los alvéolos (Billard), reblandecimientos inflamatorios de los bulbos dentarios, su supuracion y la destruccion de los jérmenes de los dientes mas ó menos tiempo antes de la erupcion, desórdenes que suelen ir acompañados de la inflamacion de las encías, de su ulceracion y aun de su gangrena. Sin embargo es preciso reconocer que en la mayor parte de los casos de este jénero citados por los autores, estas alteraciones graves no dependian directamente de la denticion, sino de otras enfermedades de la mucosa de la boca que se habian estendido hasta aquellas partes.

El dolor es el único síntoma de la odontalgia simple, y en la primera dentición solo puede conocerse por sus efectos en la sensibilidad en jeneral, y por los actos instintivos que promueve. La mayor parte de estos efectos no son mas que la exajeracion de los que acompañan la dentición en el estado normal, y que por lo mismo debemos examinar.

En los mas de los niños, al 3.º ó 4.º mes de la vida suele aparecer un tialismo que persiste hasta que salen los primeros dientes, y reaparece cada vez que se aumenta la actividad de aquella función para completar la erupción de algun otro diente. Este tialismo debe considerarse como favorable, porque el contacto de la saliva contribuye á reblandecer las encías, y porque produce una derivación lenta y continua con respecto á la actividad de la nutrición que tienen entonces los dientes y las mandíbulas: así es que, cuando se suprime, suele aumentarse el dolor, y á veces se infartan las glándulas submaxilares. A este tialismo se añade una sensación que consiste probablemente en una especie de cosquilleo incómodo ó de dolor sordo y obscuro, y que hace que el niño mueva por instinto sus mandíbulas y muerda los cuerpos que puede cojer. Además, se puede notar un calor mas elevado en toda la boca, algunas veces rubicundeces pasajeras en los carrillos, algunos señales de impaciencia, etc. En fin, á medida que los dientes se acercan al exterior, el borde alveolar va volviéndose mas grueso. En algunos niños estos síntomas tienen mayor intensidad particularmente en la erupción de los primeros dientes, que va acompañada mas comunmente de accidentes patológicos que la segunda y tercera, en razon de que en aquella es mayor y mas rápido el trabajo de la dentición.

El dolor que depende de una dentición difícil se anuncia por una necesidad continua de llevar los dedos á la boca ú otros cuerpos que el niño masca; este no puede sufrir que se le introduzca la mano en la boca; á menudo se pone á llorar de repente y al mismo tiempo se mete los dedos en ella; su fisonomía manifiesta que padece; se nota en él una cierta inquietud; está irritable, impaciente y grita á la menor causa y aun á veces sin causa alguna exterior de modo que vulgarmente se atribuye su llanto á ruindad. Este dolor puede ser bastante intenso, mayormente en los niños de temperamento

nervioso, para ocasionar algunos movimientos espasmódicos de los músculos de la cara, y aun algunas veces un verdadero trismus, y por fin un estado nervioso jeneral, la agitación, el insomnio y una calentura irregular que acostumbra á llamarse *calentura de la dentición*. El dolor y todos sus efectos pueden tener una marcha intermitente ó continua, siendo raro que no tengan exacerbaciones.

Cuando el dolor es efecto de una irritación inflamatoria primitiva ó consecutiva al estado neurálgico, en el principio ya se nota que este dolor parece mas continuo, perdiendo el carácter de los nerviosos, que regularmente son intermitentes ó por lo menos remitentes; luego se vé que la membrana mucosa de la boca está inyectada, ya en su totalidad, ya solamente al nivel de la encía inmediata al diente que va á salir: esta está caliente, hinchada y tensa, el borde alveolar cubierto por ella es mas ancho y mas grueso que antes; y el niño no puede soportar en él una presión un poco fuerte.

A estos síntomas se añaden las mas de las veces los que son propios de la reacción que la enfermedad local desarrolla en el organismo: hay sed, disminución de apetito, vómitos y sobre todo diarrea, y consecutivamente á ella sobreviene el enflaquecimiento; hay calentura irregular, cuyos paroxismos se notan particularmente por la tarde, ó si el mal es muy lijero, simples congestiones continuas ó pasajeras en la cara; los niños pierden el sueño, se ponen á menudo las manos en la cabeza en señal de dolor, están tristes, inquietos é irritables; su fisonomía se altera; sobrevienen espasmos, ó por lo menos esa movilidad nerviosa que se acerca al estado convulsivo, etc.

Todos los accidentes que acabamos de nombrar deben considerarse como los síntomas jenerales de la dentición laboriosa, mientras que tienen una mediana intensidad y que no es necesario emplear contra ellos un tratamiento activo, pudiendo esperarse que cesarán luego que la dentición volverá á hallarse en los límites fisiológicos; pues en el caso contrario constituyen las complicaciones sin olvidar la lesión local.

Dentición laboriosa complicada. Las complicaciones mas frecuentes tienen su sitio en el aparato digestivo; así á menudo hay la estomatitis con sus diferentes variedades, que puede depender de la inflamación de las encías ó simplemente del

trabajo oculto que se efectúa debajo de ellas, y que á veces se observa aun en los casos en que no hay un dolor bien evidente; hay vómitos, y sobre todo diarrea. Con respecto á la causa próxima de estos dos últimos accidentes creemos que poquíssimas veces consiste en una verdadera inflamacion del estómago y de los intestinos; que muy á menudo dependen aquellos de una diacrisis, pero que algunas veces su oríjen es especial y parecido al de las diarreas por inervacion; pues asi como una emocion moral, ó una causa persistente como la tristeza, etc., puede promover una diarrea, que por lo mismo se ha llamado *nervosa*, de la misma manera puede ocasionarla el simple dolor odontálgico. Los antiguos habian propuesto ya una esplicacion análoga y decian que el dolor producido por la denticion es capaz, como todos los dolores vivos, de determinar un estado de espasmo jeneral ó parcial que, haciéndose sentir en los intestinos, los vuelve inhábiles para contener por mas tiempo en su cavidad los materiales que se hallan en ella. Esta esplicacion nos parece muy racional y aplicable á algunos casos, en los cuales por consiguierte aquellos accidentes serán efecto de una dijestion gástrica ó intestinal que ha sido incompleta á causa de una lesion de inervacion que ha modificado la absorcion, las secreciones de la membrana mucosa dijestiva, ó la contractilidad de la muscular.

Despues del aparato dijestivo, los centros nerviosos son los que experimentan mas á menudo una influencia morbosa por la denticion; y así pueden sobrevenir por causa de ella, mayormente en los niños muy nerviosos, accidentes nervosos graves y principalmente convulsiones, que se esplican fácilmente por el dolor, el cual, en los niños, ocasiona con facilidad una escitacion muy viva del sistema nervioso; y tambien pueden ser efecto del aflujo sanguíneo que se efectúa hácia el aparato dentario, del que participa necesariamente todo el sistema vascular de la cabeza. En el primer caso constituyen una verdadera neurosis que se observa principalmente en los niños débiles, flacos, pálidos, muy irritables y sujetos á la diarrea; en el segundo dependen de una conjestion sanguínea activa del cerebro que afecta con preferencia á los niños robustos, colorados, gordos y naturalmente estreñidos. Estos

accidentes nerviosos no sobrevienen solamente en los casos en que la denticion laboriosa se anuncia por señales evidentes de inflamacion, sino tambien cuando no hay probablemente mas que la odontaljía. Es raro que la eclampsia, cuando depende de la denticion, ni aun en los casos en que ocasiona la muerte, deje alteraciones bien apreciables á la inspeccion del cadáver en los órganos meningo-encefálicos: por lo demás no se diferencia en nada de la que sobreviene por otras causas. A menudo se nota durante la denticion el estrabismo, y M. Richard de Nancy lo atribuye sobre todo á la erupcion de los dientes caninos superiores. De la influencia persistente de una denticion dolorosa puede resultar la inflamacion de los centros nerviosos; la cual, si bien es siempre temible, en jeneral es mas susceptible de curacion que cuando depende de otras causas.

Además pueden complicar la denticion muchas otras afecciones; así hay ciertas oftalmías que dependen de la erupcion de los dientes superiores y en particular de los caninos (Richard de Nancy); algunos exantemas cutáneos y sobre todo de la carase manifiestan mientras que los dientes levantan y atraviesan la encía, y desaparecen luego despues; lo mismo se observa en muchos niños con respecto á la otorrea, á la larinjitis y á la bronquitis; y por fin puede aquella contribuir á sostener la coriza, las anjinas y en jeneral todas las afecciones catarrales que padecen los niños de poca edad.

La calentura de reaccion que acompaña á la denticion laboriosa con mucha mayor frecuencia es efecto de una reaccion nerviosa que inflamatoria; pues se observa á menudo sin que la acompañe fenómeno alguno flojístico evidente, y entonces depende de un eretismo nervioso suscitado por la odontaljía; cuando coincide con complicaciones inflamatorias es mas difícil de decidir si es un efecto de estas ó si resulta directamente de la denticion. Como quiera que sea, este estado febril que constituye, si así puede decirse, una calentura héctica de dolor, ora continua, ora remitente, ora irregularmente intermitente, perjudica la integridad de todas las funciones y mayormente la de la nutricion; va gastando lentamente las fuerzas del organismo; ocasiona el enflaquecimiento, el marasmo y aun la muerte, sin dejar en el cadáver la menor alteracion orgánica.

Los accidentes generales y locales de la dentición pueden presentarse solamente una vez en su curso; pero bastante á menudo aparecen muchas veces bajo una misma forma irregular periódica; esta renovacion se efectúa cada vez que vá á salir uno ó muchos dientes nuevos. Sin embargo á veces tienen una marcha continua y duran mucho tiempo hasta que se ha completado la dentición: es entonces cuando pueden causar la muerte mas por su continuidad que por su violencia, sin que se encuentren en el cadáver lesiones locales suficientes para esplicar la muerte.

El diagnóstico de los accidentes de la dentición no es siempre fácil si no están inflamadas las encías; pues cuando dependen solamente de la odontalja solo puede esta conocerse interpretando los señales del dolor. Además no basta que aquellos accidentes coincidan con la época de la dentición para que puedan atribuirse á ella, sino que es necesario que se conozca que esta puede causarlos; pues si bien puede ocasionarlos cuando parece que se cumple fisiológicamente, sin embargo es mucho mas probable que los determine cuando vá acompañada de dolor ó inflamacion. Además debe examinarse si hay alguna otra causa que pueda esplicar racionalmente aquellos accidentes, y se han de atender tambien las circunstancias conmemorativas; y así cuando se presume esta causa y se sabe que el niño ha padecido iguales ó semejantes accidentes anteriormente al salirle algun diente y que se han suspendido mas ó menos completamente despues de su erupcion, es fácil el diagnóstico. Es muy importante en la práctica el conocimiento de la causa de estos accidentes, porque influye esta mucho en su tratamiento; como veremos.

El tratamiento de los accidentes de la dentición debe pues ser apropiado á su naturaleza é intensidad. La indicacion jeneral, una vez establecido bien el diagnóstico, siempre es evidente, y consiste en hacer desaparecer, ó por lo menos en disminuir el dolor ó la inflamacion. Cuando los accidentes permanecen locales y son muy poco intensos, bastan los medios sencillos cuyo objeto consiste en reblandecer las encías, en favorecer la separacion de las paredes alveolares y en disminuir el dolor. Para esto se aconseja el uso de los chupadores que deben ser duros, como de marfil, de coral,

de metal, etc., cuando todavía está atrasada la erupcion de los dientes, así como cuando esta se halla mas adelantada y el tejido de las encías está inflamado, deben reemplazarse con las raices de malvasico ó de regaliz, con las costras de pan seco, con higos secos ó con ciertas pastas endurecidas con el calor, porque aquellos pudieran ser dañosos; se aconsejan tambien la aplicacion de ciertos cuerpos relajantes sobre las encías, tales como las sustancias mucilajinosas; los calmantes y antiespasmódicos interior y esteriormente, como los baños jenerales tibios, la valeriana, el óxido de zinc, el almizcle, los éteres, el licor anodino, etc.; y los revulsivos lijeros aplicados lejos del sitio del mal, como los pediluvios simples ó compuestos, las cataplasmas emolientes muy lijeramente sinapizadas, ó las de pasta de levadura en las estremidades inferiores y las laxantes. En los casos mas intensos debemos valerlos de los antiflojísticos directos ó indirectos, locales y jenerales cuando hay una tendencia marcada á las congestiones cerebrales, ó bien si están inflamadas las encías ó hay síntomas de una calentura inflamatoria; y así se aconseja la aplicacion de algunas sanguijuelas detrás de las orejas ó mejor en los ángulos de las mandíbulas, los purgantes suaves y las lavativas laxantes y emolientes, los revulsivos lijeros, etc.: en el caso contrario nos valdremos de los calmantes arriba dichos en mayor dosis, y aun de los estupefacientes como el opio y sus sucedáneos á muy corta dosis y con prudencia. Cuando se han empleado sin efecto los antiflojísticos con proporcion á la intensidad del mal y á la constitucion y fuerzas del niño, y los demás medios propios, y la encía está inflamada, caliente y dolórida, pareciendo levantada por la corona del diente, es preciso incidirla; pues esta especie de desbridamiento hace cesar la inflamacion local y el dolor, y detiene ó previene los accidentes que estos pueden ocasionar. Esta operacion es útil sobre todo para los dientes molares, cuya corona, siendo mas ancha pero menos cortante que la de los incisivos y menos puntiaguda que la de los caninos experimenta mayor resistencia por parte de la encía. Cuando el dolor depende menos de la resistencia de esta parte que del trabajo que se efectúa en el diente y en la mandíbula, de nada puede servir la incision, que nunca debe practicarse

hasta que se han usado ya inútilmente todos los medios relajantes y calmantes. Si se hacia demasiado pronto pudiera abrirse la cápsula dentaria antes de que el diente estuviese enteramente osificado; y M. Guersent cree haber notado que los dientes que se han descubierto así empujan mas lentamente que los demás. Van-Swieten y Rosen manifiestan temer que hecha la incision prematuramente puede cerrarse la herida, y que despues la cicatriz puede oponer una resistencia mucho mayor que la encía en su estado natural: este temor nos parece exagerado.

Como quiera que sea la operacion se practica del modo siguiente: un ayudante debe mantener sujeta la cabeza del niño, y el operador aparta las mandíbulas introduciendo entre ellas los dedos de una mano ó un cuerpo extraño; y con la otra practica primero una incision longitudinal y paralela al borde alveolar con un bisturí obtuso de hoja estrecha, la cual debe estar tapada con una cinta hasta cerca una pulgada de su punta, y despues, apartando los carrillos y cambiando completamente la direccion del instrumento, hace una incision transversal á la primera, de lo que resulta una incision crucial que lleva muchas ventajas á la simple, pues que desbrida y desinfarta mas completamente la encía y deja que pueda introducirse la punta del dedo índice en la herida con el objeto de cerciorarse de si hace salida el diente ó bien si el alvéolo está cerrado ó tapado por una especie de hoja ósea: en este caso puede ser necesario abrir el borde alveolar con unas tijeras fuertes ó bien el perforar la lámina ósea que tapa al alvéolo. Puede acontecer que un diente se halle enclavado entre otros dos, y entonces el único remedio que hay consiste en la extraccion de uno de estos; pero este caso es muy raro. Rosen insiste con razon acerca la necesidad que hay de no dejar fibra alguna carnososa en el punto en qué aprieta el diente.

Cuando hay complicaciones y cuando los accidentes simpáticos son intensos, debe emplearse un tratamiento complejo subordinado á la naturaleza de aquellos y á su causa; solo cuando aquellos son recientes y poco intensos puede esperarse que tal vez desaparecerán quitando su causa. Entre estos accidentes simpáticos se cuenta la diarrea, á la cual la mayor

parte de los autores cuentan menos como una complicacion que como un simple epifenómeno, cuya aparicion jeneralmente es favorable y que no debe combatirse. Esta opinion es verdadera y debe respetarse en la práctica siempre que la diarrea es poco ó medianamente abundante y que no va acompañada de síntoma alguno de una flegmasia gastro-intestinal; en una palabra cuando parece obrar como un simple flujo lentamente derivativo, sin el cual seria escesiva la actividad vital empleada en el trabajo de la denticion y que por lo mismo su supresion aumentaria la intensidad de los síntomas. Cuando empero pasa del grado conveniente debe mitigarse.

Para prevenir la denticion laboriosa es muy útil el hacer que los niños sigan antes de ella las reglas hijiénicas oportunas indicadas en la introduccion de esta obra.

§ II.

De las enfermedades de la boca.

Las enfermedades de la boca presentan en los niños un grande interés, ya por su frecuencia, ya por la forma especial que muchas de ellas adquieren en la infancia. No hablaremos de las que pertenecen á las demás edades siendo raras en los niños, en los cuales no presentan carácter alguno particular, como la *estomatitis mercurial* y la *escorbútica*; y veremos que todas aquellas de qué nos corresponde tratar pertenecen á un mismo jénero, la inflamacion, pudiéndose describir todas bajo el nombre de *estomatitis* ó de inflamacion de la membrana mucosa de la boca, y siendo sus variedades principales la *eritematosa*, la *aflosa*, la *pseudo-membranosa ó diférica*, la *pustulosa*, la *ulcerativa* y la *gangrenosa*. Mas adelante hablaremos del mal blanco, porque este no suele limitarse á la boca.

Estomatitis eritematosa. Ocupa de una manera difusa la totalidad ó una parte de la mucosa bucal, y es análoga á los eritemas de la piel.

Los niños se hallan tanto mas predispuestos á ella cuanta menor es su edad; y esta influencia obra directamente ó indirectamente: directamente, á causa del estado habitual de

conjestion que se halla en aquella mucosa en los recién-nacidos (Billard), y que parece despues efecto de la actividad de desarrollo que se nota en todo el aparato bucal y dentario; pues en efecto se observa que la denticion laboriosa es una causa frecuente de ella; é indirectamente, porque la edad poco adelantada favorece la invasion de las calenturas exantemáticas, en las cuales, y en particular en la escarlatina y serampion, la estomatitis eritematosa constituye un elemento casi indispensable. En los mas de los casos esta estomatitis es lijera, permanece en estado de elemento y sigue la marcha de la erupcion cutánea; pero en algunos, pasa de estos límites y constituye una verdadera complicacion, susceptible de adquirir otras formas mucho mas graves. A mas de esta influencia de la edad la estomatitis eritematosa puede reconocer otras causas directas locales que no son especiales á la infancia, y que tienen una accion irritante química, física ó mecánica: tales son los cuerpos calientes, y sobre todo las bebidas; las sustancias acres, venenosas ó cáusticas; las contusiones y heridas; la falta de limpieza en la boca, etc.: por fin puede ser efecto de la estension de una inflamacion de los órganos inmediatos, como de una anjina, de un absceso de la cara, etc.

Los síntomas de esta afeccion pueden apreciarse fácilmente; tales son una sensacion de calor y de dolor que espresan los niños que tienen la edad suficiente para ello, y que se conoce en los que son mas pequeños cuando se vé que les espanta al llanto el tomar el pezon, el paso de los alimentos ó el contacto de cuerpos estraños; y si se nota que están impacientes y que arrojan á menudo los alimentos que querian tragar: además siempre puede observarse fácilmente la rubicundez que unas veces se halla distribuida de una manera uniforme, en otras forma puntas ó manchas, bastante á menudo está limitada á la mucosa de las encías y desaparece ó disminuye á la presion para reaparecer luego. La hinchazon de la mucosa es poco apreciable, sino es en las encías cuyo tejido parece hallarse infartado de sangre y en una verdadera turjescencia. En los niños de poca edad casi siempre hay un tialismo muy sensible, al paso que los de dos á seis ú ocho años tragan instintivamente la saliva. Casi nunca se unen á

estos síntomas los jenerales, á menos de que sea muy intensa la inflamacion de la boca ó que su causa produzca los síntomas de reaccion. Casi siempre precede ó acompaña esta estomatitis á las demás variedades de ella.

Se cura, en jeneral fácilmente, sino se halla sostenida por alguna de sus causas, con los gargarismos ó lociones mucilaginosas; y si es muy intensa y ocasiona calentura y síntomas de conjestion hácia la cabeza, se han de aplicar sanguijuelas debajo de las mandíbulas y se han de prescribir los revulsivos cutáneos é intestinales. Cuando coincide con la denticion laboriosa, debe neutralizarse la accion de esta causa con los medios propios, y cuando depende de una calentura exantemática, si aquella es demasiado intensa ó dura mas que la erupcion, y mayormente si tiene tendencia á transformarse en una variedad mas grave, debe combatirse oportunamente.

Estomatitis aftosa. Durante mucho tiempo se han confundido en los niños las aftas con el mal blanco; pero aquellas se hallan constituidas por unas vejiguillas que aparecen en diferentes puntos de la boca, llenas al principio de un líquido transparente, y que se rompen formando una úlcera superficial, cuya cicatriz no deja el menor vestigio.

No es esclusiva á la infancia, pero es frecuente en ella y á menudo mas grave que en los adultos. Con relacion á la edad, parece que depende como la eritematosa, de la conjestion habitual de la boca y de la denticion: parece tambien favorecida por el temperamento linfático y la constitucion débil, y por las estaciones y localidades húmedas; y en fin bastante á menudo coincide con las afecciones gastro-intestinales que llamaremos *diarises*.

Billard ha comprendido muy bien la accion de las causas directas é indirectas de esta enfermedad en los niños. "No debemos buscar, dice, la causa de las aftas en la retencion del meconio, en la acidez de la leche, ni en el predominio de los ácidos en los humores del niño; nos inclinamos mas bien á creer que los niños en quienes predomina primitivamente el sistema linfático, ó bien en aquellos en quienes este sistema adquiere un predominio notable bajo la influencia de una mala alimentacion, del aire viciado que se respira en lugares mal ventilados, ó en aquellos en qué se encuentran

amontonados una multitud de niños enfermos, son los que se hallan mas sujetos á las aftas... Parece pues que el aparato folicular del tubo intestinal adquiere un aumento de energia vital al mismo tiempo que el sistema linfático; de lo que depende la disposicion de los niños á las inflamaciones de los folículos y á las alteraciones que las siguen en diferentes puntos del tubo digestivo. He observado, en el hospicio de espósitos, que al paso que el mal blanco reinaba casi jeneralmente en los recién-nacidos, las aftas se observaban con mayor frecuencia en la época de la primera denticion. M. Denis, que llama á las verdaderas aftas *flictenas ulcerosas* ha notado tambien que estas aftas no se desarrollan tan á menudo en los recién-nacidos. Si se investiga el desarrollo anatómico de las glándulas linfáticas y del aparato folicular del tubo digestivo en el recién-nacido, se verá que estas glándulas, apenas bosquejadas en él, crecen rápidamente durante los cuatro ó cinco primeros meses de la vida; de manera que el desarrollo de este sistema linfático, llevando tras sí, si asi puede decirse, todas sus dependencias, imprime á la constitucion del niño una idiosincrasia particular, de la que resulta su predisposicion á las flegmasias de los folículos y de las glándulas mucipares."

Como se vé con lo que precede, Billard hace consistir las aftas en una inflamacion de los folículos mucosos de la boca; y tal nos parece ser su sitio. Bajo ciertos puntos de vista, solo se diferencian de las afecciones foliculosas de las demás partes del aparato digestivo por la textura de la mucosa de la boca, y sobre todo por la presencia del epiteliun que esplica perfectamente la forma vesicular que tienen en su principio.

Las aftas afectan principalmente la superficie interna de los labios y de los carrillos, las encías, la lengua y el velo del paladar; y pueden desarrollarse tambien en la farinje y aun en el canal intestinal. Al principio de la erupcion, forman pequeños puntos salientes, rojos, duros, dolorosos, que son otras tantas pequeñas pápulas; pero pasan con rapidez al estado de vesículas transparentes, cuyo volumen puede ser muy pequeño, y nunca escede al de una lenteja á corta diferencia. Sino se rompe luego el epiteliun, se vuelve blanquizco, y puriforme el líquido contenido. En estos diferentes periodos, que

duran de uno á tres ó cuatro dias á lo mas, la base de las aftas ya está roja, dura, infartada y dolorosa. Cuando el epiteliun se ha roto queda una ulcerita tanto mas dolorosa, en jeneral, cuanto mas cortos han sido los demás periodos. Este nuevo periodo de ulceracion puede durar muchos dias, pero las mas de las veces solo se prolonga el mal por nuevas erupciones que van reemplazando las úlceras á medida que se van curando. Estas son superficiales, redondeadas, con los bordes á veces cortados perpendicularmente, y siempre de un color rojo muy vivo, y su fondo es parduzco y como formado por una materia pultácea. Poco á poco se va abajando el rodete de la circunferencia, se deterje el fondo, los bordes se aproximan en apariencia; pero esto no es mas que un efecto de la disminucion de la tumefaccion que disminuye necesariamente la estension de la úlcera; la que se cura por la renovacion del epiteliun y no por una verdadera cicatrizacion: asi es que á menudo quedan curadas de un dia al otro sin dejar otro señal que una mancha roja que desaparece pronto. Raras veces las úlceras aftosas pasan al estado crónico; en cuyo caso los folículos, cuya secrecion está alterada, dan una materia espesa, mucoso-purulenta que algunas veces se concreta en forma de costra, la cual no tarda en ser desprendida por la saliva y vuelve á reproducirse. Alibert y Ketelaer han visto casos de esta naturaleza en el adulto; pero nunca los hemos observado en la infancia.

La erupcion aftosa puede ser discreta y entonces ataca especialmente á los niños ya destetados, en los cuales, como en el adulto, puede decirse que apenas constituye una enfermedad; siendo raro que vaya acompañada de síntomas jenerales. La confluente principia por lo comun con los síntomas jenerales inflamatorios, los que se calman, pero no desaparecen, luego que se manifiesta la erupcion, es decir, regularmente hácia el 3.º ó 4.º dia. Todos los síntomas locales tienen mayor intensidad y sobre todo el dolor que es muy fuerte; las pústulas se propagan á las fosas gúturales, la deglucion se halla dificultada y dolorosa, las pequeñas úlceras parciales se reunen y forman anchas soluciones de continuidad escesivamente dolorosas y que pueden dar lugar á una exudacion sanguínea que se concreta en la boca formando costras que caen

despues en putrefaccion, y podrian hacerlas confundir con una afeccion gangrenosa. En algunos casos se halla tan desarregladas las funciones gastro-intestinales que se puede creer que el mal se ha propagado á una grande estension de canal alimenticio, ó por lo menos que hay la complicacion de una inflamacion ó de una diaerisis de la mucosa gastro-intestinal. En este caso las aftas pueden considerarse como sintomáticas.

El diagnóstico de las aftas en jeneral no es difícil, y se distinguen bien del mal blanco por su forma vesicular y despues ulcerosa, que no afecta este.

Esta enfermedad no es grave mientras es local; pero si coincide con una afeccion gastro-intestinal debe esta tenerse en consideracion para el pronóstico.

El tratamiento es puramente local mientras no hay síntomas jenerales ni complicaciones. En los niños que ya tienen mas de cuatro ó cinco años se usan los gargarismos como en los adultos; pero cuando todavía no saben gargarizar se usan las lociones con los cocimientos de malvasisco ó de cebada edulcorados con miel, rodomet ó jarabe de moras, etc. Cuando el dolor es muy fuerte se les añade un poco de opio. Cuando ya están ulceradas convienen poco los emolientes á los que deben preferirse los astringentes, las soluciones de nitrato de plata, de borax, y aun el tocar las ulceritas con alumbre seco, con el ácido hidroclórico mezclado con rodomet ó aun mejor con el nitrato de plata fundido. La cauterizacion quita el dolor como por encanto, y activa singularmente la curacion. Cuando la erupcion es muy intensa y hay síntomas jenerales inflamatorios ó de congestion hácia la cabeza, sirven bien los revulsivos en los extremos inferiores y en los intestinos gruesos; y sobre todo una aplicacion de sanguijuelas en los ángulos de las mandíbulas. Cuando parecen afectadas las vias digestivas, si sus síntomas son lijeros bastan las bebidas atemperantes y demulcentes y las lavativas emolientes si hay constipacion; pero si aquellos anuncian una inflamacion gastro-intestinal debe esta combatirse con los medios propios. Por fin deben sustraerse todas las causas capaces de favorecer el predominio del temperamento linfático y de los folículos de la mucosa digestiva: algunas veces es necesario mudar de

ama de leche. La debilidad de la constitucion indica el uso de los tónicos, sobre todo de los que obran en la piel.

Estomatitis pseudo-membranosa. Hablaremos de ella al tratar de la difterítide de la garganta.

Est. pustulosa. Depende de las viruelas y hablaremos de ella al tratar de esta enfermedad.

Est. ulcerativa. En los niños es la variedad mas importante. Las úlceras aftosas de qué hemos hablado, las que acompañan algunas veces al mal blanco, la difterítide; ó las pústulas variolosas de la boca se refieren á la enfermedad que vamos á describir cuando ha desaparecido su causa próxima ó no, basta para esplicar su persistencia ó sus progresos: entonces debe considerarse á la estomatitis ulcerativa como efecto de las demás variedades de esta inflamacion; asi como puede suceder algunas veces aun á la eritematosa. Pero en los mas de los casos la estomatitis ulcerativa se desarrolla de pronto, y constituye lo que han llamado los alemanes *úlceras ó cancer acuático de la boca*. En estos diferentes casos es una enfermedad casi esclusiva á la infancia.

Puede ser aguda ó crónica. A la primera precede regularmente una de las otras variedades de estomatitis, y á menudo sigue mas ó menos pronto á las calenturas eruptivas, sobre todo al serampion y á la escarlatina: tiene por carácter casi constante el ocupar una gran parte de la boca y sobre todo de las encías, y el irse propagando de un punto á otro con mucha rapidez si nada la detiene en su marcha. La crónica regularmente está circunscrita, tiende á permanecer estacionaria, y no ocasiona desórdenes graves por su estension y profundidad sino cuando se le añade la gangrena que no es en ella un elemento necesario: entonces puede considerarse como una úlcera atónica ó discrásica de la boca sostenida por malas condiciones locales ó jenerales.

La aguda nos ha parecido mas frecuente antes de los tres ó cuatro primeros años que despues; se observa igualmente en los niños que tienen buena constitucion, como en los que la tienen mala, y tampoco influyen en su produccion el predominio de algun temperamento: con respecto á las circunstancias hijiénicas no hemos notado que ninguna de ellas predisponga particularmente y de una manera directa á esta enfer-

medad. Como puede suceder á todas las demás variedades de la estomatitis, todas las causas de estas contribuyen indirectamente á su produccion; pero la hemos observado sobre todo en los niños que han padecido recientemente el serampion; en cuyo caso, ó bien se manifiesta durante la erupcion y no es mas que una transformacion del eritema bucal que acompaña á aquel, ó bien habiendo ya desaparecido este eritema se reproduce poco tiempo despues de la cesacion del exantema cutáneo y se cambia en estomatitis ulcerativa. En ambos casos no puede negarse una relacion de naturaleza ó de causa entre esta enfermedad y la calentura exantemática, pero debe observarse que entonces casi siempre coincide con otras complicaciones regularmente muy graves, como la pneumonia lobulillar, la diarrea, etc. Los casos de estomatitis ulcerativa observados por Billard en los recién-nacidos presentaron á menudo la coincidencia de inflamaciones gastro-intestinales; en todos el mal estaba circunscrito, pero habia ofrecido una marcha aguda. Sin embargo la descripcion de Billard acerca este particular es muy incompleta; y en algunos de los hechos que cita tal vez se desconoció la influencia del mal blanco.

Cuando la ulceracion se establece simultáneamente en muchos puntos ó bien se va estendiendo por las partes inmediatas desde el que ha estado primitivamente afecto, suele principiar por las encías y sobre todo por las de los dientes anteriores: su tejido se hincha, se vuelve muy rojo y lívido; su borde libre se cubre por una exudacion blanca ó parduzca mas ó menos adherente; luego se reblandece y se vuelve parduzco; la menor frotacion quita el epiteliom, que tambien se desprende por si solo en pequeños fragmentos; la presion ocasiona fácilmente un flujo sanguíneo, y la superficie de la encía descubierta de esta manera es evidentemente escoriada. Continuando el tejido á reblandecerse, la ulceracion destruye poco á poco la encía del vértice hácia la base, desnuda asi el cuello de los dientes que simbrean; luego va ganando hácia su parte posterior, siguiendo los tabiques que pasan por el intervalo de los dientes, y despues se propaga á los labios y carrillos, unas veces porque se va estendiendo, y otras á causa de que estas partes, hallándose en continuo contacto con la materia

que segregan las superficies ulceradas, se alteran directamente por esto solo. Las úlceras tienen un aspecto parduzco, blandujo, fungoso, desigual, que recuerda la idea de la gangrena, con la diferencia de que la destruccion de los tejidos parece que se hace por moléculas, y no por escaras ó pedazos bien apreciables. A medida que va progresando esta afeccion los dientes se descarnan, simbrean y caen; los huesos maxilares pierden su periostio y se necrosean; las úlceras se estienden á las paredes de la boca en superficie y en profundidad, y muchas veces la enfermedad adquiere entonces la marcha y el aspecto de una verdadera gangrena. Estos progresos del mal pueden tener lugar en muy pocos dias.

Esta enfermedad ha recibido diferentes nombres y el Dr. Taupin en particular la ha considerado como una verdadera gangrena. La hemos conservado el nombre de ulcerativa, porque este nos parece su carácter principal pero no el único; pues en primer lugar deben admitirse en ella una flegmasia regularmente muy intensa; en segundo lugar un reblandecimiento ulcerativo que no puede depender sino de la naturaleza de ella en algun modo específica, y en tercero una desorganizacion que tiende á constituir una gangrena evidente: todos estos caracteres se encuentran tambien en la crónica.

La estomatitis ulcerativa crónica se observa en los niños de uno á dos hasta ocho ó diez años, y mas especialmente de cinco á diez; es pues mas frecuente durante el curso de la segunda denticion, á la que consideramos mayor influencia que M. Taupin; pues aunque hemos notado, como él, que tiene poca accion la renovacion de los dientes de leche, no puede decirse lo mismo con respecto á los grandes molares; esto explica tambien la frecuencia de su situacion al nivel de los dientes posteriores y en la superficie interna de los carrillos. Parece mas frecuente en los niños que en las niñas en la clase de pobres, seguramente porque los primeros están menos cuidados por sus padres. Las estaciones húmedas, la primavera y el otoño, favorecen su desarrollo; y contribuyen poderosamente á su produccion las malas condiciones hijiénicas, tales como las habitaciones húmedas, mal ventiladas y oscuras, un mal réjimen y muchas enfermedades que debi-

litan ó alteran la constitucion, como las escrófulas, los herpes, y las calenturas exantemáticas. Además casi todos los niños que la padecen tienen la constitucion débil y el temperamento linfático. Es endémica en muchos hospitales y hospicios de niños. Parece contagiosa; y por fin algunas veces depende de causas traumáticas, y está sostenida por ellas, tales como una fractura, una herida, un fragmento de diente agudo que irrite ó desgarre el carrillo, los labios ó la lengua, una caries ó necrosis de un diente que ocasiona la alteracion de la encía, etc. En todos estos casos no solamente es efecto el mal de las causas esternas, sino que depende tambien de circunstancias jenerales del enfermo.

La enfermedad puede afectar todos los puntos de la mucosa de la boca, pero casi siempre empieza por las encías: así como la aguda suele ser jeneral, la crónica por lo comun es parcial y se limita á un solo lado de la boca; y es difícil de asegurar el modo como empieza, porque en este estado no suele consultarse al facultativo. A menudo sigue á la aguda, que entonces pasa á crónica, al mismo tiempo que se vuelve circunscrita; y la alteracion que se halla en las encías se va propagando á las partes vecinas que se van alterando del modo siguiente: Aparecen en ellas pequeños puntos de un color blanco-amarillento del tamaño de una cabeza de alfiler sin prominencia bien manifesta, y en los intervalos que dejan entre sí, la membrana mucosa está roja, hinchada y dolorida. Cuando son pocos y están poco desarrollados se pueden hacer mas visibles tirando lijeramente la parte afecta. Mas tarde la exudacion blanquecina que se veía al través de su transparencia se vuelve mas abundante y levanta el epiteliun que se rompe, y se espele la materia que contenía dejando una pequeña úlcera. Las úlceras parciales se reúnen; y las partes afectas permanecen en este estado durante algunos dias; y entonces puede tomar una forma lardácea ó la ulcerosa; en el primer caso no se vé de pronto la solucion de continuidad; y al contrario la parte afecta se eleva sobre el nivel de las inmediatas y los bordes hinchados de la úlcera que existe constantemente están ocultados por la exudacion: pero en el segundo caso se vé una solucion de continuidad muy profunda, mucho mas larga que ancha, cubierta por una capa gris bas-

tante gruesa, cortada perpendicularmente en sus lados. Como síntomas accesorios se observa una hinchazon dura y un poco pálida de la cara y de los labios, un aliento fétido y un flujo abundante de saliva fétida, morena, que irrita y escoria la comisura de los labios. El niño experimenta una sensacion de calor y de dolor que le priva de masticar. La profundidad de la úlcera es aparente y depende de la hinchazon inflamatoria de los bordes, que á menudo se elevan sobre el nivel de las partes sanas, y con mucho mayor motivo de la superficie deprimida por la úlcera. Esta es una verdadera úlcera atónica, discrásica, cuyo aspecto sórdido y olor fétido simulan una gangrena, pero no lo es verdaderamente, pues en aquel estado permanece á menudo estacionaria durante muchas semanas y aun meses, lo que no puede suceder en una gangrena. La materia que segrega la úlcera es un pus sanioso ó icoroso, pardoceo, susceptible de formar una capa pultácea y pseudo-membranosa mas ó menos adherente que de tanto en tanto se desprende pudiendo simular una escara.

Sin embargo algunas veces aparece la gangrena con caracteres indudables; pero entonces constituye una complicacion favorecida por una disposicion inherente á la infancia, y que se manifesta en muchas otras enfermedades de la boca, ó por las malas condiciones locales ó jenerales bajo cuyo influjo se hallan los enfermos. La naturaleza de esta gangrena tal vez no es todavía bien conocida; pero nos inclinamos mucho á la opinion de M. Taupin que la considera como análoga ó aun idéntica á la *gangrena hospitalaria*. Cuando sobreviene esta complicacion, los progresos del mal se vuelven muchísimo mas rápidos y constantemente funestos, sino se detienen con un tratamiento adecuado. No siempre es fácil de conocer la invasion de ella; porque si la úlcera de la boca es antigua presenta ya algunos de los caracteres propios de la forma pulposa y de la ulcerativa de la gangrena hospitalaria; pero como la marcha de esta en jeneral es muy rápida no puede reconocerse por mucho tiempo; así la úlcera se vuelve mas dolorosa; es mayor la fetidez de los líquidos que segrega y el aliento; se aumenta la hinchazon de sus bordes; el fondo se ahueca ó se cubre de una capa pseudo-membranosa, sólida y adherente, ó de materia pultácea; estos productos de secrecion

se desprenden y dejan ver la úlcera que se va haciendo siempre mas ancha y mas profunda; el carrillo ó el labio, aun antes de que la membrana mucosa se halle destruida en todo su espesor, presenta una hinchazon pálida y dura: y en fin cuando la desorganizacion penetra en el tejido celular, sumarcha se vuelve mas rápida, se presentan todos los síntomas de la gangrena, que describiremos luego, todas las partes blandas se destruyen y caen en despojos, el periostio se despega, se necrosean los huesos, se desarrollan accidentes jenerales que por lo comun habian faltado hasta entonces, y el enfermo muere, ó si sobrevive, á beneficio de un tratamiento enérgico, queda horriblemente desfigurado y mutilado.

El pronóstico de la úlcera de la boca no es grave mientras no se complica con la gangrena: y si se combate á tiempo, en jeneral se cura fácilmente: es mas difícil de detener la marcha de la aguda, el pronóstico de la cual es principalmente grave por la coincidencia comun de algunas otras enfermedades agudas muy peligrosas.

El tratamiento de la aguda debe empezarse aplicando sanguijuelas debajo de las mandíbulas, y prescribiendo pediluvios y gargarismos, lociones ó inyecciones con líquidos mucilaginosos ó lijeramente acidulados; pero luego que se vuelve blanco y se despega el epitelium, y se escoria y desorganiza la mucosa, es preciso cauterizar sin retardo todos los puntos en que se halla gravemente alterado el tejido; y cuanto mas adelantado es el mal y mas rápidos sus progresos, con tanta mayor enerjía debe cauterizarse; es por esto que unas veces deben usarse para este objeto los ácidos minerales puros, el nitrato ácido de mercurio, ó el nitrato de plata, y otras el ácido hidrocórico dilutado con miel, el alumbre, el cloruro de cal seco, etc. A mas se han de prescribir los antilójísticos ó los tónicos jenerales, segun la naturaleza de las complicaciones y las causas conocidas del mal.

Cuando es crónica casi nunca son útiles los antilójísticos, y debe cauterizarse luego la úlcera con el cloruro de cal seco reducido á polvo muy fino, que es el medio preferible: pues obra á la vez como desinfectante y como cáustico, y se emplea; segun el método del Dr. Bouneau, es decir, se humedece lijeramente un dedo y luego se mete en un frasco lleno de

aquel polvo, con el cual se friccionan con bastante rudeza, las partes afectas, que se limpian luego con repetidas lociones: se repite despues la friccion de la misma manera haciéndola durar mas, y luego con otros gargarismos se saca el cloruro: estas fricciones ocasionan algunas veces una evacuacion sanguínea poco abundante que no puede tener inconveniente alguno, y contribuye á la desinfartacion de las partes vecinas. En casos graves, y mayormente cuando hay una verdadera gangrena, son necesarios otros cáusticos mas enérgicos; en los casos comunes pudieran tambien reemplazarlo el nitrato de plata, el alumbre en polvo, la pulpa de limon, etc.; pero estos medios no tienen mas ventajas que aquel, y presentan algunos inconvenientes que equivalen bien al que tiene aquel cloruro de ennegrecer los dientes.

Por fin nunca deben omitirse los medios de limpieza, los gargarismos deterstivos, el sacar los dientes cariados, etc., que pueden bastar algunas veces durante todo el tratamiento ó cuando ya se han cauterizado las úlceras; sin olvidar lo que corresponde á la higiene, la remocion de las causas del mal, etc.

Estomatitis gangrenosa ó gangrena de la boca. La gangrena sobreviene con mucha frecuencia en las enfermedades de la boca de los niños, siendo en ellos una terminacion ó una complicacion de todas las variedades de estomatitis que hemos descrito. La considerable disposicion que tienen los niños á este accidente, que poquísimas veces se observa en los adultos, nos parece que depende de dos causas principales cuya accion difícilmente puede apreciarse; á saber, de la reunion de las circunstancias fisiológicas propias del aparato bucal, y de la naturaleza de las enfermedades que preceden á la gangrena. En efecto, es indudable la primera causa en vista de que si se supone un número igual de niños y de adultos afectados de una estomatitis se verá que en los primeros termina esta con muchísima mayor frecuencia por gangrena. Sin embargo no puede esplicarse bien la accion de esta causa; pues que á lo mas pudiera decirse que por efecto de la denticion, que hace que padezcan aquellos muy á menudo las estomatitides, estas, siendo agudas, son muy intensas, y por esta sola violencia la inflamacion termina mas fácilmente en gangrena; esplicacion que no nos satisface. En cuanto á la se-

gunda tambien es evidente, pues sobreviene casi exclusivamente la gangrena cuando la estomatitis coincide ó depende de ciertas afecciones jenerales, tales como las calenturas exantemáticas y tifoideas, de afecciones locales graves, como las gastro-enterítides y las pneumonias, de las enfermedades crónicas como las escrófulosas y los herpes, ó por fin de ciertas condiciones jenerales de la constitucion y del temperamento que manifiestan una deterioracion jeneral del organismo: sin embargo, aunque en todos estos casos preexiste muy probablemente á la gangrena una alteracion de la sangre que ha producido la estomatitis, ignoramos cual es la naturaleza de ella y la causa de qué obre tan á menudo en la mucosa de la boca, á pesar de que podemos establecer qué, en los niños, las mas de las estomatítides tienen una naturaleza especifica; calificación que es muy importante en la práctica.

Muchos autores han admitido la gangrena primitiva de la boca ó independiente de una inflamacion precedente; pero es todavia mas desconocida la naturaleza de ella y la conexion que tiene con sus causas. Sin embargo las numerosas investigaciones minuciosas que hemos hecho acerca este particular, si bien que son poco numerosas para que podamos sostener acerca de ello una opinion contraria á la que han emitido muchos autores apreciables, no obstante nos autorizan para establecerla; y asi creemos que la gangrena de la boca es jeneralmente consecutiva á la estomatitis aguda ó crónica; que en el primer caso esta inflamacion depende casi siempre de una enfermedad jeneral, y la gangrena de la naturaleza especifica de la estomatitis, y que en el segundo la gangrena complica á la úlcera de la boca y parece idéntica ó análoga á la hospitalaria. Si hay en los niños gangrenas que no puedan aplicarse á ninguna de estas dos categorias, ignoramos completamente cuales pueden ser su naturaleza y su causa próxima.

Muchos autores antiguos han exajerado la frecuencia de la gangrena de la boca en los niños, porque muy á menudo la confundian con la difterítide bucal, que describiremos luego, con la estomatitis ulcerativa crónica, como lo tenemos dicho, ó con la gangrena escorbútica, que puede afectar igualmente á los niños que á los adultos cuando se hallan rodeados de causas propias, ó bien cuando es epidémica. No obstante aque-

lla gangrena se observa bastante á menudo en los hospitales de niños, y mayormente cuando estos pertenecen á las clases mas pobres de la sociedad: es casi esclusiva á la infancia y es mas frecuente en ella desde el 1.º al 7.º ú 8.º año. En los mas de los casos de gangrena que se observan en aquellos hospitales; ha principiado en estos la enfermedad, y en los pocos niños que ya se presentan á aquellos establecimientos con ella, por lo común el mal está adelantado cuando llegan, y es por esto que entonces es casi constantemente mortal, y no puede conocerse si la mucosa de la boca se ha afectado ó no primero que las demás partes blandas de la cara.

Constant, que ha descrito muy bien esta enfermedad, considera en ella muchos períodos. En el primero el mal se anuncia por la hinchazon del carrillo, la espuicion sanguinolenta y la fetidez del aliento. Explorando la cavidad de la boca, se vé en la parte interior de los carrillos y de los labios y en el tejido de las encías una mancha blanquecina, por lo regular aislada y raras veces múltiple, rodeada de un círculo lívido y que no causa dolor. Hasta entonces no se halla desarreglada funcion alguna, y los niños continúan entregándose á las diversiones propias de su edad; pero pronto se agranda la úlcera y adquiere un color gris sucio y una superficie desigual; se aumenta la infiltracion del carrillo que alcanza á los párpados; la piel que la cubre se vuelve luciente, y se encuentra un tumor renitente al nivel de las partes afectas. Desde el principio pueden mostrarse la anorexia y las náuseas, pero regularmente no se manifiestan hasta al fin de este período; desde entonces empiezan á observarse el abatimiento y la prostracion; la sed es mas viva, pero no puede satisfacerse porque es difícil y dolorosa la deglucion; el pulso es débil, pero se vuelve frecuente. En los niños de muy poca edad se observan los mismos fenómenos locales, pero, según Billard, nunca hay en ellos síntomas de reaccion bien evidentes, al paso que se observan algunas veces en los que tienen mas edad.

El primer período puede durar de uno á muchos dias: pero cuando la gangrena ha destruido todo el espesor de la membrana mucosa, y penetra en el tejido celular laxo y adiposo de la pared bucal, se hacen mas rápidos sus progresos: se aumenta la hinchazon edematosa; el color lívido que rodea

la úlcera de la boca se vuelve negruzco y despues negro y se va estendiendo, y asi los tejidos van pasando por todos los grados de la gangrena hasta que invade las partes blandas profundas: estas caen á pedazos dando un flujo gris y negro, y exalando un hedor evidente de gangrena. Regularmente se desorganizan primero las encías y las partes blandas vecinas aderidas á los huesos; estos quedan desnudos y los dientes vacilan y caen antes de que la gangrena haya llegado á la piel: algunas veces se estiende mas en profundidad que superficialmente, y se manifiesta pronto al exterior de los carrillos y de los labios, formando una mancha lívida y despues negruzca; se perfora la piel y esta abertura comunica con la cavidad de la boca: el carrillo á veces se mortifica en toda su estension con una grande rapidez. Continuando el esfacelo sus progresos, invade las rejiones orbitarias, el menton y la nariz, y desnuda los huesos maxilares en una grande estension. Entonces aparecen los síntomas jenerales, como la pequeñez y frecuencia del pulso, el enfriamiento de las estremidades, sudores frios y viscosos, vértigos, soñolencia y postracion. Si este período dura muchos dias, se le añade siempre una diarrea colicuativa, un enflaquecimiento considerable, una debilidad extrema, y por fin precede á la muerte un delirio obscuro ó un estado comatoso. Si la gangrena se detiene y se limita á beneficio de un tratamiento enérgico ó lo que es muy raro, por los solos esfuerzos de la naturaleza, se manifiesta una reaccion local inflamatoria que indica la rubicundez y el color flegmonoso de las partes inmediatas; si el organismo desarrolla entonces una reaccion jeneral bastante enérgica, el enfermo puede escapar de la muerte: pero conserva una deformidad regularmente muy considerable y muy fastidiosa, que solo puede remediar la cirujía, y aun raras veces, de una manera satisfactoria.

Cuando se examinan en el cadáver las partes afectas, se encuentra en ellas como una especie de gachas negruzcas, mezcladas con copos parduzcos, que se hallan en medio de una sanies pútrida: un poco mas lejos pueden conocerse todavía los tejidos, pero se hallan infiltrados de una serosidad amarillenta; algunos son como lardáceos y crujen al cortarlos. Como en todas las gangrenas, los vasos y los nervios son los me-

nos alterados. La lengua, las amígdalas y el velo del paladar á menudo están hinchados y edematosos; y este edema se estiende á veces hasta los repliegues ariteno-epiglóticos, y ha precipitado la época de la muerte, ocasionando la asfixia.

Cuando ya está declarada la gangrena, es fácil su diagnóstico; y no puede confundirse con los carbúnculos inoculados y la pústula maligna, porque estas gangrenas empiezan siempre por la piel. Cuando aquella no está aun desarrollada, debe examinarse con atencion el interior de la boca, y si se observa en esta una úlcera de mal carácter acompañada de una hinchazon considerable con renitencia y palidez luciente de la piel, debe temerse su invasion. Muchas veces es muy difícil de diagnosticar la estension de la gangrena, y sin embargo es muy importante el saberlo antes de la cauterizacion, pues si el mal está demasiado adelantado de nada serviría esta.

El pronóstico en jeneral debe ser sumamente grave; pues sin una cauterizacion pronta y bien dirigida mueren los mas de los enfermos.

El tratamiento local, que es el mas importante, cuenta en primer lugar una cauterizacion enérgica, para la cual á veces deben preferirse los cáusticos líquidos, como los ácidos concentrados, la manteca de antimonio ó el nitrato ácido de mercurio, y en otras el cauterio actual, segun los casos; pues cuando la sanies es muy abundante, por ejemplo, pudiera neutralizar la accion de los cáusticos líquidos. Para practicar esta cauterizacion deben seguirse las reglas establecidas para los casos de gangrenas carbúnculosas, es decir, se han de levantar las escaras y todos los despojos saniosos con el mayor cuidado, sin temer de hacer incisiones cruciales con el bisturí para descubrir exactamente todas las partes afectas, llevando el cáustico en todos los puntos que forman el límite de la gangrena que debe cauterizarse con fuerza; y en fin, siguiendo el método de Lisfranc para el carbúnculo y pústula maligna, un poco mas lejos del centro debe cauterizarse menos profundamente, de modo que se produzca una quemadura de segunda especie. Cuando no basta una cauterizacion debe repetirse aunque sea muchas veces, mientras lo permita el estado del mal. Despues de ella se desinfecta la boca con gargarismos detergentes y lociones cloruradas, que se repiten á menudo noche y dia.

El tratamiento jeneral consiste en colocar al niño en buenas condiciones hijiénicas, dándole las bebidas tónicas, vino añejo de Madera ó de Málaga, vino de quina, cordiales y estimulantes, á menos de que se conozca evidentemente que haya una flegmasia gastro-intestinal, lo que es raro.

§ III.

De las enfermedades de la garganta.

Todas las enfermedades de la garganta de que debemos hablar, se refieren como las de la boca, á inflamaciones francas y específicas. Seria inútil el describir la inflamacion eritematosa y las aftas de la garganta; pues que estas dos variedades de la *anjina inflamatoria* son idénticas á las dos especies de estomatitis correspondientes: pero es mas difícil la apreciacion de sus síntomas, á causa de la mayor profundidad del mal y de la indocilidad de los niños. Antes de la edad de dos años se presume la existencia del dolor gutural en vista de los síntomas siguientes: se observa á menudo que los niños se ponen las manos delante, en los lados ó en la parte superior del cuello; que sueltan el pezon en el momento en que quieren tragar la leche ó arrojan las bebidas que se les dan rehusando el volverlas á tomar luego despues; están impacientes, se irritan y lloran en lugar de calmarse cuando se les dá el pecho ó alguna bebida. Esto indica una afeccion de la garganta, y entonces debe examinarse inmediatamente esta parte, lo que es difícil cuando son muy pequeños los niños, y aun tambien cuando tienen mayor edad si son muy indóciles. Para ello se hace acostar al niño en la cama, ó bien se le coloca sobre las rodillas de su madre con la cabeza apoyada contra el pecho de esta y muy al frente de la luz: teniendo sujeta la cabeza en esta posicion, si el niño no quiere abrir la boca, se le aprietan las alas de la nariz con dos dedos de la mano izquierda; con lo cual se le obliga á abrirla para respirar y llorar, y en este acto se mete en ella el dedo, una espátula ó el mango de una cuchara, con la cual se deprime la lengua; y asi se examina con atencion el estado de todas las partes visibles de la garganta y de la boca. Debe tenerse en-

tonces presente que los recién-nacidos presentan constantemente la rubicundez de la mucosa bucco-farinjea, lo que es efecto de una congestion fisiológica, análoga á la de los tegumentos, que jeneralmente no dura sino ocho ó diez dias: esta inyeccion regularmente es uniforme y raras veces forma arborizaciones: pasadas algunas semanas despues del nacimiento la rubicundez es un señal de anjina, siendo, en los casos mas simples, el único que la manifiesta. La hinchazon de la mucosa es poco apreciable á la vista; pero cuando reside en las amígdalas puede conocerse fácilmente, y entonces constituye un fenómeno muy importante, porque es el orijen de los peligros que corren ciertos niños en anjinas muy sencillas: la estrechez de las vias guturales hace que pueda preverse muy fácilmente este resultado, y no dudamos que la hinchazon de las amígdalas puede bastar para ocasionar la sufocacion, mayormente si se halla inflamada la mucosa pituitaria por efecto de una coriza, lo que es muy comun.

No insistiremos en la marcha y en las variedades de la anjina simple, porque son bastante raras en la infancia mas que en la juventud; y sus circunstancias particulares quedan indicadas al tratar de las estomatitides eritematosa, aftosa y pustulosa. La inflamacion ulcerativa aguda ó crónica es infinitamente mas rara en la garganta que en la boca, pues su sitio primitivo son las encías: luego hablaremos de las demás variedades.

El tratamiento de las anjinas simples es análogo al que conviene en las demás edades, mayormente en los niños destetados. En los que maman se suspende la lactancia porque chupan con escesiva ansia el pezon y hacen entrar demasiada leche á la vez en la garganta, y asi es mejor dársela en corta cantidad, á cucharadas, sola ó mezclada con agua de cebada ó con la infusion de malvas, de violetas, etc.: se pasa un pincelito de hilas embebido en un cocimiento de malvavisco por la garganta; se aplica una cataplasma al rededor del cuello, y si la inflamacion es intensa, una ó dos sanguijuelas á los lados de la faringe; se usan los derivados suaves en las piernas, y cuando no están contraindicados pueden emplearse con moderacion los vomitivos ó los purgantes suaves.

Difteritide bucco-farinjea. Esta enfermedad es á la vez mas

frecuente y más grave en la infancia que en las demás edades. Su gravedad viene principalmente de que pasa con facilidad á la larinje y constituye el crup; de lo que no hablaremos porque queda indicado en su lugar. Es una inflamacion específica de las membranas mucosas de la boca y de la farinje, y se halla descrita con el nombre de anjina gangrenosa en todas las obras anteriores á las investigaciones de M. Bretonneau. Se observa especialmente en los niños de uno á ocho ó diez años: puede ser esporádica ó epidémica, y en este caso las epidemias pueden afectar toda la poblacion y aun una localidad, como sucede de tanto en tanto; pero por lo regular son menos estensas y parciales, y ejercen sus estragos en particular en los colejos y demás puntos en que se hallan reunidos muchos niños, limitándose á un solo colejo, á un solo barrio, y aun á veces en una sola casa ó familia. Es contagiosa, como lo afirman muchos autores célebres, y aunqué, cuando es esporádica, raras veces es evidente el contagio, se han encontrado repetidas pruebas de él en las epidemias. Por esta propiedad se esplica su frecuencia en la infancia mayor que en las demás edades; pues, como las otras enfermedades contagiosas tan frecuentes en ella, no suele padecerse sino una vez en la vida. A más debe admitirse en la infancia una aptitud directa para contraerla, como se dijo de la coqueluche; pues cuando es esporádica, es aun más frecuente en los niños que cuando es epidémica; pues es necesario que la causa próxima de ella, sea contagio ó infeccion, adquiera una fuerza mucho mayor para que pueda desarrollarse en los adultos. Una variedad de este mal depende de la escarlatina, como veremos, y en este caso, siendo esta una enfermedad propia de la infancia, la edad tan solo influye directamente en la frecuencia de la difterítide. En ciertas familias se nota una singular disposicion para contraer este mal, de lo que hay muchos ejemplos que deben tenerse presentes cuando se puede creer que el contagio ha ocasionado en una misma familia muchos casos simultáneos de aquel. Las circunstancias exteriores favorables al desarrollo esporádico ó epidémico de la difterítide son las estaciones y habitaciones frias y húmedas, un mal réjimen, los sufrimientos y las privaciones de toda especie que acompañan la miseria; en una palabra, todas las causas que obran

como debilitantes en todo el organismo.

El primer período de esta enfermedad puede pasar sin percibirse, porque á menudo es muy corto y está mal caracterizado. Tanto si se halla el punto primitivamente afecto en la boca ó en la garganta, el niño no siente al principio en él sino un poco de dolor ó de calor, un ligero escozor, y muy poca dificultad de deglutir; síntomas de qué no se queja siempre á tiempo, y asi quedan desconocidos. En este período se nota ya la hinchazon de los gangliones sub-maxilares y cervicales, la palidez de la cara que está un poco abotagada, con lagrimeo é inyeccion de los ojos; á menudo hay coriza, y muy pocas veces calentura; en algunas un poco de abatimiento y de disminucion del apetito. Si los padres ó el médico, observando algunos de estos síntomas, inspeccionan el interior de la boca ó de la garganta, no se vé todavía mas que la rubicundez en mas ó menos estension en las paredes bucco-farinjeas.

Después de algunas horas ó de dos ó tres dias, aparecen las falsas membranas; su sitio de predileccion es el velo del paladar, la campanilla y las amígdalas; y sea cual fuere el punto afecto, forman pequeñas manchas de un color blanco amarillento, se estienden, se hacen mas anchas, se reunen y cubren algunas veces una estension bastante grande de las paredes bucales ó guturales; la deglucion es mas difícil y mas dolorosa; aumenta la hinchazon de los gangliones; el aliento se vuelve fétido, y en los mas de los casos sobreviene calentura ó se hace mas manifiesta que en el primer período. Sin embargo á veces el dolor que se sentia desde el principio de la inflamacion, desaparece cuando empieza á formarse la capa lardácea ó membranosa; indolencia que puede mirarse equivocadamente como una verdadera curacion; y no se disipa este error hasta que ha invadido la larinje, como se ha dicho hablando del crup, en cuya descripcion hemos indicado los caracteres que presentan las falsas membranas, y por lo mismo ahora no los repetiremos. En el segundo período, la voz no ofrece alteracion alguna de las que caracterizan al crup; es simplemente un poco menos clara y mas débil que en el estado normal; se vuelve gangosa cuando la secrecion pseudomembranosa invade el interior de las fosas nasales ó solamente la superficie posterior del velo del paladar. En estos casos

de coriza fluye á menudo por las narices un líquido amarillento, seroso ó sanguinolento, de un olor fétido y nauseabundo.

La duracion del segundo período nada tiene de fijo, porque á menudo detiene su marcha el tratamiento empleado, ó bien porque la caída de las falsas membranas, cuando es espontánea, va regularmente seguida de muchas erupciones sucesivas; y así hay reunion del tercero y segundo períodos admitidos por los autores. Cuando las falsas membranas se han desarrollado y engrosado, parece que se aumenta la inflamacion de las partes inmediatas para procurar su eliminacion; están rodeadas por un círculo rojo é hinchado que aparenta una pérdida de sustancia en el centro; esta depresion central se va volviendo mas profunda cuando aquellas, reblandecidas por una exudacion sero-sanguinolenta de las partes que cubren, caen á pedazos y se desprenden; entonces se forman en el mismo punto nuevas concreciones lardáceas, pues la inflamacion eliminadora no previene su produccion, pero procura de nuevo su espulsion; y de esta manera es que pueden observarse en el mismo punto muchas erupciones sucesivas. Sin embargo se nota que las pseudo-membranas de segunda ó tercera formacion van haciéndose mas delgadas, y por fin no se reproducen; pero mientras que lo efectúan continúa su marcha serpijiosa, y se van estendiendo é invaden las partes vecinas hasta pasar á la larinje: mas raramente se estienden hácia los órganos digestivos. Segun M. Guersent, desaparecen á veces las falsas membranas porque se reabsorven. La duracion del tercer período es de ocho á doce dias, si no la abrevia alguna complicacion grave. A menudo se observa un poco de tos y náuseas, que á veces ocasionan el desprendimiento de las falsas membranas. Los fenómenos jenerales son mas marcados. La hinchazon de los gangliones continúa ó desaparece segun el mal permanezca estacionario ó se incline á la curacion, y algunas veces supuran.

Quando la enfermedad termina favorablemente, la mucosa bucco-farínjea segrega en abundancia un moco puriforme que despega las falsas membranas, y adquiere un color rojo natural que indica una reaccion inflamatoria de buen carácter. En fin, cuando han desaparecido las concreciones para no

volverse á renovar, se nota un fenómeno acerca el cual M. Guersent ha insistido mucho y con razon, y es la retraccion de las partes que se hallaban debajo de las falsas membranas. Si han rodeado la campanilla, esta se encoje y algunas veces queda reducida de tres cuartas partes de su volúmen primitivo; si solamente han estado en uno de sus lados entonces queda encorvada en forma de garfio en este mismo lado: la hendidura del velo del paladar es efecto de la misma causa; y M. Guersent ha visto amígdalas que antes del mal eran muy voluminosas, de modo que dificultaban la pronunciacion y que se trataba de su estraccion, espermentaron con aquel una retraccion tal que apenas se veian despues entre los pilares del velo del paladar. Estas deformaciones que no se desvanecen hasta que ha pasado mucho tiempo, esplican el error de muchos autores que las consideraron efecto de una pérdida de sustancia producidas por la caída de escaras, á las cuales se parecen las falsas membranas reblandecidas, pero en realidad no hay mas que retraccion y condensacion de los tejidos sin apariencia alguna de cicatriz.

La difteride bucco-farínjea presenta algunas variedades que se confunden á menudo por grados imperceptibles con la que hemos escogido por tipo de nuestra descripcion y que constituye esencialmente la epidémica; pero se manifiestan algunas veces con caractéres distintivos bastante marcados. Cuando es completamente esporádica se asemeja mas á las anjinas inflamatorias, y el elemento pseudo-membranoso parece mas secundario; y así se nota un dolor mas vivo, mayor dificultad en la deglucion, las manchas son mas circunscritas y no tienen el mismo carácter serpijioso; los gangliones están menos hinchados, la calentura es mas francamente inflamatoria; se nota muy á menudo su complicacion con el herpes labial, y su duracion es mas corta. Tal es la *anjina lardácea membranosa comun*.

Hay otra variedad mucho mas interesante que es la *anjina membranosa escarlatinosa*, mas conocida con el nombre de *anjina de Kothergill*. Se manifiesta con la escarlatina, ya sea epidémica, ya esporádica; aparece antes de la erupcion ó en su curso, y algunas veces en su declinacion. La hinchazon de los gangliones sub-maxilares es considerable, y su supuracion mas

frecuente. Las falsas membranas invaden de pronto las dos amígdalas y mayor estension de las fosas guturales; no son serpijinosas, ó bien, cuando tienen este carácter, se estienden mas á menudo al esófago, y solamente en casos escepcionales invaden las vias aéreas, al revés de la difterítide propiamente dicha. Va acompañada siempre de calentura muy intensa, aun cuando la erupción declina ó ha desaparecido ya y no hay complicacion alguna. La mucosa de la boca, de la lengua y de la garganta está seca, ardiente y muy roja en todos los puntos en que no hay falsas membranas; estas son mas blandas, mas blancas, y una vez desprendidas espontáneamente ó por el arte no vuelven á reproducirse. Parece que en esta enfermedad la produccion pseudo-membranosa depende realmente de la violencia de la flegmasia, y no es un resultado inherente á la naturaleza de esta inflamacion que á veces se estiende á la larinje sin producir en ella falsas membranas, y ocasiona entonces los síntomas de la larinjitis simple mas ó menos intensa: en los mas de los casos llega tambien á las fosas nasales con falsas membranas ó sin ellas. Mas adelante volveremos á hablar de las diferentes formas que pueden tener las anjinas en la escarlatina.

El diagnóstico de la difterítide bucco-farinjea solo presenta dificultades en la apreciacion de las diferentes variedades que hemos indicado y á causa de las dificultades que ofrece la inspeccion de la garganta en los niños; pero estas deben vencerse asiduamente, pues es sumamente necesaria esta inspeccion.

El pronóstico está subordinado á la mayor ó menor tendencia que tienen de propagarse á la larinje, y á las complicaciones que las acompañan. Cuando se limitan aun en la campanilla puede esperarse buen efecto del tratamiento indicado; pero cuando las falsas membranas han penetrado ya en la parte inferior de la farinje, se hacen inaccesibles á la vista y á los medios tópicos, y por esto su terminacion es á menudo funesta.

El tratamiento consiste esencialmente en el uso de tópicos irritantes y cáusticos cuyo efecto consiste en substituir una inflamacion regular á la que es específica y produce las concreciones plásticas. Los que se han preferido en jeneral y cuya eficacia ha confirmado plenamente la esperiencia son el ácido clorídrico y el nitrato de plata. El primero se emplea

puro ó mezclado con dos ó tres partes de miel, y se aplica sobre las partes afectas con un pincel de hilas ó una esponja fija á un mango de ballena. Esta cauterizacion debe hacerse con el mayor cuidado, á pesar de las dificultades que presenta; no debe contarse con su accion sino cuando se está seguro de haber tocado exactamente las capas lardáceas y las partes inmediatas de la membrana mucosa: por regla jeneral es mejor obrar con mucha enerjia que demasiado débilmente. Cuando parece que no ha sido completa la primera cauterizacion es necesario repetirla despues de algunas horas; pero si ya se ha limitado el mal con la primera, solo se debe volver á cauterizar despues que han pasado veinte y cuatro horas para mantener una fuerza proporcionada en la inflamacion substitutiva, hasta que se han desprendido y no se reproducen las falsas membranas. El ácido hidroclórico es un excelente cáustico que solo tiene el inconveniente de producir vapores sufocantes; pero algunas veces este inconveniente produce tambien ventajas, y es cuando ocasiona náuseas y vómitos que favorecen la espulsion de las falsas-membranas. El nitrato de plata tambien sirve perfectamente; pero es preferible emplearlo en una solucion muy concentrada y aun saturada de nitrato de plata cristalizado; pues no se debe perder el tiempo aplicando una solucion medianamente activa, á menos de que el mal parezca muy benigno; si se usabaseco con el porta-piedra, pudiera romperse, ó desprenderse de este, y caer en la larinje. Los gargarismos astrinjentes, detergentes ó desinfectantes son muy útiles en los niños que ya saben usarlos; pero en los de poca edad no pueden emplearse: en unos y otros los reemplazan ventajosamente las insuflaciones de calomelanos ó de alumbre en polvo. Estos medios pueden bastar en casos poco graves y de marcha lenta; pero no debemos contar mucho con ellos, creyendo que pueden suplir siempre á los cáusticos. M. Guersent, que encuentra en estas insuflaciones el inconveniente de ocasionar la tos y la sequedad de la garganta y de que no pueden dirigirse fácilmente al punto mas afectado, prefiere en los niños emplear estos polvos en una confitura difícil de liquidarse, como la jalea de manzanas, la mermelada de albaricoques ó la miel, encargando á aquellos que dejen derretir la confitura en la boca.

Los demás medios, en los mas de los casos, no deben considerarse sino como muy accesorios. Los antiflojísticos solo son necesarios y útiles cuando la difterítide va acompañada de una inflamación local bastante intensa, ó de una reacción febril muy evidente; y son particularmente aplicables á las variedades que hemos llamado comun y escarlatinosa; porque, como tienen menos tendencia á propagarse, pudiera ser intempestivo y perjudicial el uso inmediato de los cáusticos sino se empezaba disminuyendo el estado inflamatorio. Los alterantes, los evacuantes y los vejigatorios pueden ser muy útiles como lo hemos dicho tratando del crup, á cuya descripción nos referimos, como tambien por lo que toca al tratamiento profiláctico.

Anjina gangrenosa. Es muy rara, pero es mas frecuente en los niños que en el adulto; y en el estado actual de la ciencia es difícil el describirla exactamente, porque hasta ahora se habia confundido con la difterítide. Sin embargo puede decirse que á menudo es de la misma naturaleza que esta y que constituye la variedad mas grave de ella. M. Gendron dice «que es con respecto á esta enfermedad lo que el tifus con respecto á la dotinenteria, lo que unas viruelas confluentes con relacion á las discretas y una escarlatina mortal á otra que es lijera.» En otros casos coincide con las calenturas exantemáticas, y entonces se parece bajo todas relaciones á las estomatitides ulcerosas y gangrenosas agudas que dependen de las mismas causas. Se manifiesta casi exclusivamente durante las epidemias graves de calenturas exantemáticas ó tifoideas y por consiguiente entonces no es mas que otra de las numerosas lesiones por las cuales se localizan estas afecciones jenerales, ó sea un síntoma de una afección jeneral. Excepto las circunstancias propias al sitio del mal, todo lo que hemos dicho acerca los síntomas y el tratamiento de las gangrenas de la boca puede aplicarse á las de las fauces.

§ IV.

Del mal blanco.

Esta enfermedad, que se ha confundido durante mucho

tiempo con otras afecciones de la boca, ha sido descrita por muchos autores con el nombre de *afthas* (*aphtha lactantium*, Bateman); y así se le ha llamado *afthas lardáceas*, *afthas cárdenas*, *afthas miliars* y *afthas blanquecinas*, ó *mal blanco*, en razon del color del producto albuminoso que cubre la mucosa inflamada: hemos preferido valernos de la última denominacion para diferenciar mejor esta enfermedad de las verdaderas afthas. Los autores Franceses la describen con el nombre de *muguet* y en el vulgo se conoce con los de *millet* ó *blanchet*. Consiste en una inflamación jeneral ó parcial de la mucosa digestiva que ocasiona la secrecion de una materia pseudo-membranosa que presenta algunos caractéres particulares que la diferencian de las demás flegmasias que producen falsas membranas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. A pesar de que se han observado algunos casos en los cuales el mal blanco ocupaba la mayor parte de la mucosa digestiva, por lo comun se halla en una region limitada de ella, y en particular en la boca. En esta cavidad afecta las mas de las veces la lengua, despues la superficie interna de los carrillos y la bóveda palatina, y raras veces el velo del paladar ni las encías. En todas estas partes puede hallarse simultánea ó aisladamente. Es mas raro en la farinje; pero en los casos graves se encuentra á menudo en ella, por lo comun en los lados de la epiglottis, y algunas veces en su pared posterior. Jamás penetra en las fosas nasales ni en la larinje, pues que pertenece exclusivamente á la membrana mucosa digestiva; pero se encuentra muy á menudo en el esófago, ya en su totalidad, ya en parte, lo que es mas frecuente; y aun se observan casos en que se halla exclusivamente en este conducto. Puede hallarse tambien en el estómago é intestinos, pero es mucho mas raro en estos órganos, sin que deba creerse por esto que es rara la inflamación gastro-intestinal, pues se encuentra con frecuencia en el cadáver sin la falsa membrana que constituye el mal blanco, sea porque la estructura especial de la mucosa en aquellas partes se oponga á su desarrollo, sea que siendo menos adherente la exudación albuminosa pueda desprenderse mas fácilmente y ser arrastrada por los materiales que atraviesan el tubo digestivo, y por lo mismo no se encuentre en los cadáveres de muchos sujetos que han podido tenerla durante la vida.

La falsa membrana se presenta, ora bajo la forma de granos aislados ó reunidos, ora en la de manchas, ora en la de costras mas ó menos gruesas. Estas diferentes formas son, segun el órden que acabamos de indicar, otros tantos grados mas adelantados de la produccion albuminosa. En efecto, principia regularmente bajo la forma de pequeños granos semi-transparentes que se vuelven con prontitud enteramente blancos y opacos, del tamaño de una cabeza de alfiler produciendo un relieve poco pronunciado en la superficie de la mucosa. Los granos se van estendiendo poco á poco del centro á la circunferencia, reuniéndose con los inmediatos hasta formar manchas mas ó menos estensas, cuya superficie es desigual y como surcada; lo que depende de que los granos están mas elevados en su centro, y en su circunferencia se va abajando su nivel para continuarse insensiblemente con el epitelium sano. Cuando se ha desprendido una lámina de mal blanco y se renueva la exudacion plástica, no por puntos aislados; sino á la vez en toda la superficie afecta, adquiere esta el aspecto liso, unido é igual como el de las falsas membranas comunes; y este aspecto es aun mas marcado si sucede á una segunda erupcion otra tercera, y asi sucesivamente. Cuando la enfermedad es muy intensa, la formación rápida de muchos granos inmediatos entre sí procura luego á la mancha el aspecto uniforme de las erupciones secundarias, y por fin cuando no se despega pronto, la falsa membrana va haciéndose mas gruesa á medida que se van añadiendo á ella nuevas capas de materia plástica, hasta llegar á veces á tener una línea ó línea y media; entonces se halla el mal blanco bajo la forma de capas ó costras sobrepuestas. Segun el número de los granos y de las manchas, y segun su estension, se le puede llamar *discreto* ó *confluyente*. Su color en el principio siempre es blanco y muchas veces lo conserva hasta el fin; pero algun tiempo despues de su desarrollo puede ser amarillo ó moreno mas ó menos subido; diferencias de color que no tienen grande importancia. MM. Billard y Lélut creen que el color amarillo en las cavidades superdiafragmáticas es efecto siempre de los vómitos de bilis ó de materias fecales, y M. Valleix niega que haya vómitos en todos los casos en qué se presenta este color, sea en el viviente ó en el cadáver. Como quiera que sea, este color no cambia

notablemente el aspecto del mal blanco; pero no debe decirse lo mismo con respecto al color moreno muy subido, pues hace que la falsa membrana se parezca á una escara gangrenosa, á pesar de que debajo de ella la mucosa esté del todo libre de mortificacion. Este color puede observarse en niños que no han vomitado.

La consistencia del mal blanco es siempre poco considerable: es una sustancia blanda, crasa, bastante análoga al queso; es desmenuzable como él, se aplasta fácilmente con los dedos, y nunca forma pedazos cuando se quiere despegar con unas pinzas; pero se resiste á la accion de un chorro de agua, y puede macerarse durante dos ó tres dias en este líquido sin experimentar la menor variacion en sus cualidades físicas.

Su adherencia en jeneral es tanto mayor cuanto mas reciente es su aparicion. En el cadáver casi no se halla adherido, porque la enfermedad es mas antigua, al paso que durante la vida y en una época inmediata al principio del mal no se puede separar de la membrana mucosa con una frotacion suave; si se rae con fuerza esta membrana con una esponja, un pincel, un lienzo ó un cuerpo mas duro, no se consigue tampoco fácilmente su separacion, los niños lloran y la superficie mucosa dá sangre de un color rojo encendido. Cuando el mal cuenta ya mas dias de fecha, aquella produccion anormal se despega con mayor facilidad y con menos dolor; la exudacion sanguínea falta ó es poco abundante, y la mucosa es de un color violáceo.

Con respecto al sitio de esta produccion y al modo como se forma, no están acordes los autores, ni aun los que se han dedicado en estos últimos tiempos á investigaciones minuciosas acerca este particular. Lélut admite la disposicion super ó subepitética de la falsa membrana, segun las diferentes épocas del mal y segun el sitio que ocupa en la boca. Billard cree que se halla siempre en la superficie libre del epitelium, al cual baña y barniza como el moco, no siendo mas que una concrecion morbosa de este. Guersent y Blache dicen que en todas las partes del conducto alimenticio en las cuales la mucosa tiene epitelium, la secrecion caseosa se efectúa al principio debajo de él, lo mismo que la exudacion lardácea; pero que al cabo de algunos dias, mayormente cuando el mal

blanco es muy abundante, se rompe el epitelium y la exudacion se vuelve superficial, de modo que aunque se adiera á ciertos puntos de la mucosa, puede despegarse con mucha facilidad. Por fin Valleix indica que la secrecion no puede efectuarse ni encima ni debajo del epitelium, y que le ha parecido mas bien que esta película epidérmica engrosada y lijeramente reblandecida, formaba ella sola los granos y las falsas membranas. Creemos que pueden esplicarse las contradicciones de estos autores admitiendo, como parece que lo han hecho Lélut y Valleix, que aquella falsa membrana no es otra cosa que una degeneracion del epitelium. Si esta degeneracion se efectúa primeramente en las capas esternas de la cutícula mucosa, permaneciendo intactas las profundas; ó bien si se reproduce de nuevo otro epitelium debajo del que se va alterando, á medida que adquiere este los caractéres del mal blanco, entonces parece super-epitélico: como suele serlo casi siempre en la superficie superior y en la base de la lengua, en el velo del paladar, en las amígdalas y en la parte superior y posterior de la farinje; y al contrario, si se altera primeramente la capa interior del epitelium, permaneciendo sin romperse la esterna que la cubre, aquel parece sub-epitélico; y se halla así sobre todo en el borde libre de los labios. En estos diferentes aspectos se nota alguna analogía con lo que se observa en la piel si se aplica un vejigatorio segun permanezca en ella poco ó mucho tiempo. Como el estómago é intestinos carecen de epitelium, es claro que no pueden observarse en ellos estas variedades: el producto albuminoso reemplaza la capa de moco que cubre la mucosa y está en contacto inmediato con ella.

Algunos autores han dicho que el mal blanco se halla situado en los folículos mucosos; pero se ha observado bien que la falsa membrana que lo constituye no se estiende á la cavidad de los folículos, y que es menos frecuente en los puntos en qué estos abundan mas. Sea cual fuere la analogía de la secrecion del moco con la epitélica que se asemeja íntimamente á la epidérmica de la piel, debe admitirse que aquel consiste esencialmente en una alteracion de la secrecion del epitelium en todos aquellos puntos en qué esta se efectúa, y que en los órganos en qué falta y es reemplazada por la secrecion de moco, aunque el mal blanco consiste probablemente en una le-

sion de esta última, conservá aun el carácter especial de no estar en relacion, con respecto á su abundancia y sitio, con el número de los folículos mucosos. Lo que prueba mas la analogía de la falsa membrana de qué tratamos con la secrecion mucosa y sobre todo epitélica, es que los reactivos han dado resultados casi idénticos en ella, en el moco y en la epidérmis. La análisis química manifiesta tambien mucha semejanza entre la produccion anormal que dá el mal blanco, la costura de la sangre, y las falsas membranas de las serosas, de la vejiga y del crup. Lo mismo que las falsas membranas de las mucosas, la del mal blanco no es susceptible de organizarse; generalmente desaparece porque se espele y á lo mas pudiera admitirse que puede ser reabsorbida, como lo cree M. Guer-sent con respecto á la difterítide.

La membrana mucosa que se halla debajo de la falsa membrana presenta las mas de las veces, aun despues de la muerte, los caractéres que manifiestan un estado inflamatorio, que es aun mas evidente durante la vida en las partes que la vista puede alcanzar, y que se estiende tambien á ciertos puntos de la mucosa digestiva en qué no se ha encontrado la produccion caseosa ni durante la vida ni despues de la muerte; de manera que tal vez no hay un solo enfermo de este mal en quien el elemento inflamatorio no esté mas pronunciado y no recorra mayor estension de la cavidad digestiva que el pseudo-membranoso: á menudo este está diseminado y es poco abundante, y sin embargo están evidentemente inflamados la boca, la farinje, el esófago, el estómago y los intestinos; por consiguiente no deben considerarse como complicaciones estas alteraciones inflamatorias, sino cuando, por esceso de intensidad ó por trasformacion, han dado origen á úlceras ó á la gangrena. Las úlceras son frecuentes en la bóveda del paladar, y se encuentran mucho mas raramente en los demás puntos de la cavidad digestiva. La verdadera gangrena en esta enfermedad es mucho mas rara de lo que se creía antiguamente porque la equivocaban con el estado que á veces presenta la falsa membrana cuando adquiere un color negruzco y mucho reblandecimiento. Sin embargo puede suceder que se formen verdaderas escaras que orijinarán las úlceras de qué acabamos de hablar. En cuanto á los señales anatómicos de otras enfermedades

graves, como la pneumonia, el edema etc., que se encuentran en muchos cadáveres, nada tienen que ver con la naturaleza del mal blanco, y solo prueban la simple coincidencia de aquellas enfermedades con él.

ETIOLOGIA. Esta enfermedad es escesivamente rara en los adultos y en la vejez, y aun lo es casi tanto en la infancia si se exceptúan los dos ó tres primeros meses de la vida: casi siempre aparece en los primeros días que siguen al nacimiento, siendo una de las afecciones mas frecuentes de los recién-nacidos; y aunque se observa bastante á menudo en la práctica particular, con todo es mucho mas frecuente en los hospitales ú hospicios de niños. Casi todos los autores admiten que una constitucion primitivamente débil ó debilitada por malas condiciones hijiénicas es una circunstancia muy favorable á la produccion del mal blanco; pero en verdad nada tiene de especial con respecto á él, pues contribuye poderosamente á la produccion de otras inflamaciones, como hemos visto; y en efecto cualquiera causa morbosa produce con tanta mayor facilidad una afeccion, cuanta menor es la resistencia vital del que la recibe: por otra parte, no es raro el observar en las casas particulares este mal en niños robustos y bien constituidos, si bien que, por lo regular, en estos casos es muy ligero. Por fin M. Valleix afirma que la mayor parte de los casos que ha observado han afectado á niños primitivamente bien constituidos; de lo cual puede deducirse, con él, que muchos de los niños que padecen el mal blanco están débiles en el momento en que aparece la exudacion membraniforme en la boca porque padecen ya desde muchos días los accidentes que dependen del mismo mal, ora sean pródromos de la erupcion, ora efectos de la enfermedad que se halle ya en las cavidades digestivas profundas. Las malas condiciones hijiénicas como la falta de limpieza, la reunion de muchos niños en un mismo paraje, el aire viciado, el frio, la humedad, etc., nos parecen causas reales pero accesorias de esta enfermedad; pues la que ejerce una influencia predominante y quizás indispensable es el mal régimen alimenticio; pues si bien en los hospitales y en los pobres se hallan reunidas todas estas causas, en las clases acomodadas faltan regularmente aquellas y se desarrolla sin embargo el mal blanco con el solo influjo del mal régimen ali-

menticio que resulta de que la madre ó la nodriza del niño tiene la leche poco abundante ó de mala calidad, de que se ha suspendido el amamantamiento natural reemplazándolo con el artificial, ó principalmente de que se ha dado al niño una leche de mala calidad ú otros líquidos que no son propios al estado del tubo digestivo que empieza á ejecutar sus funciones. Se observa en muchos niños á quienes se les dá la leche por medio de biberones demasiado duros ó que se alteran rápidamente, en los que agarran difícilmente el pezon y se cansan con succiones inútiles, porque aquel es poco voluminoso, ó está muy hinchado y grietado ó porque está cubierto con algun instrumento. Así Valleix no duda de que en el hospital de espósitos la causa principal consiste en el uso prematuro de la papilla que se dá á los niños; y á propósito de esto cita algunos experimentos hechos en las materias fecales de los que la comen por M. Nathalis Guillot. Estos experimentos prueban que aquel alimento se dijere mal; y esta mala digestión, segun Valleix, es la causa de la enteritis que constituye el oríjen del mal blanco. Por fin se ha notado tambien que el abuso de los purgantes en los recién-nacidos, puede ocasionar esta enfermedad.

Billard y Valleix establecen con datos estadísticos que el mal blanco es mas frecuente durante el calor fuerte, es decir, en los meses de julio, agosto y setiembre; Blache y Guersent creen haber observado que, como las afecciones catarrales, es mas frecuente en invierno, pero no citan datos numéricos en apoyo de su opinion, que sin embargo está conforme con la que emitió Van-Swieten cuando dijo que se observan las aftas con mayor frecuencia en los países septentrionales; pues por aftas entendia ciertamente este autor, como los demás de su época, el mal blanco. Raras veces es epidémico fuera de los hospitales; en la práctica particular se observa á menudo en estado esporádico; y en aquellos afecta á la vez un gran número de niños porque se encuentran reunidas en ellos todas las causas ocasionales. No parece ser contagioso. M. Dugés pretende que se propaga fácilmente á un niño bien constituido si mama de la misma nodriza que otro que tenga el mal blanco, pero los hechos observados por Billard, Baron, Guersent, Blache y Valleix son contrarios á esta asercion.

SÍNTOMAS. Dividiremos la marcha de esta enfermedad en tres períodos. El 1.º que es el de invasión, comprende todos los síntomas que preceden á la aparición del mal blanco en las partes que puede alcanzar la vista, es decir, un eritema en las nalgas y en los miembros inferiores, la diarrea, la rubicundez de la boca, la hinchazón de las papilas de la lengua y el principio del movimiento febril. El eritema y la diarrea no son simples pródromos sino verdaderos síntomas cuya relación con el mal blanco es evidente. En efecto, el eritema parece que se refiere á la esfoliación de la epidermis que coincide con una función análoga que se efectúa en las mucosas en los recién nacidos, y la diarrea no es otra cosa que un indicio de la enteritis que forma un elemento esencial del mal blanco. Estos dos fenómenos no preceden constantemente, pero si muy á menudo, la aparición de la falsa membrana que no suele formarse hasta que han pasado muchos días después de haberse manifestado aquellos. Pronto se acelera el pulso, se dilata y llega á tener 120, 140 y aun 160 pulsaciones; y al mismo tiempo la cara se vuelve pálida ó adquiere un color lánguido y amarillento que continúa hasta el último instante. Después de estos primeros accidentes, se manifiesta un color eritematoso en la boca, las papilas de la lengua y sobre todo de su punta se hinchan, toda la lengua adquiere un color rojo fuerte como en la escarlatina, el cual se extiende después á todas las partes de la boca, que está seca y caliente; la succión se vuelve dolorosa; la deglución lo es también algunas veces, y las fauces presentan mucha rubicundez.

En el 2.º período aparece la falsa membrana. Los primeros granos que deben formarla se manifiestan las más de las veces en la lengua, ya en su extremo, hacia al medio ó en los lados del frenillo; otras veces hacia las comisuras labiales ó en la superficie interna de los labios ó de los carrillos. Estos granos que son pequeñísimos y muy transparentes en el principio, se vuelven rápidamente de un color blanco sucio ó luciente, se multiplican, y por su reunión forman manchas irregulares de un blanco lechoso y que simulan una capa caseosa ó cremosa; estas se van extendiendo á todas las partes de la boca, y á menudo abundan mucho delante de los pilares anteriores del velo del paladar y en el ángulo de las comisuras de las

mandíbulas; se propagan después á las amígdalas y á la faringe. Los caracteres físicos de esta falsa membrana quedan descritos al tratar de la anatomía patológica.

Cuando es confluyente y son muy gruesas las falsas membranas el niño indica la dificultad y el dolor que experimenta, sacando con frecuencia la lengua fuera de la boca y mascando continuamente; rehusa tomar el pecho ó lo abandona luego que lo ha cojido; y así mismo arroja las bebidas que se le dan, porque no puede tragarlas sin padecer; la sequedad y el calor de la boca van aumentando, y cuando se introduce un dedo en ella el niño llora y se impacienta. Al mismo tiempo persisten, y á menudo aumentan de intensidad, el eritema y la diarrea; esta es muy líquida y de color verde y algunas veces amarillento, á veces presenta copos que parecen ser pedazos de falsa membrana procedentes de las vías digestivas superiores, ó del estómago é intestinos. El vientre se pone tenso y meteorizado, y es dolorosa la presión en él, mayormente hacia la fosa ilíaca derecha y al epigastrio. El niño tiene por intervalos una agitación que indica la existencia de los cólicos ó que resulta de la inflamación dolorosa de la boca: algunos tienen vómitos biliosos ó mucosos. El pulso conserva la frecuencia del primer período y la piel presenta un calor febril. Cuando las falsas membranas llegan á las fauces, el grito se vuelve ronco y apagado. Las úlceras, que á veces se forman en el primer período, se establecen en diferentes puntos de la boca y sobre todo en el velo del paladar; pero este accidente es más bien una complicación que un síntoma común. Por fin, propagándose el eritema de las nalgas á las regiones vecinas pueden ocasionar úlceras, que se observan también muy á menudo en los talones y maléolos.

El 3er. período es diferente según la enfermedad se incline á una terminación feliz ó fatal. En el último caso cesa la violencia de los síntomas y queda en su lugar un estado de colapso; el eritema se vuelve pálido; se secan las úlceras; la diarrea disminuye ó se suspende; la exudación cae á pedazos y no vuelve á reproducirse sino incompletamente; el pulso baja hasta 80, 70 y aun 60 pulsaciones; la piel se enfría; el grito se debilita; la insensibilidad sustituye á la agitación; el enlaquecimiento es estremado, y la fisonomía se vuelve como

senil y decrepita. Algunas veces sobrevienen hinchazones edematosas con rubicundez obscura en la nariz, en el labio inferior ó en el cuello, ó abscesos; y por fin sobreviene la muerte regularmente sin agonía. Cuando el mal se inclina á la curacion, en este período van disminuyendo rápidamente los síntomas, sin abatimiento de fuerzas ni frialdad de las estremidades; y es tanto mas pronto el restablecimiento de la salud, cuanto mas lijera ha sido la enfermedad.

La descripcion que acabamos de hacer se refiere principalmente á los casos en qué la enfermedad, teniendo una cierta gravedad, presenta una reunion de síntomas mas completa, como suele suceder en los hospitales; pero en la práctica particular no es raro el encontrar casos en qué faltan completamente muchos de los síntomas dichos. En los casos mas sencillos y mas lijeros todo puede limitarse á una erupcion muy poco estendida en la cavidad de la boca, con los lijeros inconvenientes locales que puede ocasionar; pero sin calentura ni desarreglos de las funciones jenerales. Sin embargo es raro que no se observe, aun en los casos poco graves, diarrea y otros síntomas de enteritis, ó aun algunos vómitos, un poco de calentura y un eritema cutáneo. Es claro que todo puede limitarse á la boca cuando la causa solamente ha obrado en esta cavidad, como si esta ha sido la succion de un pezón enfermo ú otra análoga; pero si depende del uso de un alimento impropio casi siempre habrá enteritis ó gastro-enteritis, y aftas lardáceas super-diafragmáticas. Si el niño no está muy limpio y permanece acostado mucho tiempo en la misma posicion, raras veces dejarán de observarse el eritema de las nalgas con escoriacion ó sin ella, las úlceras de los talones ó de los maléolos, y aun la gangrena en las partes comprimidas. Todos estos diferentes casos no son mas que grados de la misma enfermedad que puede ser mas ó menos intensa, y estar mas ó menos estendida en la mucosa digestiva, y mas ó menos complicada con alteraciones de la piel que, en su desarrollo, tienen una verdadera conexion con el mal blanco. En cuanto á las enfermedades de los centros nerviosos y del pecho que se observan en algunos niños, dependen mas bien de una simple coincidencia que de una relacion de causa entre ellas y el mal blanco; y lo mismo debe decirse con respecto á las demás

enfermedades en jeneral. Acerca la enteritis, que M. Valleix considera como el fenómeno principal de esta enfermedad, indicaremos nuestro parecer mas adelante.

La DURACION de esta enfermedad varia muchísimo segun su intensidad. Puede durar pocos dias en algunos niños débilmente sometidos á las causas productrices, ó cuando estas se han removido pronto; y en circunstancias opuestas puede continuar el estado agudo durante dos ó tres semanas. Cuando despues de esta época no ha sobrevenido aun la muerte, puede pasar al estado crónico con la desaparicion de la mayor parte de los accidentes graves: entonces algunas veces, durante dos ó tres meses, se reproducen en la boca algunos granos de mal blanco, hasta que por fin se ha restablecido completamente la salud jeneral.

DIAGNÓSTICO. Este no presenta la menor dificultad cuando el mal se halla en los puntos accesibles á la vista. Cuando no se establece desde el principio la erupcion, se podrá prever la próxima aparicion de esta por la diarrea, por el eritema de las nalgas, y sobre todo por la rubicundez de la boca. Cuando hay síntomas gastro-intestinales, es imposible conocer si dependen de la existencia del mal blanco en el estómago é intestinos, ó de la simple inflamacion de estos órganos sin falsa membrana. Es aun mas difícil de diagnosticar la existencia del mal blanco en el esófago.

La enfermedad de que tratamos se ha llamado tambien *Afta infantil*, *Afta lactamen*, *Sauvages*, *Afta infantilis*, *Plenk*.

PRONÓSTICO. En la práctica particular, mayormente cuando son buenas las condiciones hijiénicas, el mal blanco casi siempre constituye una afeccion que no presenta gravedad; pero no es lo mismo en circunstancias opuestas, y así en los grandes hospitales es muy considerable la mortandad que ocasiona. Es evidente que además debe subordinarse el pronóstico á la intensidad del mal, á la multiplicidad de las lesiones primitivas ó secundarias que le pertenecen, á su época, y á las fuerzas del enfermo, etc.; no obstante este es un mal en el cual los pequeños enfermos pueden las mas de las veces curarse aun en un estado escesivamente grave. Los antiguos atribuian mucho valor para el pronóstico al color de la falsa membrana y de las evacuaciones alvinas; pero no tiene una

importancia efectiva sino va reunido con otros síntomas que pueden anunciar mas positivamente la terminacion funesta del mal, y que quedan indicados.

NATURALEZA. No hay duda que debe considerarse esta enfermedad como una inflamacion de la mucosa digestiva, que no puede sin embargo explicarse como una simple estomatitis, porque no solamente adquiere en la boca una forma especial, sino que casi siempre se estiende á otros órganos, ni tampoco como una enfermedad general *sui generis*. Las causas que la producen, entre las cuales desempeña el primer papel, como hemos dicho, el alimento que se dá al niño, y las condiciones fisiológicas propias al recién-nacido contribuyen mucho á probar la opinion que hemos emitido, y esplican el porqué es casi esclusivo este mal á las primeras semanas de la vida y aun á los primeros dias. En efecto, puesto de repente el recién-nacido en contacto con los agentes exteriores que deben contribuir á la conservacion de su vida, de los que se hallaba exento en el claustro materno, y obligado á poner en accion las dos funciones de la respiracion y de la digestion que se acaban de establecer, no es extraño que aquellos promuevan la inflamacion de los delicados órganos que las desempeñan. De esta manera creemos que, asi como la sola impresion de un aire idóneo produce á menudo la pneumonia en los recién-nacidos, con la misma facilidad puede ocasionar una flegmasia de la membrana mucosa del canal alimenticio la sola presencia del alimento, á cuyo estímulo no se hallaba acostumbrado; y es claro que cuanto mas se apartan las cualidades de este de las que la naturaleza ha procurado á la leche maternal en aquella época, tanta mayor será la facilidad con que puede producirla. Además en el recién-nacido está muy desarrollado el sistema capilar sanguíneo en los tejidos mucosos; pues de la misma manera que se observa en la piel una especie de congestion en los primeros dias, se encuentra tambien entonces en los tegumentos internos un estado de injecion permanente que mas adelante se consideraria como una congestion patológica; estado que se nota mas evidentemente en las mucosas que se hallan mas inmediatas á la piel, y cuya estructura es mas semejante á la de esta membrana. Esta es otra circunstancia muy predisponente al mal blanco, é indica

el porqué es mas frecuente esta exudacion en la parte superdiafragmática de la mucosa digestiva; pues que á causa de aquella congestion la inflamacion es mas intensa en ella que en el estómago é intestinos, y además contribuye tambien á ello la estructura de la membrana mucosa que en aquella parte tiene epitelium. Esta película á nuestro entender, tambien contribuye mucho á la produccion del mal blanco; pues que es probable que asi como se efectúa la esfoliacion fisiológica de la epidermis en los recién-nacidos, de la misma manera se produce tambien una esfoliacion análoga en el epitelium de las membranas mucosas, á cuya renovacion orgánica está destinada la congestion natural que entonces se observa en ellas, y que cesa luego que aquella se ha efectuado. Por consiguiente creemos que la flegmasia simple que constituye el mal blanco no es mas que la exajeracion de aquel acto normal por efecto de la influencia del alimento á cuyo contacto no estaba aun habituado el tubo digestivo. Este acto de regeneracion efectuado simultáneamente en la piel y en las membranas mucosas, esplica perfectamente la frecuencia de los eritemas durante el curso del mal blanco.

Por otra parte, debe admitirse que esta disposicion de segregar un producto sólido se halla en relacion, como lo ha manifestado M. Gendrin, con la plasticidad muy considerable que presentan todos los flúidos en la primera infancia, durante la cual circula una sangre rica en principios organizables. Como esta circunstancia es tambien propia á los adultos cuyas fuerzas se hallan agotadas por haber padecido una enfermedad crónica, ella puede explicar la identidad del mal blanco de los adultos caquéticos con el de los recién-nacidos, aunque no se hallen en aquellos las demás causas que tanto contribuyen á su mayor frecuencia en estos.

TRATAMIENTO. En vista de lo que tenemos dicho, es claro que el mejor medio para prevenir y aun para curar la enfermedad que nos ocupa, consiste en hacer que el niño mame la leche de su madre, y si esto no es posible la de una buena nodriza que haya parido recientemente, con tal que pueda aquel cojer el pezón: cuando esto no es posible debe suspenderse el amamantamiento natural, teniendo cuidado de volverlo á emplear luego que ha cesado esta imposibilidad; y

entre tanto no debe permitirse la dieta absoluta sino cuando es imposible la deglucion ó el niño vomita inmediatamente todo lo que se le da; pues basta reflexionar en la necesidad urgente de reparacion que tienen los recién-nacidos y por lo mismo en lo mucho que conviene habituar su estómago á la digestion de la leche, para comprender los inconvenientes de aquella dieta que, si se prolongaba mas de uno ó dos dias seria mas funesta que la misma enfermedad. Para aquel caso el alimento que es preferible es la leche de la madre ó de una nodriza dándola al niño luego de habérsela estraído del pecho, y cuando esto no es posible la de vaca pura ó mezclada con un cocimiento mucilajinoso, á lo cual puede añadirse un poco de agua de flores de naranjo que contribuye á que el estómago la soporte bien. Por desgracia en muchos hospitales y en otros casos es indispensable usar la lactancia artificial, y entonces debe esta proporcionarse con las mejores condiciones posibles; M. Trousseau aconseja la leche con la adición de una cierta cantidad de sacarato de cal. A mas de lo dicho deben removerse todas las causas que puedan contribuir á producir ó á sostener el mal blanco ó algunos de los accidentes que lo acompañan; así se debe hacer que los enfermos respiren un aire puro, que estén muy limpios, etc., y además será útil el envolverlos con algodón, como lo aconseja M. Trousseau, para prevenir el enfriamiento tan fácil en los recién-nacidos, é impedir la frotacion que favorece la ulceracion de los talones y maléolos.

Con respecto al tratamiento médico, este se limita á los remedios tópicos, que bastan cuando el mal es poco grave y no pasa de la boca: en cuya cavidad, mientras no aparece la falsa membrana, se introduce con un pincelito de hilas ó con una jeringa pequeña una decoccion mucilajinosa concentrada, tal como la de malvavisco, semillas de lino, pepitas de membrillo, etc., sola ó mezclada con leche, sin añadir en ella azúcar, jarabe de moras, ni astringente alguno porque estas sustancias aumentan la sequedad de la mucosa. Cuando se han formado ya las concreciones pseudo-membranosas, algunos médicos han aconsejado el arrancarlas á medida que se van formando con un lienzo mojado; pero esta práctica, segun Valleix, hace que la lengua se inflame mas y que aquellas se

reproduzcan mas pronto; sin embargo cuando son muy abundantes é incomodan mucho al pequeño enfermo deben humedecerse á menudo con suavidad hasta que se despegan por sí solas ó con el auxilio de una lijera traccion que no es perjudicial. En este período son útiles los tópicos cuyo efecto es sustituir á la inflamacion membranosa una inflamacion franca que debe obrar como astringente, para lo cual se aconsejan los colutorios ó gargarismos con el borraç, el sulfato de zinc, ó el cloruro de sosa, con la miel acidulada con el zumo de limon, de grosellas, de granada ó con el vinagre, etc.; con los cuales se tocan á menudo los puntos cubiertos de mal blanco, muchas veces al dia, por medio de un pincelito de hilas; contacto que es aun mas útil cuando obra inmediatamente sobre la mucosa poco tiempo despues de haber caído la falsa membrana que la cubría. Cuando no bastan estos tópicos para privar la reaparicion de las falsas membranas, y no cortan los progresos de las úlceras bastante frecuentes de la bóveda del paladar, no debemos titubear en cauterizar las superficies enfermas, como se hace en la difterítide, con el ácido hidroclórico puro ó mezclado con miel, ó con una solucion concentrada del nitrato de plata. M. Bretonneau alaba las insuflaciones de una mezcla de azúcar y de calomelanos en polvo, y M. Baron usa de la misma manera los polvos de alumbre.

Quando los síntomas jenerales y locales indican que hay una inflamacion muy intensa de la boca ó de la garganta, se pueden aplicar una ó dos sanguijuelas debajo de las mandíbulas ó en las partes laterales del cuello; pero raras veces esto es necesario; y se han de aplicar al ano ó sobre el abdómen cuando hay síntomas gastro-intestinales muy manifiestos; pero por lo comun bastan en estos casos las cataplasmas ó fomentos emolientes encima del abdómen, y las pequeñas lavativas mucilajinosas ó con agua albuminosa. Cuando hay mucha diarrea puede añadirse á la lavativa una ó dos gotas de láudano; pero este medio requiere mucha prudencia. M. Richard de Nancy cree que algunas veces debe favorecerse la diarrea, mayormente en el principio, y con este objeto aconseja mezclar un poco de maná en la leche, ó bien una pocion de agua de tilo que contenga maná y jarabe de ipecacuana, y una ti-

sana de centeno edulcorada con jarabe de achicorias. Cuando la diarrea es demasiado abundante, este práctico aconseja el jarabe de goma puro como el mejor medio para calmarla. Sobre el eritema deben hacerse fricciones con el cerato opiado; sobre las úlceras lociones con el agua blanca ó con cocimientos aromáticos ó tónicos, y las escaras se han de polvorear con quina, etc. Las curaciones de las úlceras deberán ser conformes al aspecto que estas presenten. En el último período de la enfermedad favorece el establecimiento de la convalecencia y la curación definitiva el uso de algunos tónicos dados al interior y sobre todo esteriormente, tales como las lociones, los fomentos ó los baños de vino caliente.

ARTÍCULO III.

DE LAS ENFERMEDADES GASTRO-INTESTINALES.

Son pocas las enfermedades del estómago y de los intestinos que reclaman una descripción especial en la infancia; pues que las hemorragias, las neuroses y los cánceres son en ella bastante raros para que nos detengamos en describirlas estensamente.

§ PRIMERO.

De la inflamación gastro-intestinal.

La gastro-enteritis, mientras constituye una sola afección aislada, es mucho mas rara de lo que han creído los que en estos últimos tiempos han estudiado esta enfermedad bajo las ideas de la medicina fisiológica. Debe admitirse sin duda que, como estado morbozo lijero ó mas bien como elemento, entra en la constitucion de muchas afecciones compuestas; y conocemos que en las diacrisis gastro-intestinales algunos médicos subordinan todos los fenómenos patológicos á un estado de sub-inflamación de la mucosa digestiva. Esta opinion se diferencia no obstante de la nuestra, porque atribuye al elemento inflamatorio de estas afecciones un predominio que creemos pertenece al secretorio. La gastro-enteritis se pre-

senta aun con frecuencia en ciertos estados morbosos muy complexos, tales como las calenturas exantemáticas internas y esternas. En esta clase de enfermedades, á la cual pertenecen el serampion, la escarlatina, las viruelas y la calentura tifoidea, la gastro-enteritis es análoga á la inflamación de las mucosas del ojo, de la nariz, de la boca, de la garganta y de los bronquios que acompaña á estas enfermedades. Es simplemente eritematosa en el serampion y escarlatina, y se disipa por lo comun poco despues de que ha aparecido la erupcion: en las viruelas puede ser tambien eritematosa é igualmente permanece á menudo en este grado en la calentura tifoidea. Sin embargo en todas estas enfermedades esta flegmasia puede tener otras formas mas graves que constituyen una verdadera complicacion; así es que es inflamatoria la naturaleza de ciertas diarreas dependientes del serampion; en la escarlatina se fija tambien algunas veces la inflamación en los intestinos, ocasionando en ellos una alteracion muy notable de las manchas de Peyer; en las viruelas pueden formarse pústulas en diferentes puntos de la mucosa digestiva ó bien encontrarse en esta diferentes lesiones inflamatorias que indican que la flogosis pasa de eritematosa; y por fin en la calentura tifoidea, aunque es raro, no es imposible de hallar señales en aquella de una verdadera inflamación, á mas de las que son propias de la lesion de dichas manchas.

Hay además otra enfermedad especial y casi esclusiva á la infancia, en la cual existe la gastro-enteritis á título de elemento y no como un estado morbozo único: hablamos del mal blanco cuya descripción acabamos de hacer; y al cual, segun nos parece, se refiere casi exclusivamente la gastro-enteritis de los recién-nacidos. En efecto, así lo prueban las investigaciones de Valleix y el análisis de las observaciones descritas por Billard, si se exceptúa la gastritis folicular que describe este autor y de qué hablaremos luego; resultado que puede deducirse tambien directamente de los hechos que hemos podido observar personalmente; de manera que ellos nos inducen á establecer que la inflamación gastro-intestinal en los recién-nacidos se refiere casi constantemente al mal blanco ó á las diacrisis, y que en los niños de uno á quince años la gastro-enteritis, las gastritis y la enteritis, raras veces constitu-

sana de centeno edulcorada con jarabe de achicorias. Cuando la diarrea es demasiado abundante, este práctico aconseja el jarabe de goma puro como el mejor medio para calmarla. Sobre el eritema deben hacerse fricciones con el cerato opiado; sobre las úlceras lociones con el agua blanca ó con cocimientos aromáticos ó tónicos, y las escaras se han de polvorear con quina, etc. Las curaciones de las úlceras deberán ser conformes al aspecto que estas presenten. En el último período de la enfermedad favorece el establecimiento de la convalecencia y la curación definitiva el uso de algunos tónicos dados al interior y sobre todo esteriormente, tales como las lociones, los fomentos ó los baños de vino caliente.

ARTÍCULO III.

DE LAS ENFERMEDADES GASTRO-INTESTINALES.

Son pocas las enfermedades del estómago y de los intestinos que reclaman una descripción especial en la infancia; pues que las hemorragias, las neuroses y los cánceres son en ella bastante raros para que nos detengamos en describirlas estensamente.

§ PRIMERO.

De la inflamación gastro-intestinal.

La gastro-enteritis, mientras constituye una sola afección aislada, es mucho mas rara de lo que han creído los que en estos últimos tiempos han estudiado esta enfermedad bajo las ideas de la medicina fisiológica. Debe admitirse sin duda que, como estado morbozo lijero ó mas bien como elemento, entra en la constitucion de muchas afecciones compuestas; y conocemos que en las diacrisis gastro-intestinales algunos médicos subordinan todos los fenómenos patológicos á un estado de sub-inflamación de la mucosa digestiva. Esta opinion se diferencia no obstante de la nuestra, porque atribuye al elemento inflamatorio de estas afecciones un predominio que creemos pertenece al secretorio. La gastro-enteritis se pre-

senta aun con frecuencia en ciertos estados morbosos muy complexos, tales como las calenturas exantemáticas internas y esternas. En esta clase de enfermedades, á la cual pertenecen el serampion, la escarlatina, las viruelas y la calentura tifoidea, la gastro-enteritis es análoga á la inflamación de las mucosas del ojo, de la nariz, de la boca, de la garganta y de los bronquios que acompaña á estas enfermedades. Es simplemente eritematosa en el serampion y escarlatina, y se disipa por lo comun poco despues de que ha aparecido la erupcion: en las viruelas puede ser tambien eritematosa é igualmente permanece á menudo en este grado en la calentura tifoidea. Sin embargo en todas estas enfermedades esta flegmasia puede tener otras formas mas graves que constituyen una verdadera complicación; así es que es inflamatoria la naturaleza de ciertas diarreas dependientes del serampion; en la escarlatina se fija tambien algunas veces la inflamación en los intestinos, ocasionando en ellos una alteración muy notable de las manchas de Peyer; en las viruelas pueden formarse pústulas en diferentes puntos de la mucosa digestiva ó bien encontrarse en esta diferentes lesiones inflamatorias que indican que la flogosis pasa de eritematosa; y por fin en la calentura tifoidea, aunque es raro, no es imposible de hallar señales en aquella de una verdadera inflamación, á mas de las que son propias de la lesión de dichas manchas.

Hay además otra enfermedad especial y casi esclusiva á la infancia, en la cual existe la gastro-enteritis á título de elemento y no como un estado morbozo único: hablamos del mal blanco cuya descripción acabamos de hacer; y al cual, segun nos parece, se refiere casi esclusivamente la gastro-enteritis de los recién-nacidos. En efecto, así lo prueban las investigaciones de Valleix y el análisis de las observaciones descritas por Billard, si se exceptúa la gastritis folicular que describe este autor y de qué hablaremos luego; resultado que puede deducirse tambien directamente de los hechos que hemos podido observar personalmente; de manera que ellos nos inducen á establecer que la inflamación gastro-intestinal en los recién-nacidos se refiere casi constantemente al mal blanco ó á las diacrisis, y que en los niños de uno á quince años la gastro-enteritis, las gastritis y la enteritis, raras veces constitu-

yen estados morbosos esenciales y completos, es decir, sometidos en su manifestacion, marcha, duracion, terminacion y terapéutica á las mismas leyes que presiden á otras enfermedades esencialmente inflamatorias; y sostenemos que, por lo menos, esto es tan raro en los niños como en los adultos. Es pues rara la gastro-enteritis idiopática ó sea sola ó aislada; y son muchos los casos que se han referido á ella, y que sin embargo verdaderamente no constituyen mas que inflamaciones sintomáticas de otras enfermedades, ó esas afecciones de formas diversas que llamaremos diacrisis gastro-intestinales.

En vista de esto nos limitaremos á describir los síntomas de las inflamaciones gastro-intestinales que se presentan en los niños ya sean idiopáticas, ya sintomáticas, despues de haber descrito la gastritis folicular, que es la única forma que pertenece exclusivamente á la infancia.

GASTRITIS FOLICULAR. Billard la describió de una manera un poco confusa, porque no quiso separar dos estados morbosos que solo tienen de comun el sitio, y que raras veces parecen constituir dos grados diferentes de la misma enfermedad: son el desarrollo simple de los folículos mucosos del estómago, y su ulceracion evidentemente inflamatoria. Entre estos dos estados patológicos hay dos diferencias esenciales: la 1.^a es que la turjescencia simple de los folículos gástricos coincide regularmente con la de los intestinales; al paso que las úlceras foliculares del estómago no suelen hallarse al mismo tiempo en los intestinos; la 2.^a consiste en la época de la infancia en qué se manifiestan estos dos estados morbosos; pues la gastritis folicular pertenece á los niños que han nacido *muy recientemente*, al paso que la turjescencia de las criptas gastro-intestinales se manifiesta mas tarde, y sobre todo empezando en la época de la primera denticion. Esta segunda lesion pertenece completamente á las diacrisis.

Las observaciones de Billard, de Ollivier d' Angers y las del autor establecen positivamente que la gastritis foliculosa se desarrolla las mas de las veces antes del nacimiento, en los últimos dias de la vida intra-uterina: se encuentra casi exclusivamente en los niños que sucumben del 1.^o al 12.^o dia de su vida, y sus caracteres anatómicos indican que la enfermedad es mas antigua que la edad del enfermo. En efecto, se hallan

destruidos mas ó menos folículos por úlceras redondeadas, algunas veces muy regulares y como hechas con un sacabocado, del diámetro de media línea á una y media ó dos líneas; su fondo regularmente tiene un hermoso color amarillo, y sus bordes, un poco hinchados, son de un color vivo de carmin, que resalta con la palidez de la mucosa inmediata. Estas soluciones de continuidad interesan la túnica interna del estómago en todo su espesor, pero no pasan de la capa celular sub-mucosa; afectan esclusivamente los folículos, pues que, cuando todavía se hallan poco adelantadas, en su fondo se encuentran estos folículos todavía no destruidos, y una presion moderada hace salir de ellos una gotita de moco mas ó menos alterado: por fin la coincidencia de un gran número de folículos simplemente hinchados, pálidos ó rojos, suministra un nuevo indicio acerca el sitio de aquellas úlceras. En la mayor parte de estas es bien evidente una inflamacion viva, y bastante á menudo han ocasionado una exudacion sanguínea que se manifiesta, ora por copos espesos de un color de hollin, ora por estrias de sangre encarnada. Mas á menudo el estómago contiene una cierta cantidad de mucosidades filamentosas. El estado de la mucosa que se halla entre las úlceras es variable: á menudo está pálida y sana, y otras veces está roja é inflamada. Todos estos caracteres, los progresos de las úlceras y su número, prueban que datan de muchos dias, y que han principiado antes del nacimiento; lo que es sobre todo evidente en los niños que no han vivido sino dos ó tres dias.

La causa de esta enfermedad es completamente desconocida.

Son tambien muy oscuros nuestros conocimientos acerca el diagnóstico y el tratamiento de esta afeccion, que todavía no ha salido del dominio de la anatomía patológica, si así puede decirse. Muchos de los niños en quienes se encuentra, presentan otras enfermedades graves, como la pneumonia, el mal blanco ó afecciones cerebrales; de lo que resulta que muchos síntomas jenerales pueden depender igualmente de estas diferentes afecciones: en cuanto á los síntomas locales en jeneral son los mismos que en cualquiera otra especie de gastritis. Billard admite que los vómitos de materias morenas

ó sanguinolentas que resultan de una hemorragia capilar suministrada por las úlceras, es un señal de mucho valor, pero que á menudo falta. Se puede conseguir mas fácilmente el establecimiento del diagnóstico por eliminacion, haciéndose cargo de qué no existe el mal blanco ni otra enfermedad que pueda ocasionar los síntomas que se manifiestan.

El pronóstico es tanto mas grave cuanto mas pequeño es el niño, cuanto mas manifiestos son el enflaquecimiento y la debilidad, y cuanto mas abundantes son los vómitos sanguinolentos; porque la hemorragia puede por si sola ocasionar la muerte.

Su terapéutica está poco adelantada, y se puede comprender, como se ha dicho, en la de la gastritis en jeneral.

SÍNTOMAS DE LA INFLAMACION GASTRO-INTESTINAL CONSIDERADA EN JENERAL. El estudio de estos síntomas presenta en los niños serias dificultades, mayormente por lo que respecta á su valor diagnóstico que es muy variable y á menudo equívoco, ya porque la mayor parte acompañan á otras enfermedades gastro-intestinales en las cuales casi es estraña la inflamacion, ya porque en los niños esta va acompañada mas fácilmente de una reunion de fenómenos jenerales, y mayormente de accidentes nerviosos, que pueden hacer creer la existencia de una fiebre tifoidea ó de una lesion encefálica. A pesar de ello nos esforzaremos, con un objeto puramente práctico, á indicar los señales por medio de los cuales puede conocerse que existe una gastro-enteritis en un grado que exija una medicacion activa, ora como enfermedad idiopática, ora como elemento de otra afeccion que ha pasado al estado de epifenómeno y de complicacion.

Hasta una época bastante adelantada de la infancia las respuestas del enfermo casi no suministran indicio alguno positivo acerca el sitio, la naturaleza y la intensidad del dolor; y solo se sospecha su presencia por los actos instintivos á que da lugar. Cuando es muy fuerte y se presenta en forma de cólicos, se observa que los niños lloran á ratos, y al mismo tiempo contraen con violencia los músculos del abdómen y doblan los muslos sobre el vientre. Para apreciar mejor la existencia y la naturaleza del dolor es preciso explorar el abdómen por medio de la presion con la mano; teniendo sin em-

bargo presente que ella sola puede hacer que floren los niños indóciles, aunque no les ocasione dolor; y asi es necesario probar si gritan tambien cuando se les toca alguna otra parte, pues en tal caso puede deducirse de esto que su llanto no es efecto de dolor sino de una irritabilidad ó indocilidad. Asi pues es preciso distraer el niño de manera que se le pueda tocar el abdómen en estado de calma, sin que el lo perciba, y entonces, por medio de una suave presion, puede apreciarse el estado de tension del vientre y al mismo tiempo el dolor; pues si este se ocasiona, no dejará de manifestarlo una espresion de la fisonomía que indica que el niño padece, ó los gritos y movimientos de este: debe procurarse que la mano que sirve para la exploracion tenga una temperatura moderada, pues si estaba fria esto solo incomodaria al niño. Con la presion efectuada de este mismo modo debe apreciarse el *meteorismo* y el *calor* del abdómen. Este siempre se halla aumentado; si bien cuando hay calentura lo está tambien en todo el cuerpo, pero se puede conocer no obstante que en el abdómen es mas manifiesto este aumento de calor: el *meteorismo* se conoce fácilmente con el tacto y la percusion. Para apreciar estos fenómenos importa menos que el niño se halle en estado de calma ó de agitacion, pues no puede simularlos.

Los *vómitos* y la *diarrea* por si solos no indican una gastro-enteritis; pero si son intensos y van acompañados de los síntomas que acabamos de espresar y de los demás que son propios de ella, merecen mucha atencion. Cuando la inflamacion del estómago es muy fuerte, este órgano no soporta ni aun las bebidas y las arroja; si él solo está inflamado, puede faltar la diarrea; y al contrario si solamente están inflamados los intestinos, faltan mas fácilmente los vómitos. En cuanto á la naturaleza de los vómitos y de las materias fecales es muy variable, y no suministra datos absolutos. Sin embargo las evacuaciones alvinas verdes y análogas á la achicoria picada indican regularmente una inflamacion. La *anorexia*, la *sed viva*, la *rubicundez* y la *sequedad de la lengua*, aunque no anuncian la gastro-enteritis siempre que se observan, nos parecen indispensables para afirmar la existencia de una verdadera gastritis y aun enteritis, pues dudaremos siempre de ella cuando faltan. Por fin, esta inflamacion, á menos de que sea

muy lijera, va acompañada de fenómenos jenerales febriles. La facilidad con que se desarrolla la calentura en los niños siempre que hay un estado morbozo de naturaleza propia para aumentar la irritabilidad jeneral, hace que la calentura sea regularmente muy manifiesta luego que les afecta una gastro-enteritis. Billard pretendia que en los niños muy pequeños faltan estos síntomas pirécicos, lo que no es cierto; pues solamente debe admitirse que en ellos el aparato febril es mas á menudo incompleto y dura menos, porque caen pronto en un estado de colapso en todas las enfermedades inflamatorias agudas: así el pulso regularmente es frecuente y desarrollado, y la piel seca y caliente; pero si la inflamacion es muy intensa, el pulso se vuelve pequeño, concentrado y abdominal, y la piel se enfria en las estremidades al paso que permanece ardiente en el abdómen. Además, como en la gastro-enteritis es doloroso el descenso del diafragma y se hace por lo mismo incompleto, se aumenta en ella la frecuencia de la respiracion; algunas veces hay tambien tos; pero los resultados negativos de la percusion y de la auscultacion hacen conocer que estos síntomas son puramente simpáticos. Por fin los accidentes nerviosos, que á menudo se manifiestan en los niños, pueden ofuscar el diagnóstico: mas adelante indicaremos los medios propios para conocer el origen de ellos.

Ninguno de los síntomas que acabamos de nombrar tiene un valor absoluto para hacer conocer la gastro-enteritis; y solo puede establecerse su diagnóstico por medio de la reunion de ellos, de su intensidad, de su sitio mas ó menos fijo, y por la eliminacion de los demás estados morbosos capaces de simular la inflamacion bajo algunos puntos de vista.

Billard, por haber confundido una multitud de estados patológicos distintos, ha considerado como muy grave en los niños de teta el pronóstico de la gastro-enteritis. En estado simple esta enfermedad en toda la infancia es las mas de las veces de una mediana intensidad, y se cura fácilmente; pero cuando coincide con otras afecciones, la gravedad de la gastro-enteritis depende de estas.

La medicacion que exige esta enfermedad no es diferente de la que conviene en una edad mas adelantada; debe ser antilijística y mas ó menos activa segun los casos. Bastante á

menudo nos debemos limitar á una medicacion expectante, es decir, á la atenuacion del régimen, al uso de bebidas y de lavativas emolientes, y á la aplicacion de tópicos emolientes sobre el abdómen. Otras veces es necesario recurrir á la dieta absoluta, á las emisiones sanguíneas, las mas de las veces locales, y aun se debe emplear á veces, á mas de los emolientes internos y esternos, algun antiespasmódico y aun narcótico para calmar los vómitos y la diarrea. En algunos casos de gastro-enteritis sintomática, aunque esta tenga alguna intensidad, importa á menudo dirigir el tratamiento primeramente contra el estado morbozo que causa la flógosis.

§ II.

De las diacrisis gastro-intestinales.

Teniendo presentes las nociones que suministra la fisiología acerca los diferentes productos de secrecion que sirven para la digestión, es fácil de prever que sus alteraciones deben ocasionar muchas enfermedades. No solamente pueden hallarse modificados en su cantidad y en sus cualidades el moco, el jugo gastro-intestinal, la bilis y el líquido pancreático, sino que pueden tambien atribuirse á una modificacion morboza de las secreciones gastro-intestinales las pneumatoses y las enfermedades verminosas. Insiguiendo á M. Gendrin llamaremos *diacrisis*, á estas afecciones, las cuales se diferencian entre sí segun el flúido gastro-intestinal que las constituye; pero se asemejan todas por su elemento constante que es una lesion de secrecion. Describiremos sucesivamente la *diacrisis mucosa* ó *folicular*, la *acescente* ó *aceda*, la *serosa*, la *ventosa* y la *verminosa*: de la biliosa hablaremos entre las enfermedades del hígado. El autor citado refiere las dos primeras especies á un mismo jénero que llama de las *diacrisis hypercriticas*, es decir, en las cuales los productos morbosos se hacen mas abundantes y mas coagulables, ó por lo menos contienen en mayor proporcion los elementos constituyentes á que deben su carácter especial.

muy lijera, va acompañada de fenómenos jenerales febriles. La facilidad con que se desarrolla la calentura en los niños siempre que hay un estado morbozo de naturaleza propia para aumentar la irritabilidad jeneral, hace que la calentura sea regularmente muy manifiesta luego que les afecta una gastro-enteritis. Billard pretendia que en los niños muy pequeños faltan estos síntomas pirécicos, lo que no es cierto; pues solamente debe admitirse que en ellos el aparato febril es mas á menudo incompleto y dura menos, porque caen pronto en un estado de colapso en todas las enfermedades inflamatorias agudas: así el pulso regularmente es frecuente y desarrollado, y la piel seca y caliente; pero si la inflamacion es muy intensa, el pulso se vuelve pequeño, concentrado y abdominal, y la piel se enfria en las estremidades al paso que permanece ardiente en el abdómen. Además, como en la gastro-enteritis es doloroso el descenso del diafragma y se hace por lo mismo incompleto, se aumenta en ella la frecuencia de la respiracion; algunas veces hay tambien tos; pero los resultados negativos de la percusion y de la auscultacion hacen conocer que estos síntomas son puramente simpáticos. Por fin los accidentes nerviosos, que á menudo se manifiestan en los niños, pueden ofuscar el diagnóstico: mas adelante indicaremos los medios propios para conocer el origen de ellos.

Ninguno de los síntomas que acabamos de nombrar tiene un valor absoluto para hacer conocer la gastro-enteritis; y solo puede establecerse su diagnóstico por medio de la reunion de ellos, de su intensidad, de su sitio mas ó menos fijo, y por la eliminacion de los demás estados morbosos capaces de simular la inflamacion bajo algunos puntos de vista.

Billard, por haber confundido una multitud de estados patológicos distintos, ha considerado como muy grave en los niños de teta el pronóstico de la gastro-enteritis. En estado simple esta enfermedad en toda la infancia es las mas de las veces de una mediana intensidad, y se cura fácilmente; pero cuando coincide con otras afecciones, la gravedad de la gastro-enteritis depende de estas.

La medicacion que exige esta enfermedad no es diferente de la que conviene en una edad mas adelantada; debe ser antilijística y mas ó menos activa segun los casos. Bastante á

menudo nos debemos limitar á una medicacion espectante, es decir, á la atenuacion del régimen, al uso de bebidas y de lavativas emolientes, y á la aplicacion de tópicos emolientes sobre el abdómen. Otras veces es necesario recurrir á la dieta absoluta, á las emisiones sanguíneas, las mas de las veces locales, y aun se debe emplear á veces, á mas de los emolientes internos y esternos, algun antiespasmódico y aun narcótico para calmar los vómitos y la diarrea. En algunos casos de gastro-enteritis sintomática, aunque esta tenga alguna intensidad, importa á menudo dirigir el tratamiento primeramente contra el estado morbozo que causa la flógosis.

§ II.

De las diacrisis gastro-intestinales.

Teniendo presentes las nociones que suministra la fisiología acerca los diferentes productos de secrecion que sirven para la digestión, es fácil de prever que sus alteraciones deben ocasionar muchas enfermedades. No solamente pueden hallarse modificados en su cantidad y en sus cualidades el moco, el jugo gastro-intestinal, la bilis y el líquido pancreático, sino que pueden tambien atribuirse á una modificacion morboza de las secreciones gastro-intestinales las pneumatoses y las enfermedades verminosas. Insiguiendo á M. Gendrin llamaremos *diacrisis*, á estas afecciones, las cuales se diferencian entre sí segun el flúido gastro-intestinal que las constituye; pero se asemejan todas por su elemento constante que es una lesion de secrecion. Describiremos sucesivamente la *diacrisis mucosa* ó *folicular*, la *acescente* ó *aceda*, la *serosa*, la *ventosa* y la *verminosa*: de la biliosa hablaremos entre las enfermedades del hígado. El autor citado refiere las dos primeras especies á un mismo jénero que llama de las *diacrisis hypercriticas*, es decir, en las cuales los productos morbosos se hacen mas abundantes y mas coagulables, ó por lo menos contienen en mayor proporcion los elementos constituyentes á que deben su carácter especial.

Diacrisis mucosa ó folicular.

Esta enfermedad es frecuente en la infancia. Estudiada en general es poco diferente en esta edad y en las demás épocas de la vida ; pero en el estudio de sus numerosas formas y variedades se conoce pronto que presenta en los niños particularidades muy notables, que en resúmen pueden reducirse á las siguientes: 1.^a en su estado simple ó apirético las mas de las veces tienen su sitio limitado á los intestinos ; 2.^a tanto si van ó no acompañadas de calentura, presentan casi siempre una forma esencialmente mucosa, y la biliosa es infinitamente mas rara que en el adulto ; 3.^a la enfermedad se halla mucho mas á menudo agravada por complicaciones de diferente naturaleza, mayormente cuando se halla bajo la forma febril.

La naturaleza de este estado patológico es muy complexa. La lesión elemental, esencial y constante es la diacrisis de las criptas mucipares gastro-intestinales, es decir, un desarreglo de la acción de estas criptas, del cual resulta que en la cavidad digestiva hay un moco demasiado abundante y alterado, que por lo mismo es impropio para desempeñar la digestión. El mal ataca pues especialmente los órganos mucipares, pero afecta también en un cierto grado las glándulas anexas del aparato gastro-intestinal, á causa de la sinerjía que existe constantemente entre todos los órganos secretorios cuyos productos contribuyen al cumplimiento de las funciones digestivas. La condición que preside á la diacrisis es el orgasmo patológico de los órganos secretorios, el cual supone, como el que preside á la secreción fisiológica: 1.^o la superactividad circulatoria de las ramificaciones capilares sanguíneas que suministran los materiales de la secreción ; 2.^o la exaltación de la acción nerviosa indispensable para el cumplimiento de esta función. Por consiguiente la turjescencia del aparato mucipar y glandular gastro-intestinal forma, como el fondo de la enfermedad al cual se injiere, si así puede decirse, un grado anormal de actividad circulatoria y nerviosa en los órganos afectos. El desarreglo de las funciones digestivas constituye el fenómeno dominante de la enfermedad ; pudiera conservárse-

le el nombre de *dispepsia* que emplearemos también aunque preferimos el de diacrisis folicular, porque marca mejor el sitio del mal.

En la página 80 hemos indicado las circunstancias que predisponen á los niños á la turjescencia de las criptas mucipares del aparato digestivo ; pero entonces hemos examinado esta turjescencia sobre todo por sus relaciones con la inflamación, y hemos hecho ver que, en las afecciones catarrales, constituye un elemento por lo menos tan importante como la flogosis. Hemos manifestado como se explica esta turjescencia por la actividad de la digestión en el estado normal, y por la energía que tienen los órganos digestivos en la primera edad. Estas condiciones suponen otras que son la actividad de la circulación capilar y la irritabilidad mas considerable de la mucosa digestiva. Por consiguiente entre estas condiciones y las que constituyen la diacrisis folicular no hay mas que un grado, por decirlo así, insensible ; y de esta manera se explican la predisposición de los niños á esta enfermedad, la gravedad de sus síntomas, y la frecuencia de las complicaciones.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Son frecuentes las ocasiones de inspeccionar las lesiones anatómicas propias de esta enfermedad en los niños, porque á menudo ocasiona su muerte, ya por sí misma, ya á causa de su complicación con afecciones graves, lo que es mas frecuente. En otros casos muy numerosos la dispepsia y las lesiones de los órganos que dependen de ella son una consecuencia casi insignificante en patología ora de la mayor parte de las enfermedades agudas de los niños, ora del tratamiento empleado ; pues basta para hacerla desaparecer la curación de la enfermedad principal, ó la suspensión de aquel tratamiento.

El primero y el mas importante de los caracteres anatómicos, porque debe mirarse como constante, consiste en la lesión de las criptas mucipares ; la cual varia segun el grado en qué se halla, y segun el lugar que ocupa. Los folículos gastro-intestinales son poco aparentes en el estado normal, y tal vez es sin razon que se establece lo contrario en los tratados clásicos de anatomía. Casi nunca los hemos encontrado desarrollados en el cadáver, sin que se pudiese establecer que, durante la vida, se habian notado causas espontáneas (el esta-

do patológico) ó artificiales (la medicacion empleada) propias para ocasionarlo. Este estado es pues patológico y debido á la tumefaccion de las criptas mucipares aisladas ó hacinadas. Las primeras se manifiestan entonces bajo la forma de granos lenticulares continuados en la membrana mucosa, regularmente mas ó menos salientes en su superficie, y que algunas veces no pasan de su nivel, y parecen situados debajo de ella; su color es blanco sucio ó rosado, algunas veces amarillento; tienen media ó una línea de diámetro; su orificio escretorio á menudo es muy manifesto y forma en su parte media un punto parduzco ó negruzco, y en muchos casos en que á primera vista no se vé este orificio, se descubre apretando la parte moderadamente, lo que hace asomar una gotita de moco, que no deja duda alguna acerca el sitio del mal. Las criptas de segunda especie, ó sea las manchas llamadas de Peyer, presentan alteraciones semejantes: están hinchadas, se elevan sobre el nivel de la mucosa; su color es pálido ó rosado, pero no es fácil de ver siempre á simple vista sus orificios escretorios; su forma prolongada, oval, y algunas veces redonda, mas ó menos circunscrita, como tambien su situacion casi esclusiva en el ileon, mayormente cerca de su terminacion en el ciego, son circunstancias bien conocidas acerca las cuales es inútil insistir.

Tal es el aspecto mas comun que presentan las criptas gastro-intestinales; pero, en los niños, se encuentran á menudo en un estado diferente, mayormente en los intestinos gruesos; estado que consiste en la prolongacion del orificio por el cual el folículo derrama el moco al intestino, y que puede adquirir hasta mas de media línea de diámetro. Este orificio dilatado de esta manera, que á primera vista pudiera tomarse por una úlcera, conduce á una pequeña cavidad que no es otra cosa que el mismo saco folicular, cuya situacion debajo de la mucosa en el tejido celular subyacente, es muy manifesta. El alrededor del orificio escretorio está formado por la mucosa muy adelgazada, y en el fondo del folículo se ve casi siempre una gotita de moco, ora trasparente, ora opaco. Esta especie de alteracion pertenece casi exclusivamente á la diarrea crónica.

Estas alteraciones no son de naturaleza inflamatoria, pero

en otros casos, quizás mas numerosos en los niños que en los adultos, aunque nos parecen aun en minoría, se encuentran en el cadáver señales flogísticas en la mucosa, los cuales, lo mas comunmente, consisten en simples rubicundeces poco extensas que ocupan, ora algunos de los folículos, ora la membrana mucosa en sus intervalos. Algunas veces la inyeccion sanguínea forma al rededor de los órganos mucipares estrias en forma de radios de un color rojo subido, cuya reunion representa una especie de auréola inflamatoria peri-folicular. El folículo que entonces parece haber obrado durante la vida como un centro de atraccion en la sangre de las ramificaciones capilares inmediatas, suele hallarse pálido y sin congestion sanguínea. Estas rubicundeces hiperémicas indican la tendencia del estado diacrítico á trasformarse en flogístico, ó mas bien á complicarse con este: entonces hay un verdadero catarro, y los señales que deja en el cadáver se presentan bajo dos formas principales. O bien la inflamacion ocupa la membrana mucosa de una manera difusa y forma jaspes rojos, punteados ó estriados con una inyeccion roja ó violácea de los capilares de esta membrana ó del tejido celular subyacente, hallándose la mucosa que cubre estas partes hinchada y desprendiéndose facilmente con la uña como una pulpa rojiza; ó bien se hallan destruidos los folículos por una desorganizacion ulcerativa, que casi nunca se encuentra en el estómago ni en los intestinos delgados y es tambien muy rara en las manchas de Peyer, de manera que la ulceracion de estas manchas es un fenómeno casi esclusivo de la dotinentería. Hemos observado las úlceras catarrales las mas de las veces en el colon y en el recto: su forma queda indicada.

A mas de las lesiones de los folículos, de la alteracion del moco y de los caracteres flogísticos se encuentra á menudo en los cadáveres la hipertrofia de la túnica fibro-celular; las lombrices, que son muy frecuentes en los niños, y el reblandecimiento de la mucosa gastro-intestinal que es mas frecuente que en ninguna otra enfermedad, y puede ser en poco grado de modo que puede arrancarse con la uña en forma de pulpa, ó en un grado intenso hasta quedar convertida la mucosa en una capa jelatiniforme tan blanda que solo parece un moco estendido sobre las tunicas subyacentes: estas diferentes for-

mas de reblandecimiento nos han parecido casi siempre cada-
véricas. Cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo está
á menudo muy manifiesta la atrofia del tubo intestinal, sien-
do algunas veces estremado el adelgazamiento de las tunicas.
No se encuentra lesion alguna del hígado ni del bazo, ó á
lo menos son poco notables. Los ganglios linfáticos del mesen-
terio siempre están sanos cuando no está complicada la dia-
crisis folicular, lo que debe tenerse presente porque consti-
tuye una diferencia esencial de la dotinentería.

En cuanto al sitio de la enfermedad en los diferentes pun-
tos del tubo digestivo se nota algunas veces que ocupa no
solamente el estómago y los intestinos, sino tambien la mu-
cosa super-diafragmática; en los mas de estos casos, la enfer-
medad es grave en razon de su estension, se vuelve febril y
toma el nombre de *calentura mucosa*; pero aun con mayor
frecuencia, en los niños, se limita á los intestinos y corres-
ponde bastante bien entonces á lo que los autores describen
con el nombre de *empacho intestinal*, y comprende esas diar-
reas mucosas agudas ó crónicas que tan á menudo se observan
en la infancia y mayormente hasta á la edad de cuatro ó cin-
co años. Además de la mayor estension de las lesiones folicu-
lares en las calenturas mucosas que en las diacrisis apiréticas
en aquellas son frecuentes las lesiones inflamatorias que es-
plican en gran parte la intensidad de los síntomas.

ETIOLOGIA. Empieza á observarse con frecuencia cuando
comienza la denticion, y antes de ella es menos frecuente.
A mas de la actividad de las funciones del canal cibal hasta la
edad de tres ó cuatro años, hay muchas otras causas que pre-
disponen al niño á la diacrisis folicular; tales son el tempera-
mento linfático demasiado desarrollado y la constitucion dé-
bil; y así todas aquellas causas que contribuyen á estos dos
estados, de las cuales hemos hablado muchas veces, como las
habitaciones y estaciones húmedas, las enfermedades antecede-
ntes, etc., son otras tantas causas lejanas de esta enfermed-
dad, y aun pueden producirla por si solas en niños bien cons-
tituidos, cuando obran con enerjía. Entre todas estas la que
mas influye en la produccion de esta afeccion y de las demás
de las vias digestivas es un mal régimen alimenticio: así en la
primera infancia la escesiva abundancia y las malas cualida-

des de la leche; despues el acostumbrar á los niños, sin las
debidas precauciones, al uso de otros alimentos cuando se
acercá la época del destete, siendo los mas dañosos entre los
que suelen darse á los niños en esta época, las sustancias fe-
culentas á menudo mal cocidas ó sazonadas con una escesiva
cantidad de azúcar; y cuando ya no maman los desarreglos
tan frecuentes de este régimen con respecto á la cantidad y á
las cualidades de las sustancias ingeridas, tales como las car-
nes alteradas, las legumbres averiadas ó de una elaboracion
difícil y en realidad poco nutritivas, como son los alimentos
farináceos, y en algunos sujetos las almejas, los huevos de
sollo, los hongos, aunque no sean venenosos, etc., son otras
tantas causas no menos efectivas de las diacrisis gastro-intes-
tinales, y tal vez aun mas poderosas en los niños que en los
adultos.

Las conmociones morales y las pasiones que se han con-
siderado sumamente propias para ocasionar estas enfermeda-
des en su forma biliosa, rarisimas veces se encuentran en
los niños, y tambien es rara en ellos esta forma. Los escesos
de trabajo intelectual y la masturbacion obran mas comun-
mente en la segunda mitad de la infancia, y tienden siempre
á dar á la enfermedad la forma mucosa con calentura ó sin
ella. Los baños frios ó las bebidas frias en verano cuando se
está sudando, todas las enfermedades agudas particularmente
las que son febriles, y en los niños sobre todo las calenturas
exantemáticas, determinan fácilmente esta enfermedad. A
mas de las enfermedades agudas, la clorosis y la caquexia es-
crofulosa se complican á menudo con ella; y esta, mayormente
cuando es crónica, puede contribuir poderosamente al desa-
rrollo y á la agravacion de estas enfermedades caquéticas.

No insistiremos acerca la influencia de las estaciones y de
los climas: es sabido que contribuyen á ocasionar la forma
endémica y epidémica de las diacrisis mucosas, mayormente
de las febriles; pero acerca este particular nada debe notarse
que sea particular á la infancia.

SÍNTOMAS. Los síntomas de las diacrisis foliculares gastro-
intestinales se manifiestan en tan diferentes grados y bajo tan-
tas formas variadas que es imposible presentarlos en un solo
cuadro. Es por esto que describiremos sucesivamente las dia-

crises foliculares ó mucosas apiréticas, las calenturas mucosas, y los epifenómenos y complicaciones de esta enfermedad.

Sintomas de las diacrisis mucosas apiréticas. Son diferentes segun la diacrisis ocupe especialmente al estómago ó los intestinos, ó afecte á estos órganos á un mismo tiempo. Esta division corresponde á la que admiten los autores entre el *empacho gástrico*, el *intestinal* y el *gastro-intestinal*. La primera de estas tres formas es la que nos ha parecido menos frecuente en los niños: casi nunca la hemos observado antes de la edad de ocho ó diez años, y suelen hallarse en ellos los síntomas del gastro-intestinal ó aun con mayor frecuencia los del intestinal simple, es decir, una diarrea saburral producida por la diacrisis folicular del ileon y de los intestinos gruesos.

La intensidad de estos síntomas varía mucho. Entre los que resultan directamente de la diacrisis, hay algunos que son muy difíciles de conocer en los niños antes de la edad de ocho ó diez años, y son: una sensacion de plenitud ó de dolor sordo en el epigastrio y debajo las costillas falsas que se aumenta despues de haber comido ó bebido, eructos nidorosos ó ácidos, náuseas, un sabor amargo y soso en la boca, saliva pegajosa y poco abundante. Los demás síntomas pueden apreciarse mejor y son: vómitos mucosos ó mucoso-biliosos de un color amarillo verdoso; anorexia, y aun aversion á los alimentos; lengua ancha y húmeda, de un aspecto vellosa, y de un color amarillento, blanco ó parduzco mas manifiesto en su base; las papilas son poco aparentes, sino es en su punta y bordes, en las cuales están descoloridas y como marchitadas; á menudo la boca está tapizada de mucosidades abundantes que se adieren á los dientes y encías; el aliento es fétido, y algunas veces como estercoreal; el epigastrio está un poco sensible al tacto; el vientre medianamente tenso y meteorizado, y las evacuaciones alvinas ora suprimidas, ora mas frecuentes y formadas de materias líquidas.

Los síntomas indirectos son los siguientes: cefalalja continua, intensa, con exacerbaciones irregulares, supra-orbitaria, sincipital ó temporal; pesadez de cabeza; vértigos; sueño corto, agitado y perturbado por ensueños penosos; ansiedad de la respiracion, y algunas veces una verdadera opresion; sensacion jeneral de cansancio mayormente en la rejion

lumbar y en los miembros inferiores, y aun dolores contunivos; movimientos lentos y penosos; dejadez y languidez; ojos hundidos y rodeados de un cerco amoratado; un lijero color icterico pálido en la cara y en las escleróticas; piel habitualmente seca; el pulso no es frecuente ni está desarrollado, menos por las tardes en qué se vuelve á menudo febril; y por la mañana hay regularmente sudores ó una lijera transpiracion que alivia al enfermo.

Esta descripcion es especialmente aplicable al empacho gástrico; y cuando se reúnen muchos de estos síntomas casi siempre hay calentura, de manera que nos parece que en los niños sobreviene la *calentura gástrica* en muchos casos en que la influencia de las causas patológicas se limitaria, en los adultos, á producir un empacho gástrico apirético.

En el gastro-intestinal á estos síntomas se añaden otros y son: cólicos; meteorismo, y tension del abdómen en las rejiones inferiores, que son dolorosas á la presion; evacuaciones líquidas, sero-mucosas, amarillentas, morenas y fétidas.

En el intestinal son mas pronunciados estos síntomas, al paso que faltan la mayor parte de los que hemos dicho ser propios del gástrico. Entonces la enfermedad consiste esencialmente en una diarrea sero-mucosa medianamente abundante, que ejerce menor influencia en las demás funciones que el estado suburral del estómago, de manera que ocasiona pocos síntomas jenerales y raras veces calentura, sino hay complicaciones ó epifenómenos.

Es sabido que los autores han reconocido en las afecciones saburrales una forma biliosa y otra mucosa: la 1.^a rara en los niños está caracterizada por el amargor de la boca, la capa amarillenta de la lengua, el color icterico de la cara, la apatencia de bebidas ácidas, los vómitos biliosos, la tension y el dolor sordo en la rejion del hígado. La forma mucosa es al contrario muy frecuente en los niños y sus caracteres principales son: la lengua blanca ó parduzca; el sabor soso; pastoso ó ácido de la boca; las náuseas son mas raras y los dolores epigástricos menos vivos que en la forma biliosa; raras veces las materias vomitadas están coloradas por la bilis, y regularmente consisten en un líquido mucoso ácido ó alimentos mal digeridos: las evacuaciones alvinas las mas de las veces son lí-

quidas y están formadas en gran parte de materias fecales, de serosidad y de moco; la debilidad jeneral es mayor; el pulso es débil, y la piel muy sensible á la accion del frio.

La duracion y la marcha de las enfermedades saburrales apiréticas varían mucho, como su intensidad, desde las que constituyen simples indigestiones y tienen una duracion efémera hasta las que comprometen grave y profundamente las funciones dijestivas. Cuando son intensas y un poco rápidas en su invasion, se vuelven casi siempre febriles y se transforman en una de las calenturas de qué hablaremos. Sin embargo, cuando la diacrisis folicular no afecta sino á los intestinos, y mayormente cuando se halla limitada á los gruesos, lo que no es raro, sigue las mas de las veces una marcha apirética y crónica; y bajo esta forma merece una particular atencion en los niños. La diarrea mucosa ó sero-mucosa, que es su carácter principal, ha fijado siempre la atencion de los autores que se han dedicado al estudio de las enfermedades de los niños. La mayor parte de ellos han reconocido que esta diarrea depende esencialmente de una lesion de secrecion bien diferente de la diarrea inflamatoria, y así la han incluido entre los flujos mucosos; y al contrario, la escuela fisiológica se ha alejado mucho de la verdad dando el nombre de enteritis á todas las especies de diarrea. Muchas veces hemos observado casos de esta naturaleza, en los cuales, temiendo la exasperacion de este estado inflamatorio, se evitaron los astrinjentes y evacuantes, reduciendo la terapéutica de la diarrea á una medicacion emoliente que no detuvo su marcha y favoreció su prolongacion y aun su terminacion funesta. En estas diarreas saburrales ó mucosas faltan á menudo los síntomas gástricos, se conserva el apetito, los vómitos son raros, el vientre está poco dolorido, el niño apenas parece enfermo, y sin embargo hay una diarrea mas ó menos abundante, que sobreviene poco tiempo despues de que aquel ha comido, y se suspende á menudo durante la noche, y sus materiales contienen siempre una cantidad apreciable de mucosidades mezcladas con un líquido seroso: en los niños muy pequeños que se ensucian en la cama se vé que el moco forma copos viscosos en la superficie del lienzo, al paso que la parte serosa se empapa en él; estas materias unas veces son pálidas y otras amarillentas y ver-

dosas, segun la cantidad de bilis que se halla mezclada con ellas.

Las diacrisis foliculares apiréticas, en jeneral terminan bien si se combaten oportunamente. Rarísimas veces son mortales por si solas, es decir, si no han sobrevenido complicaciones, ó no han pasado á ser una calentura mucosa.

Sintomas de las calenturas mucosas. Las dispepsias mucosas cuando van acompañadas de calentura constituyen las *fiebres gástricas, mucosas, y biliosas* de los autores, y *assodes*, de M. Gendrin. La denominacion de gástricas supone sin motivo que el mal se halla casi esclusivamente en el estómago, pues que muy á menudo los intestinos se hallan por lo menos tan afectados como él: preferimos la de mucosas, sin olvidar el predominio que puede manifestarse unas veces en los desarreglos de las funciones del estómago y otras en los de las intestinales. Las calenturas llamadas biliosas pueden tambien considerarse como una forma de las mucosas debida al predominio de los accidentes hepáticos; pero esta forma es rara en nuestros climas, aun en los adultos, y casi nunca se observa en la infancia. Al contrario, la calentura mucosa propiamente dicha es muy frecuente en los niños, y es la que tendremos particularmente presente en la descripcion que vamos á hacer.

Hay calentura mucosa siempre que á los síntomas de diacrisis folicular gastro-intestinal se añaden los fenómenos reaccionales del estado febril; la enfermedad permanece idéntica en su fondo, pero se le añade la calentura capaz de darle diferentes formas. Las variedades de la dispepsia mucosa, segun el predominio de los fenómenos gástricos, intestinales ó mesentéricos, biliosos ó mucosos propiamente dichos, forman tambien de la calentura mucosa las fiebres que los autores han llamado *gástricas, intestinales ó mesentéricas, biliosas ó mucosas* propiamente dichas.

La calentura mucosa, con respecto al estado febril, se divide en *efémera, remitente y continua*. Estos tres tipos se encuentran en la infancia, pero solo el segundo ofrece alguna frecuencia. En todos empieza la enfermedad con los síntomas dispépticos mas ó menos intensos, que persisten en toda su duracion, y algunas veces quedan despues de haber cesado la

calentura. Los síntomas febriles constituyen casi siempre como un 2.º período, pero su invasión sigue á la dispepsia, ora inmediatamente, ora despues de algunos días y aun de algunas semanas. En el caso 1.º la calentura es intensa desde su aparición; en el 2.º va aumentándose gradualmente hasta que ha adquirido una forma bien declarada. Cuando ha llegado á este punto la caracteriza particularmente un calor intenso de la piel; el pulso por lo regular no es muy frecuente pero es dilatado, blando, fácilmente depresible, y algunas veces aun difícil de percibir: los accidentes febriles, ya en su invasión, ya durante su curso, van acompañados siempre de un aumento de intensidad de los síntomas dispépticos directos ó indirectos.

Aunque, como hemos dicho, pueden observarse en los niños las formas efémera y continua; sin embargo solo nos detendremos en la descripción de la remitente, acerca la cual han hablado muchos autores célebres, considerándola todos como muy frecuente en los niños: tratamos de la mucosa propiamente dicha y no de la remitente biliosa que es en ellos muy rara. Se le ha llamado también calentura *pítilosa* por muchos autores, *insíptica* por Etmüller, *gástrico-pítilosa* por J. Franck, *gástrica* por Hufeland, etc. M. Gendrin la describe de la manera siguiente: «Después de algunos días de un mal estar indeterminado, que se conoce sobre todo por el aspecto abatido y el carácter irritable del niño, empieza la calentura con el calor de la piel; luego suele notarse una frecuencia del pulso bastante grande, un aspecto de abatimiento manifiesto en la cara, náuseas que se reconocen mayormente con el temblor de los labios y los movimientos de contracción de las comisuras de la boca, y algunas veces vómitos. Sin embargo se aumenta la calentura que persiste en los principios sin remisiones ó exacerbaciones evidentes, y el niño parece tanto mas abatido cuanto mas fuerte es aquella; se halla como soporoso, y hace á menudo movimientos espasmódicos. Los síntomas dispépticos son los siguientes: una capa saburral blanquizca en la lengua, que es blanda y está húmeda, sin calor anormal al tacto; el olor ácido y aun fétido del aliento; la presencia de un moco viscoso en la boca; náuseas; vómitos é inapetencia indicada por la repugnancia que manifiés-

tan los niños de mamar ó de beber y por los movimientos de regurgitación que sobrevienen cuando se les hace beber por fuerza; algunas veces, que son raras, hay tos seca sin accesos, que no esplica el estado de los órganos torácicos; el vientre está tenso y semi-meteorizado en la región epigástrica, hay borborismos muy frecuentes y el niño arroja ventosidades fétidas y evacuaciones mucoso-biliosas, verduzcas. Los accidentes persisten así regularmente en el principio durante dos días sin remisión evidente; disminuyen luego de intensidad; se producen evacuaciones alvinas, regularmente verdosas, dos ó tres veces al día; la calentura disminuye despues, y aun cesa para volver á aparecer por la tarde ó noche siguiente: el niño empieza á recibir las bebidas que se le presentan, y aun á menudo parece que las desea durante la remisión de los accidentes febriles; pero la reaparición del paroxismo con frecuencia está marcado por la nueva manifestación de las náuseas y algunas veces de los vómitos, y por la repugnancia de las bebidas.

Por lo regular los síntomas saburrales y los febriles van disminuyendo desde el 3.º ó 4.º día, y la enfermedad termina habitualmente del 6.º al 8.º. Las remisiones son tanto mas largas y completas cuanto mas fácilmente se efectúan las evacuaciones saburrales por vómito ó por cámaras, sean espontáneas ó provocadas por el arte. No es raro el ver empezar esta calentura bajo una forma continua cuya duración es mayor que la que acabamos de indicar; y en otros casos la forma continua sucede á la remitente.

Aunque, en los mas de los casos, la calentura mucosa es una enfermedad aguda cuya duración no pasa de algunos días ó de tres ó cuatro septenarios, no obstante no es raro el verla adquirir una forma crónica, que corresponde á lo que han llamado muchos autores *atrofia de los niños*; la cual, cuando no va acompañada de calentura, regularmente no es otra cosa que la forma crónica de la diaresis follicular apirética que, como hemos visto, es frecuente en los niños en la época de la dentición, y afecta especialmente á los intestinos. Cuando va acompañada de calentura constituye la *calentura mucosa héctica*, enfermedad grave, pertinaz y muy comun en la época del destete ó bajo la influencia de un mal régimen alimenticio en los

niños pequeños, y aun hasta la mitad de la infancia; enfermedad que ha fijado la atención de muchos autores.

Los principales síntomas de ella en los niños de teta consisten en el principio en la perturbación de las funciones digestivas; así el niño pierde el apetito y rehusa el pecho después de haber tenido algunas veces una verdadera bulimia; tiene la lengua blanquecina, vomita de tanto en tanto, y le afecta habitualmente una diarrea abundante con evacuaciones poco numerosas, formadas por un moco bilioso, líquido, de color amarillo ó blanco-parduzco, en medio del cual se ven coágulos de leche que han atravesado el canal cibal sin alterarse: en los más de los casos estas evacuaciones sobrevienen poco después de la ingestión de los alimentos líquidos: el aliento tiene un olor agrio; el vientre se meteoriza, pero permanece blando y casi indolente; la orina es poco abundante; la piel es seca, caliente en el tronco, y fría en las extremidades; la frecuencia del pulso varia las más de las veces á ciertas horas del día, sin regularidad; en otros casos la calentura es continua, y por la madrugada hay sudores parciales. La enfermedad persiste de esta manera durante dos ó tres semanas con alternativas de aumento y disminución; la diarrea se aumenta y aun se vuelve serosa, sobrevienen vómitos después de la ingestión de casi todos los alimentos y bebidas: el estado jeneral se agrava en razón de los accidentes gastro-intestinales y febriles; al mismo tiempo que progresa el enflaquecimiento se establece una diátesis serosa como efecto de la depauperación de la sangre, y sobre todo el anasarca, y por fin no tarda en sucumbir el niño reducido al marasmo y á la letiquia más completa.

Esta enfermedad se encuentra también bastante á menudo hasta la edad de ocho ó diez años; y entonces, á más de los síntomas espesados, en razón de la mayor edad del niño pueden apreciarse, como en los adultos, los dolores epigástricos y los cólicos más ó menos intensos que preceden comúnmente á las evacuaciones de la diarrea. Estas, en jeneral, son menos líquidas, formadas por una materia cremosa fétida de un gris-amarillo y por restos de alimentos mal digeridos: á menudo contienen también lombrices que se arrojan á veces por vómito.

Se refiere á la calentura mucosa héctica la que Hufeland llamó escrofulosa y la dispepsia escrofulosa de Clark. (V. la página 153 y 154.)

Epifenómenos y complicaciones. Uno de los fenómenos más frecuentes en las diferentes formas de esta diacrisis son los vómitos demasiado intensos; y cuando son muy frecuentes deben llamar la atención del práctico; siendo muy importante no atribuirlos siempre á la gastritis; pues, en los niños se producen fácilmente y con frecuencia sin que dependan de una verdadera flogosis, sino de una turjescencia diacrítica de los folículos de la mitad superior del tubo gastro-intestinal. Sin embargo, es preciso estar prevenido contra la inflamación, que indican la rubicundez y sequedad de la lengua, la intensidad de la sed y el dolor del epigastrio unidos á los vómitos. Puede desarrollarse también una inflamación más ó menos intensa en los intestinos inferiores, y la indican los dolores abdominales más fuertes y continuos, el meteorismo y la tensión del vientre, el aumento de calor en él, la intensidad de la sed, la rubicundez y sequedad de la lengua, y sobre todo el aumento de la diarrea.

El predominio de la inflamación en las diacrisis constituye uno de sus mayores peligros, mayormente cuando tienen la forma febril, y el motivo más común de su transformación en esas fiebres ardientes que los autores han llamado *causus*: sin embargo esto no acontece de una manera especial en los niños, en los cuales más á menudo la inflamación permanece como una complicación local, y ocasiona entonces síntomas disentéricos, siempre graves, sino se combaten pronto como corresponde.

Tales son los epifenómenos dependientes de los síntomas directos de la diacrisis, entre los cuales deben contarse también las estomatitides y anjinas eritematosas y aftosas, las parótidas, la intensidad de los cólicos y del dolor epigástrico que se cambia en cardialgia y no depende de una complicación inflamatoria, y por fin los vermes, que se encuentran sobre todo en los casos en que la diacrisis tiene mucha duración y una marcha crónica.

Los epifenómenos y complicaciones que se refieren á los síntomas de reacción ó simpáticos son muy frecuentes en los

niños, en los cuales, como en el adulto, puede desarrollarse hasta un alto grado el estado adinámico y atáxico, dando á la enfermedad un aspecto muy diferente que es propio de ellos; entonces es muy difícil diferenciarlas de las calenturas tifoides á las cuales no les queda casi como fenómenos característicos sino la erupción rosada lenticular, y tal vez el catarro bronquial. Muy á menudo se observa también en los niños de poca edad la tos que se ha llamado *gástrica*, que no explica el estado del pecho, y depende de una saburra de las primeras vías: sobrevienen también algunas veces verdaderas flegmasias laríngeas, bronquiales y pulmonares, en las cuales el estado gastro-intestinal ejerce seguramente una influencia directa, pues que se curan con los remedios propios para combatirlo. No insistiremos acerca estas complicaciones pues nada de particular presentan en la infancia, siendo menos frecuentes en ella que en una edad mas adelantada. También nos limitaremos á mencionar las erupciones herpéticas de los labios, las miliares, las forunculosas, los sudores abundantes, etc.; epifenómenos que algunas veces son críticos pero que en muchos casos no modifican sensiblemente la marcha de la enfermedad principal.

Uno de los accidentes mas frecuentes en los niños, mayormente en las dispepsias y en las calenturas mucosas crónicas ó en la convalecencia de las agudas, es el anasarca. El edema se declara en el principio en los párpados y en las estremidades de los miembros, y despues ocupa todo el cuerpo: en los mas de los casos no se manifiesta hasta que el niño está ya marasmódico ó en el mas alto grado de la calentura mucosa; pero algunas veces aparece mas pronto ó en casos poco graves. Este accidente afecta regularmente á los niños muy pequeños cuya muerte suele ocasionar. M. Gendrin lo considera en los recién-nacidos como una de las formas del endurecimiento del tejido celular, á que se hallan tan espuestos. Se asemejan al anasarca las colecciones líquidas que se forman en iguales circunstancias en las cavidades serosas del peritoneo, de las pleuras, del pericardio y de la aracnoidea, que, en jeneral, sobrevienen á un período adelantado del mal, y que solo se conocen en la autopsia; pues, por lo comun, son poco considerables. Sin embargo, el derrámen que se efectúa en la arac-

noidea no es probablemente extraño á los accidentes cerebrales de que vamos á ocuparnos.

Los epifenómenos cerebrales son sobre todo los mas notables en los niños por su frecuencia y gravedad: pueden tener muchas formas; unas veces hay delirio, en otras predominan los síntomas comatosos y movimientos convulsivos, y aun con mayor frecuencia se combinan y se suceden, simulando mas ó menos la meningitis. Sin embargo, en vista de nuestras investigaciones, creemos que raras veces reconocen por causa próxima una inflamación de los órganos contenidos en el cráneo; y que en otras circunstancias, mayormente cuando una calentura mucosa lenta y crónica ha ocasionado el enflaquecimiento jeneral, la diátesis serosa y el anasarca, pueden ellos juntarse á un derrámen seroso en los ventrículos ó en la gran cavidad de la aracnoidea, constituyendo entonces un verdadero hidrocefalo, enfermedad en la cual la inflamación tiene poca parte en la producción de los accidentes. El único caso en el cual la irritación hidrocefálica ó flogística nos parece bastante comun, es cuando hay una dentición laboriosa capaz de ocasionar una verdadera congestión sanguínea activa hácia la cabeza; pero son aun mas numerosos los casos en los cuales la naturaleza de los accidentes encefálicos es puramente nerviosa sin que puedan atribuirse á inflamación alguna ni á una hidropesía activa, y en el cadáver no dejan señal alguno en los centros nerviosos. Como quiera que sea, estos accidentes son los que, en muchos casos referidos por los autores, han hecho dar á la enfermedad el nombre de *calentura cerebral*.

Es sabido que las afecciones saburrales, con calentura ó sin ella, van acompañadas casi constantemente de cefalalja, de vértigos, de insomnio, agitación, etc. Estos fenómenos adquieren fácilmente en los niños una intensidad mayor, y se añaden á ellos á menudo el delirio y los accidentes convulsivos, como el hipo, el rechiumiento de dientes, los saltos de tendones y el estrabismo; pero algunas veces hay verdaderas convulsiones. En los mas de los casos es difícil, y sin embargo muy importante para el tratamiento, el reconocer la dependencia mas ó menos absoluta de estos accidentes del estado gastro-intestinal; pues es claro que aquel debe variar mucho

segun sean meramente simpáticos de este estado ó bien dependan directamente de una inflamacion cerebral. En tales casos el tipo remitente induce mucho á establecer el diagnóstico, pues que indica bastante bien que no existe una inflamacion idiopática: y asi es preciso tener mucho cuidado en apreciar bien este tipo, lo que á menudo es difícil en los niños muy pequeños, y la existencia de los síntomas de la diacrisis gastro-intestinal en la calentura cerebral remitente; pues en este caso en diez veces las nueve los accidentes encefálicos son simpáticos.

TRATAMIENTO. *T. de la diacrisis mucosa apirética.* Todos los medios terapéuticos que convienen en ella pueden referirse á la medicacion espectante ó á la evacuante: los antiflojísticos, los tónicos y los antiespasmódicos pueden ser útiles y aun necesarios, pero, en jeneral, solo sirven accesoria y secundariamente.

La medicacion espectante conviene y puede bastar en los casos mas lijeros; es aun mas á menudo aplicable en los niños que en el adulto, y consiste en la remocion de todas las causas que han determinado ó que pueden sostener la dispepsia, en la prescripcion de un régimen conveniente, y en el uso de algunos otros medios poco activos, cuya reunion y combinacion puede ser muy eficaz. Asi es que basta en muchos casos para conseguir la curacion el cambio de nodriza, un régimen bien dirigido con relacion á la cantidad y cualidades de los alimentos, el combatir con los medios propios la denticion laboriosa y las enfermedades que sostienen el mal, el sustraer á los niños del influjo de la humedad y el uso de los vestidos que favorecen el sudor, como los de franela: los zelos y la tristeza estremados ocasionan algunas veces la enfermedad de que tratamos, y asi es preciso procurar la supresion de esta causa. En los mas de los casos debe además prescribir un régimen particular que ha de variar mucho, segun las circunstancias, desde una dieta absoluta hasta al uso de un régimen tónico y fortificante: la primera conviene muy pocas veces en los niños mientras que no se necesita sino una medicacion espectante, pues por lo menos pueden permitirse algunos caldos lijeros, y en los niños de poca edad la leche materna ó la de vaca mezclada con una tisana diluente en una cantidad moderada: en

los mas de los casos basta la disminucion de la cantidad de los alimentos y una buena eleccion de estos; pues, en jeneral, los que son crasos y aceitosos, las féculas y aun los lacticinios, cuando los niños ya no maman, son poco convenientes. Si hay mucha anorexia, solo deben darse los caldos preparados por la decoccion de la carne de animales tiernos ó por infusion de la de los viejos; caldos que se aromatizan y acidulan con legumbres frescas. Si la enfermedad es poco intensa ó ya declina, se permiten las legumbres frescas cocidas, las frutas cocidas y las carnes de pluma asadas en las parrillas ó en asador; y cuando la dispepsia tiene tendencia á pasar al estado crónico no deben proibirse las carnes de buey ó de carnero preparadas de la misma manera, las cuales á menudo son preferibles á los alimentos poco sabrosos y feculentos.

Por lo que toca á las bebidas pueden bastar el agua pura ó vinosa, y la hidrogala; pero á menudo deben reemplazarse con tisanas diluentes ó acidulas, pues las que son esencialmente emolientes y mucilaginosas no convienen; asi el agua de goma es mas perjudicial que útil: las aguas alcalinas gaseosas de Seltz, etc., por lo comun son útiles. Algunas veces pueden serlo los alimentos y bebidas frias y aun heladas; pero esto, siendo mas aplicable á la forma biliosa, tiene menos aplicacion en los niños que en los adultos; y en aquellos, en razon á que el mal se limita con frecuencia á los intestinos necesitan en jeneral un régimen menos tenue y las bebidas mucilaginosas y astringentes como la decoccion de arroz, de pepitas de membrillo, etc. Los baños por lo comun son inútiles y aun dañosos, menos en el estado crónico, en el cual pueden ser útiles los tónicos compuestos con sustancias aromáticas, con el sulfuro de potasa ó el cloruro de sosa, ó con vino caliente en los niños muy pequeños; en los cuales pueden hacerse tambien fomentos con él.

Quando no basta la medicacion espectante, debe usarse la evacuante que es necesaria siempre que la afeccion es muy intensa ó antigua, y mayormente quando se vé que van en aumento sus síntomas: su administracion es mas difícil de lo que parece, pues se han de conocer las contraindicaciones que deben hacerla desechar ó diferir. Las mas frecuentes en la infancia dependen de que en ella el tubo digestivo es mas irri-

table, mas rico en vasos sanguíneos, y por consiguiente mas susceptible de inflamarse por la acción de los emeto-catárticos; y así deben estos darse con precaucion, mayormente si se han de repetir; pues serian dañosos mientras hubiese síntomas de flógosis gastro-intestinal, hasta que se hubiesen disminuido mucho ó desvanecido con una medicacion diluyente y antiflojística: mientras no se note esta complicacion pueden prescribirse con entereza, y se observan de cerca sus efectos para moderarlos en caso necesario, pero rarísimas veces deben omitirse.

En razon de que, en los niños, los empachos gástricos tienen casi siempre la forma mucosa, y los vómitos se consiguen fácilmente, no debe ser tan enérgica la acción de los evacuantes como en los empachos biliosos de los adultos; y así, en aquellos, son preferibles los eméticos suaves, como la ipecacuana en polvo. En los niños muy pequeños se da el jarabe añadiendo á él una corta cantidad de tártaro emético: en ellos obran bien las pastillas de ipecacuana tomadas en bastante cantidad. El amargor del polvo puede hacer que los niños no quieran tragarlo aunque se les mezcle con una sustancia dulce y agradable; y entonces deberemos recurrir á una pocion que contenga un grano de tártaro emético, dando una cucharada pequeña cada cuarto de hora hasta que se produzca el vómito en abundancia, el cual se facilita con la administracion de una tisana diluyente ó de agua tibia en suficiente cantidad: sin embargo la indocilidad de los niños hace que á menudo sea aun así difícil la buena administracion de un vomitivo. En los niños delicados ó muy pequeños Hufeland aconseja el hacer tomar té de manzanilla en abundancia y una cucharada pequeña de oximiél escilítico que, segun él, provocan regularmente abundantes vómitos: sin embargo no es fácil hacer tomar el agua de manzanilla á causa de su amargor. Despues de administrados los eméticos debe usarse, durante dos ó tres dias, la sola medicacion espectante, observando el efecto de aquellos, pues deben repetirse si continuan evidentemente indicados, mientras no haya síntomas flojísticos.

Cuando el empacho es gastro-intestinal debe tambien empezarse la medicacion con uno ó dos vomitivos, sin tardar en administrar algunos purgantes, entre los cuales son preferi-

bles el sen, el ruibarbo, la caña fistula, los tamarindos, las sales neutras, el crémor tártaro, etc.

Hufeland insiste con razon en la necesidad que hay en algunos casos de dispepsias muy intensas de disolver la capa mucosa muy abundante que se halla sobre la mucosa digestiva, antes de usar los evacuantes, por medio de la administracion de remedios muy disolventes, irritantes é incisivos, tales como la sal amoniaco, el sulfato de potasa, el nitro, el jabon, el azufre dorado de antimonio, el kermes mineral, las raices de saxifraga mayor, de aro, de polígala y de escila, la goma amoniaco y la asafétida; despues de los cuales da un vomitivo, el tártaro emético, y un purgante, las sales unidas al sen, á la jalapa, al aloé.

La medicacion evacuante tiene menos aplicacion en las diarreas mucosas propiamente dichas de los niños; pero por poco que pueda sospecharse en ellas un estado saburral del estómago debe dárseles la ipecacuana; pues que este vomitivo, procurando á la digestion gástrica toda su enerjía, hace que los residuos que llegan á los intestinos gruesos no ejercen sobre ellos una acción irritante; y así no se efectúa la secrecion anormal de sus folículos, no está sobreescitada su irritabilidad contractil, las materias pueden permanecer en ellos, despojarse por la absorcion de su parte líquida y de esta manera desaparece la diarrea. Si la digestion gástrica parece fácil y completa, pueden darse los purgantes que modifican especialmente el estado de la mucosa intestinal; pero debemos ser prudentes en su administracion, porque su acción puede pasar de los límites propios, ocasionando superpurgaciones y una verdadera enteritis; por consiguiente, por regla jeneral, solo deben darse en los sujetos descoloridos, de una constitucion débil y que se hallan en condiciones opuestas á las que facilitan el desarrollo de la flógosis de las primeras vías. A mas deben escojerse los purgantes suaves y sobre todo los que son menos capaces de transformar una diarrea mucosa en otra serosa y colicuativa, son los que tienen una propiedad tónica: así es que en los niños de muy poca edad deben preferirse los jarabes de ruibarbo, de flores de albérrchigo ó de achicorias, etc., y mas adelante el ruibarbo en polvo, la infusion de sen, las disoluciones de magnesia, etc.

En muchos casos no es necesaria una medicacion tan activa como lo es la evacuante, y basta, antes de fantearla, el procurar la neutralizacion de las cualidades anormales de los productos de la secrecion de la mucosa digestiva por medio de los absorbentes y alcalinos, de los cuales hablaremos luego; ó bien modificar directamente el estado anormal de los folículos por medio de los astringentes y tónicos, que convienen muy á menudo para combatir la diarrea que depende de la diacrisis follicular limitada en los intestinos gruesos. Entonces se desempeñan perfectamente la quimificacion y la quilificacion, como lo indican la lentitud del enflaquecimiento y la falta de síntomas graves, y por lo mismo seria inútil y aun perjudicial el uso de los medios perturbadores del estómago é intestinos delgados y se hallan indicados aquellos medicamentos que, sin producir este efecto, limitan su accion á estrechar los orificios de los folículos mucipares y á modificar su vitalidad, al mismo tiempo que disminuyen la irritabilidad y aumentan la tonicidad de la membrana mucosa de los intestinos inferiores; tales como el sub-nitrato de bismuto, el extracto de cascarrilla, la raiz de colombo, el catecú, el café de bellotas, la nuez moscada, el macias, etc. Por medio de lavativas se aplica directamente sobre la mucosa afecta el nitrato de plata disuelto en agua destilada, el cual tiene una accion casi especifica en todas las enfermedades de las mucosas cuyo elemento esencial consiste en una lesion de los folículos mucipares: M. Trousseau lo emplea tambien en pocion por la boca. Los demás astringentes enérgicos, y en particular los opiados, solo convienen cuando la enfermedad es antigua, se ha resistido á los demás remedios y se ha transformado ya en una diarrea serosa y colicuativa, de que hablaremos mas adelante, transformacion que es frecuente y en general peligrosa.

Acerca la diarrea mucosa que acompaña á la denticion hemos emitido nuestra opinion en la página 204 acerca de si debe ó no respetarse. Cuando dura mas de cuatro ó cinco dias ó cuando se hace demasiado intensa, debe procurarse su supresion ó por lo menos su disminucion con los medios mas activos, para que no se vuelva serosa y colicuativa. Solo puede temerse su supresion con los astringentes cuando hay alguna otra enfermedad, como un catarro pulmonar, una coqueluche, etc.;

porque en tal caso, suprimiéndose repentinamente la supersecrecion intestinal, puede resultar de esto un aumento de intensidad de la afeccion coincidente.

A mas de estas medicaciones locales, cuando las dispepsias se prolongan mucho y pasan á crónicas, y asi mismo cuando se inclinan á este estado, se usa con ventaja la medicacion tónica compuesta de los preparados de quina, de los amargos, de los baños tónicos, de las fricciones secas y aromáticas y de la insolacion; á fin de oponerse al estado caquético que resulta de aquellas.

Tratamiento de las diacrisis mucosas febriles. Debe emplearse contra ellas el mismo tratamiento que acabamos de indicar para las apiréticas, salvo algunas modificaciones que dependen de que el estado febril suministra indicaciones especiales, y de que entonces son mas frecuentes los epifenómenos y complicaciones.

Por lo que toca á la calentura, que debe ocuparnos ahora, no contraindica el uso de los evacuantes, cuando se observan los síntomas saburrales, sino la acompaña la flogosis en grado notable, como sucede regularmente en la forma continua de estas calenturas; en cuyo caso, antes de administrarlos, se ha de combatir este elemento inflamatorio que pudieran aumentar, y se han de vijilar sus efectos.

Aun cuando faltan los epifenómenos inflamatorios en las calenturas mucosas muy fuertes llamadas *ardientes*, en el principio del mal, cuando el sistema circulatorio se halla en un estado de plenitud y de sobreexcitacion, de modo que la turbescencia vascular de la mucosa digestiva pudiera pasar fácilmente á un estado de flogosis, pueden convenir las sangrías, y si estas no cumplen el objeto que se desea, pueden emplearse las lociones y afusiones frias, que obran robando directamente el calórico al organismo, y constituyen uno de los mas poderosos antiflogísticos jenerales. Sin embargo como aquellas calenturas son menos frecuentes en los niños, estas medicaciones raras veces se necesitan en ellos para calmar la sola intensidad de la calentura; y por otra parte las sangrías jenerales deben emplearse con mucha reserva, y en particular en los niños, con este objeto, mayormente cuando dura la calentura desde muchos dias; porque en una época un poco

adelantada de la enfermedad, se ha alterado ya profundamente la riqueza de la sangre, y una simple y lijera sangría puede precipitar la caída de las fuerzas.

El tipo de la calentura suministra una indicacion especial en el remitente ó intermitente, que es el uso de la quina. Cuando la calentura es simple, debe preceder á ella el uso de los evacuantes, siempre que se observan síntomas saburrales, teniendo presente que á menudo este estado es poco aparente durante la apirexia de las calenturas que tienden á hacerse completamente intermitentes; y al contrario, si la calentura va acompañada de epifenómenos graves ó de un carácter atáxico ó pernicioso que pudieran ocasionar pronto la muerte es necesario recurrir sin el menor retardo á los antiperiódicos, cumpliendo al mismo tiempo ó despues las indicaciones que reclame el estado subrral.

En la forma crónica ó héctica de la calentura mucosa, no está indicado el uso de los antiperiódicos sino cuando es remitente, y siempre subsidiariamente á la medicacion evacuante, á la cual, cuando la heiquez está muy adelantada, debe siempre preceder el uso de los tónicos, bajo cuya idea puede servir la quina. Luego que los tónicos han procurado al organismo la potencia de reaccion que exige la medicacion evacuante, administrada esta con las precauciones convenientes y en una justa medida, asociada todavía á los tónicos, á los astringentes y á un réjimen tan fortificante como se pueda, constituye el verdadero eje en que se apoya la terapéutica de estos casos, en jeneral, muy graves.

Tratamiento de las diacrisis foliculares complicadas. Por lo que toca á las inflamaciones bucco-faríngeas eritematosas ó aftosas, á los catarros laríngeos y bronquiales, á las pneumonias, etc., la mayor parte raras veces exigen medios muy activos; en las que constituyen una enfermedad grave, como en las pneumonias, por ejemplo, importa mucho el conocer su dependencia del estado saburral que debe combatirse en primer lugar.

Sea cual fuere la intensidad de los vómitos, mientras no van acompañados de los síntomas flojísticos no contraindican la medicacion evacuante; sin embargo cuando despues de haberse disminuido ó disipado con los eméticos el estado sabur-

ral, persisten los vómitos y son muy intensos, deben atribuirse á un esceso de irritabilidad de los nervios del estómago, y se han de combatir con los antiespasmódicos, con la aplicacion de un vejigatorio en el epigastrio, y algunas veces con las bebidas heladas: en las formas febriles y agudas de la enfermedad es sobre todo cuando puede ser conveniente este último medio. La diarrea tampoco contraindica la medicacion evacuante sino depende de una flógosis intestinal, y sino se disminuye ó cesa con ella, por lo menos es raro que la aumente; sin embargo, si se vuelve muy abundante y serosa no puede esperarse buen efecto de los evacuantes, y se ha de moderar con los astringentes, tónicos y sedativos: esto se encuentra á menudo en los casos en que la diacrisis folicular intestinal es muy antigua bajo la forma apiréctica ó héctica.

La flógosis gastro-intestinal que existe en un grado muy débil en los mas de los casos puede hacerse mas ó menos intensa, y se ha de combatir con los antiflojísticos proporcionados á los síntomas de ella. Los casos mas dificultosos son aquellos en que son poco manifiestos estos síntomas, y requiere mucha atencion y cuidado la investigacion de estos síntomas antes de decidirnlos á preferir los antiflojísticos á los evacuantes.

Es sabida la importancia que imprimen los estados adinámico y atáxico á todas las afecciones que complican: siempre son sumamente temibles cuando se manifiestan de una manera grave en las calenturas mucosas, sino hay fuertes motivos para creer que desaparecerán con el estado saburral; y se han de combatir pronto con los tónicos, antiespasmódicos y difusibles que se usan contra ellos. Cuando el tipo es remitente ó intermitente deben darse inmediatamente los preparados de quina, como lo hemos dicho.

El anasarca requiere el uso de los estimulantes y los resolutivos aplicados en la superficie de la piel, y del nitro y los demás diuréticos suaves al interior; pero lo que mas conviene es el uso de los medicamentos y réjimen tónicos, porque contribuyen á hacer perder la viciacion de la sangre, que es la verdadera causa de aquella y de las hidropesías que suelen acompañarlo.

Con respecto á los accidentes cerebrales, la conducta del

práctico debe ser igual á la que ha de observar con respecto á los demás epifenómenos; es decir, cuanto mayor es la conexión entre los accidentes cerebrales y el estado gastro-intestinal que es evidente, y cuanto mas parecen depender completamente de él, con tanta mayor energía debe este combatirse con los medios propios, segun sus formas é intensidad: aun cuando sea menos manifiesta esta relacion, siempre se ha de cumplir la misma indicacion primordial; y cuando despues de haberla cumplido persisten aquellos accidentes, debe dirigirse contra ellos un tratamiento mas ó menos activo y variable segun su naturaleza; teniendo presente que, como tenemos dicho, es mas raro de lo que se cree comunmente, el que estos dependan, en tal caso, de una verdadera inflamacion cerebral; y por consiguiente debemos ser prudentes en el uso de los antiflogísticos, y se han de observar sus efectos, cuando se usan para poder suspenderlos luego que se vea que no sirven bien. Por consiguiente, á menudo deberemos valer nos de los antiespasmódicos y de los revulsivos, siendo muy útiles los vejigatorios aun cuando no es bien cierto el diagnóstico. Cuando son remitentes está indicada la quina como antiperiódica y tónica.

Diacrisis acida.

Muchos autores desde la antigüedad se han esforzado á probar que hay algunos fenómenos morbosos que dependen de un producto de secrecion ácida en las primeras vias. La fisiología nos induce á admitir en los niños una grande disposicion á la acidez de los humores gastro-intestinales, ya por la abundancia de los que son ácidos en el estado normal, ya por la insuficiencia de los que son naturalmente alcalinos y están destinados á neutralizar los primeros; y si bien la patología no suministra tantas pruebas acerca este particular como pudiera creerse, pues la mayor parte de los señales patológicos que han indicado los autores tienen un valor bastante equivooco para probar la existencia de los ácidos en las primeras vias, la terapéutica las da repetidísimas, para que puedan admitirse dichas acideces; pues que en muchísimos casos se desvanecen

perfectamente los fenómenos que ocasionan con el uso de los absorbentes, ó de las sustancias de base alcalina que se combinan fácilmente con los ácidos; no siendo probable que éstas obren de otra manera, porque la mayor parte de ellas no tienen otra propiedad evidente y son inertes en los demás estados morbosos en qué nada hace suponer la existencia de los ácidos. Por consiguiente, creemos que es preciso volver á admitir como un estado patológico particular la acidez de los productos de la secrecion gastro-intestinal; opinion antigua abandonada sin motivo por la escuela fisiológica.

Hemos dicho que la fisiología esplica el motivo por el cual los niños se hallan predispuestos á esta enfermedad, y además contribuye á ello la calidad de los alimentos ingeridos: la leche, en la primera época de la infancia, contribuye mucho á su produccion, y mas adelante, segun Rosen, los niños padecen tambien acideces del estómago mayormente cuando comen lactinios ó frutas poco ó demasiado maduras, cuando beben cerveza nueva ó vino de tanto en tanto, ó cuando se les mezclan ácidos en sus alimentos, como vinagre, etc. Las demás causas de las acideces gástricas son poco conocidas. Baumes admite que la debilidad de la constitucion y en particular la de los órganos digestivos favorece la degeneracion particular de las sustancias alimenticias; y efectivamente se nota que es bastante frecuente en los sujetos raquíticos, anémicos y cloróticos. Es muy probable que el régimen tiene mucha parte en su produccion; y no es tan á menudo independiente de otra afeccion gastro-intestinal como lo pensaban los autores antiguos; pues las mas de las veces coincide con la diacrisis folicular. Esta es una de las diferencias esenciales que presenta en la infancia; pues en los adultos puede subsistir durante mucho tiempo en estado simple y como causa próxima de las *dispepsias gastrálicas* tan comunes durante la juventud y la edad media.

Los principales síntomas que indican el exceso de ácidos en las primeras vias son: la cardialgia; los cólicos; los vómitos y la diarrea, cuyos materiales exalan un olor agrio y ácido, y forman efervescencia con los carbonatos; el aumento del apetito, á menudo muy considerable, y aun el hambre; la falta de sed; la palidez de la lengua; el estado de los dientes que

están sucios y cubiertos de sarro; el meteorismo que no suele faltar, y el olor ácido del aliento y de los gases espelidos por la boca y por el ano; síntomas que se aumentan despues de la injeccion de las materias vegetales que tienen la propiedad de acidificarse, y mayormente despues del uso de la leche; y que se alivian cuando se usa una nutricion animal.

Con facilidad pueden presumirse las modificaciones que ocasiona en estos síntomas la coincidencia de un estado saburral; bastando para apreciarlas el tener presente lo que hemos dicho acerca las diferentes formas de la diacrisis folicular gastro-intestinal. Pueden coincidir igualmente con una flegmasia gastro-intestinal en cuyo caso, como en el antecedente, conviene mucho conocer la coexistencia de estas enfermedades con la acidez, pues el tratamiento no es igual. En los niños de poca edad no pueden apreciarse bien los síntomas propios; pero despues que aquellos tienen siete ú ocho años, en jeneral, esplican bastante bien sus sensaciones para que puedan reconocerse los principales caractéres de esas lesiones de sensibilidad que han recibido el nombre jenerico de *gastraljias*, y que segun M. Gendrin dependen constantemente, aun en los adultos de la acidez de los líquidos gastro-intestinales. Es muy probable que en una edad mas tierna existen tambien modificaciones de sensibilidad análogas que pueden comprenderse por la influencia que ejercen en la produccion de ciertos accidentes graves, tales como la eclampsia. En efecto es sabido que los cólicos que dependen de la acidez gastro-intestinal adquieren una grande intensidad que les ha procurado el nombre de *retortijones de tripas*. Pero lo que hay de distintivo en estas afecciones entre el adulto y los niños, es que en el primero se hallan esencialmente en el estómago y ocasionan, durante las dijestiones ó despues de ellas, síntomas gástricos mucho mas manifiestos que los que pertenecen á los intestinos; y al contrario en los niños los señales de dolor y los demás síntomas indican que padecen igualmente el estómago y los intestinos; y asi es que en estos es mas frecuente la diarrea, pues en una edad mas adelantada, siendo mas activa la bilis, basta para disminuir y aun hacer desaparecer la acidez de las materias quimificadas.

Los síntomas que hemos indicado no pueden dar al diag-

nóstico de esta afeccion la certeza que debe desearse, y asi se consigue establecerlo tanto por exclusion como por la observacion directa. Asi se admitirá la diacrisis aceda idiopática si los síntomas que se presentan no pueden atribuirse á otro estado morboso; y al contrario, cuando se observen los síntomas propios de ella con otros que indican el estado saburral ó inflamatorio, no puede tratarse como idiopática simple. Por fin, lo que puede contribuir mas á aclarar el diagnóstico es el uso de los alcalinos y de los absorbentes, sustancias que casi nunca pueden perjudicar, y que indican bien que la presencia de los ácidos era la causa próxima de los accidentes que se presentaban, cuando estos cesan con su uso.

Como lo indica Hufeland, el tratamiento puede ser paliativo y radical. El 1.º consiste en hacer desaparecer los ácidos con los absorbentes y alcalinos, que convienen perfectamente cuando esta diacrisis parece idiopática; pero estos no son igualmente útiles, pues los hay que, al combinarse con los ácidos, dejan desprender gas ácido carbónico, como los carbonatos de cal (creta, ojos de cangrejo, escamas de diferentes testáceos, coral), de magnesia, de potasa ó de sosa, lo cual puede ofrecer inconvenientes cuando ya hay un cierto grado de pneumatosis; y asi deben asociárseles los carminativos, ó bien se ha de preferir la magnesia calcinada, el óxido de zinc ó de bismuto, y las disoluciones muy dilatadas de amoniaco, de cal y de sub-carbonato de potasa ó de sosa. A la clase de los absorbentes pertenecen los polvos de gutteta tan encarecidos antiguamente contra las convulsiones dependientes de los ácidos gástricos. Los absorbentes que acabamos de indicar, y mayormente los térreos, cortan muy bien los vómitos y aun mejor la diarrea, destruyendo su causa. Mezclándose con los ácidos los neutralizan y forman además una sal selenitosa que, por su estipticidad, estríne y fortifica las fibras demasiado laxas (Baumes). En los niños de teta, Rosen quiere que su nodriza haga un uso prolongado de los absorbentes, á fin de modificar la composicion de la leche y de disminuir su tendencia á agriarse en el estómago del niño.

Cuando la diacrisis aceda coincide con la folicular serian menos seguros y aun insuficientes los absorbentes, y asi entonces debe preceder á su uso la medicacion evacuante, ó

bien se han de reemplazar con los disolventes; así pues deben combinarse, en tales casos, los eméticos y purgantes con los disolventes, irritantes é incisivos que hemos enumerado en la página 273, entre los cuales merece en jeneral la preferencia el jabon; y tambien deben emplearse los medicamentos que tienen alguna analogía con la bilis, como la bilis de buey, la cuasia, los ajenos y el aloé, siendo sobre todo la primera muy útil, y sin motivo se halla jeneralmente abandonada en el dia. Cuando coincide la acidez con un estado flojístico, pueden ser necesarios los antiflojísticos; pero si se presume que los ácidos pueden haber contribuido á la produccion de la flegmasia deben administrarse simultáneamente los absorbentes que, en jeneral, no ofrecen inconveniente alguno, y en ciertos casos harán desaparecer los síntomas inflamatorios con mayor seguridad y prontitud que no lo harian los antiflojísticos.

Para el tratamiento radical debe tratarse de modificar, ya toda la constitucion del enfermo, ya el estado de las vias digestivas, de una manera bastante profunda y duradera para que desaparezca la disposicion á la acidez, con el uso de un régimen fortificante, de alimentos animales, de vinos amargos y jenerosos, haciendo que se haga un ejercicio proporcionado y que se sigan las reglas de una buena hijiene, y obrando directamente en el canal digestivo con los amargos y tónicos, como los preparados de hierro. El uso sabio y prudente de los purgantes y eméticos, con el objeto de activar la secrecion de la bilis, nos parece muy racional y muy útil.

Diacrisis serosa.

Se refiere á las diarreas serosas y colicuativas, y aunque es muy frecuente en la infancia no merece una descripcion especial: depende siempre de otro estado patológico, por lo comun jeneral, y sobre todo de la afeccion tuberculosa. Esta diarrea no es la que resulta de una secrecion purulenta en el caso de úlceras tuberculosas de los intestinos, pero está esencialmente constituida por un líquido muy tenue, de apariencia serosa, un poco modificada solamente por la presencia de la bilis ó de otras materias intestinales: depende de un au-

mento de la prespiracion mucosa, semejante al de la prespiracion cutánea que produce los sudores colicuativos. Definida de esta manera la diarrea serosa nada presenta de especial en los niños; pero se observan además otras diarreas de naturaleza serosa, faltando la caquexia tuberculosa, y en medio de circunstancias que hacen que deba atribuirse á una lesion de inervacion, como por ejemplo las que parecen ser, segun dijimos, un efecto inmediato del dolor de la denticion ó de causas morales, como los zelos, un susto, etc., que en los niños, lo mismo que en los adultos, tienen una accion positiva. Esta especie de diarrea se diferencia de las demás en que no vá acompañada de dolor ni de retortijones; no se notan en ella vestigio alguno de purulencia, ni aun señal alguno de crudeza; los sujetos que la padecen están débiles, pálidos y abatidos, y acaba fácilmente con los niños, porque por lo regular es muy abundante: raras veces se halla aislada, por lo comun coincide con la diarrea mucosa ó la sigue, ó bien vá acompañada de los síntomas de la diacrisis aceda, etc.; pero en todos los casos suministra una indicacion terapéutica especial y debe combatirse lo mas pronto que se pueda.

El régimen deberá ser tan tónico como lo permitan las circunstancias. Rosen recomienda los alimentos secos, para bebida el cocimiento de canela ó de corteza de naranja, y la administracion de los ferrujinosos. En efecto los tónicos se hallan positivamente indicados, y deben darse tambien los astringentes como el catecú, el extracto de cascarilla y el de rautania, y sobre todo el diascordio y el láudano, á menos de que se hallen contraindicados los opiados. Pueden ser útiles las lavativas con almidon, y las fricciones hechas sobre el abdomen con el aceite de nuez moscada; y por fin Hufeland alaba el uso de los baños calientes, que nos parece que deben ser muy útiles cuando la contractilidad peristáltica de los intestinos parece sobreescitada á causa de una irritabilidad jeneral ó local; lo que anuncian la estremada frecuencia de las evacuaciones y los síntomas de tenesmo.

Diacrisis flatulenta ó ventosa.

Las pneumatoses, tanto en los niños como en los adultos, raras veces constituyen una afección idiopática. Suelen observarse en ciertas neuroses, como el histerismo y la hipocondría, que no afectan á los niños sino es en las inmediaciones de la pubertad. Entre las afecciones convulsivas que padecen los niños, en la eclampsia, durante los accesos, se nota bastante á menudo el meteorismo abdominal, que es de la misma naturaleza que el que se produce en aquellas neuroses. Faltando estas, las pneumatoses se hallan casi constantemente ligadas á alguna otra afección gastro-intestinal, de la cual son solamente un síntoma: y así es que en las gastro-enteritides, en las diacrisis foliculares ó acedas, en las afecciones verminosas, en la dotinentería, en la peritonitis, etc., el meteorismo forma un síntoma mas ó menos importante; pero cuando se halla en alto grado merece una atención especial, porque puede ocasionar por sí solo accidentes funestos. Por fin, en algunos casos, se desarrolla el meteorismo y persiste durante muchos días seguidos sin que se pueda conocer otro estado morbozo de las vías digestivas. La pneumatosis gastro-intestinal presenta siempre mayores inconvenientes en los niños que en el adulto, y aunque muy á menudo basta el combatir su causa, algunas veces exige remedios especiales. Parece que en la infancia la fuerza expansiva de los gases vence fácilmente la contractilidad de las tunicas intestinales, y no se recobra naturalmente aunque desaparezca el estado morbozo primitivo. El meteorismo abdominal es peligroso sobre todo cuando coincide con una enfermedad de pecho; porque como el diafragma no puede abajarse bien, á causa de la distension de los órganos digestivos, priva la debida estension de la respiración y la actividad de la hematosis, siendo tanto mas temible la asfixia cuanto mas insuficiente es la respiración costal, á causa de la afección del pecho: así en los raquíticos cuyo torax se halla mal conformado y estrecho con respecto á sus diámetros ántero-posterior y transversal, siendo la respiración habitualmente diafragmática, se vuelve mas difícil y

mas incompleta luego que es algo considerable el meteorismo abdominal. Esta circunstancia nos ha parecido la causa principal de la muerte en algunos casos, y creemos que esto no es raro, porque los niños raquíticos están muy predisuestos á las pneumatoses gastro-intestinales.

Esto nos induce á aconsejar para los casos de este jénero el uso de los tónicos y de los carminativos, medios que pueden hallarse contraindicados por la afección que produce el meteorismo, por una flegmasia, por ejemplo; pero en muchísimos casos deben administrarse ya solos, ya combinados con las diferentes medicaciones que reclaman las diacrisis, etc. El uso esterno de aquellos medicamentos, en jeneral, no es muy eficaz; pero como nunca es perjudicial, puede emplearse en los mas de los casos, mayormente en los niños, en quienes obran algunas veces mejor á causa de la mayor actividad de la absorción cutánea.

Los niños de teta están por lo menos tan predisuestos á los flatos como los de mayor edad, y es muy probable que en algunos casos deben atribuirse á ellos los retortijones de vientre que padecen. Se ha dicho que los ocasiona el que su nodriza coma ciertos alimentos, como los guisantes, los nabos, las coles, etc., pero tal vez dependen menos de que estos tengan este efecto particular, que de su digestión, siendo incompleta, da á la leche las cualidades que producen los gases en el tubo digestivo del niño: como sea, debe siempre vijilarse el régimen de la nodriza. Para favorecer la emisión de los gases se hacen pequeñas fricciones sobre el abdómen, que se espone á la acción suave de un fuego que dé una llama viva; pueden ser secas ó hacerse con un poco de aguardiente tibio: interiormente se dan algunas cucharadas de una infusión de anís ó de canela.

Diacrisis ó afección verminosa.

Pueden considerarse las afecciones verminosas del aparato digestivo como un resultado de una lesión de secreción; lo cual sino comprende todos los casos, por lo menos es cierto que esta lesión existe con mucha frecuencia, y obra como una

de las condiciones mas favorables. Creemos que no nos incumbe entrar en la cuestion de si los vermes son debidos á jérmenes introducidos desde afuera en nuestros órganos ó á una jeneracion espontánea, pues que esto pertenece á la patología jeneral. Asi nos limitaremos á indicar en resúmen los caracteres de las diversas especies de vermes que se encuentran en el canal dijestivo del hombre.

Estas especies son en número de cuatro, á saber: las *ascárides lombricoides* ó lombrices, las *ascárides vermiculares* ó *oxyures*, los *tricocéfalos* y las *tenias*. Las lombrices, análogas por su forma y volúmen á la lombriz terrestre, están formadas de un cuerpo cilíndrico, prolongado, delgado en sus estremidades y surcado en sus lados; la cola es mas voluminosa que la cabeza que está superada de tres válvulas; su longitud mas comun es de seis á nueve pulgadas y puede llegar hasta á un pie y mas; su diámetro es de cerca dos ó tres líneas; su color es rosado mas ó menos obscuro cuando vivas, muertas son de un blanco amarillento, pálido y descolorido. Los *oxyures* pertenecientes al jénero *ascárides*, son mas pequeños que las lombrices; no tienen sino cuatro ó cinco líneas de longitud y media de diámetro; su forma es cilíndrica, su cabeza obtusa está rodeada de una vejiguilla transparente, y la cola es muy delgada y termina en espiral en el macho y es recta en la hembra. Los *tricocéfalos*, como lo indica su nombre, solo tienen el volúmen de un cabello por la parte de la cabeza, lo restante de su cuerpo se hincha y termina en espiral en el macho, en tanto que en la hembra la cola es recta; su longitud es en jeneral de unas dos pulgadas, su diámetro en la parte mas voluminosa se acerca á la de un alfiler de mediano grosor. Las *tenias*, muy diferentes de las tres primeras especies, son aplanadas, como lo indica su nombre, están formadas por una serie de segmentos unidos entre si por una especie de articulacion, cuya longitud y anchura son variables, pero que nunca pasan de una pulgada, hacen admitir las variedades de *tenia ancha* y de *tenia de anillos cortos*; son de color blanco, semi-transparentes ó lijeramente opacas; su longitud es muy comunmente de muchas varas; en la parte de la cola las articulaciones están frecuentemente cargadas de huevos; la cabeza muy pequeña, casi invisible á simple vista, de forma tuberculosa,

sostiene la boca provista de cuatro chupadores. La *tenia* tiené muchas otras variedades que es inútil de indicar aqui. Las tres primeras especies son mucho mas frecuentes en los niños que en los adultos, y la cuarta es mucho mas rara en aquellos, tanto mas cuanto menor es su edad; las lombrices se encuentran en los intestinos delgados, y mas raramente en los gruesos, en el estómago y en los órganos superdiafragmáticos; asi como los *tricocéfalos* y los *oxyures* pertenecen al contrario á los intestinos gruesos, hallándose los primeros en toda su estension, y sobre todo en las inmediaciones del ciego y aun en el ileon, y los segundos principalmente en el recto, y aun muy á menudo en los repliegues de la mucosa del ano.

CAUSAS. Los niños no se hallan igualmente predispuestos á los vermes en todas las épocas de la infancia: algunas veces se han visto durante la lactancia y aun en los primeros días de la vida, y entonces casi siempre son lombrices; pero tambien se han visto, aun *tenias*, en una edad muy corta; sin embargo la afeccion verminosa es muy frecuente despues del destete hasta á la edad de ocho á diez años. No creemos que la infancia tenga una influencia directa en su produccion; pues solo consideramos, acerca de ello, una relacion mediata ó indirecta, que se esplica simplemente porque las causas que, en todas las edades, determinan ó favorecen la *helminthiasis*, ejercen mas á menudo su accion en la infancia que en una edad mas adelantada. En efecto, aquella debe atribuirse á una alteracion de las cualidades normales de los líquidos intestinales, alteracion que parece que resulta menos de una debilidad de la absorcion que de una lesion de secrecion; por lo que las afecciones verminosas se refieren á las diacrisis, de las cuales son á veces simples epifenómenos, asi como en otros casos parecen formar por si solas todo el estado morboso, porque ha desaparecido ó se ha disminuido mucho el que las ha producido. Son pues causas mediatas de la diacrisis verminosa las que pueden serlo de la mucosa y aceda, y principalmente el predominio del sistema linfático, los climas y habitaciones húmedas, la falta de insolacion, una aireacion insuficiente y sobre todo los alimentos de mala calidad: por la reunión de estas circunstancias los niños de las clases pobres padecen tan á menudo las afecciones verminosas, de manera que son en

algun modo endémicas en ellos. Entre las sustancias cuyo uso demasiado habitual es mas dañoso, deben mencionarse las farináceas, los frutos verdes y acuosos, las legumbres, la sidra, la leche fermentada, el queso y la manteca, y todos los alimentos de mala calidad: las comidas demasiado copiosas ó demasiado multiplicadas é irregularmente distribuidas pueden contribuir á la formacion de los vermes. Las afecciones verminosas algunas veces son epidémicas, y en este caso casi siempre constituyen un epifenómeno de las calenturas mucosas.

SÍNTOMAS. Son muchos y variables, y deben dividirse en algunos órdenes: los unos dependen del estado saburral que precede, acompaña ó sigue al desarrollo de los vermes; otros son un efecto mas ó menos directo de la existencia de estos y constituyen á menudo señales patagnomónicas, y por fin otros se refieren á los desarreglos epifenoménicos que sobrevienen en diferentes órganos, y que, en los mas de los casos, solo pueden esplicarse por conexiones simpáticas. Con respecto á los primeros basta recordar lo que hemos dicho acerca la sintomatología de las diacrisis mucosa y aceda, y así nos limitaremos á citar algunos de los caracteres de ellas, como el mal gusto de boca, la inapetencia ó un apetito voraz, y á menudo la alteracion de estos dos estados, el hipo, la salivacion, la fetidez del aliento, las náuseas, la espulsion de gases de un olor agrio particular y característico, los vómitos sero-mucosos á menudo muy ácidos, los horborismos, los cólicos que ocupan regularmente la rejion umbilical, la constipacion de vientre ó la diarrea formada por materiales viscosos y mucosos, el meteorismo, etc.

Ninguno de estos síntomas reunidos ni aislados suministran indicios positivos de la existencia de los vermes, para lo cual tienen mayor valor las evacuaciones y los cólicos verminosos. La presencia de los vermes en las materias de los vómitos ó fecales, aunque no es un síntoma patagnomónico, pues puede suceder que no haya mas vermes en el conducto intestinal que los que se han espelido; con todo, si después de su espulsion continúan los síntomas digestivos, es sumamente probable que los hay todavía: en todos estos casos deben examinarse con cuidado las materias espelidas por la boca ó el ano. Los cólicos verminosos son muy diferentes de esos dolores

sordos y oscuros, raramente exacerbantes, que dependen de un estado saburral ó de la acidez: su invasion es repentina é inesperada; su intensidad, siempre fuerte y á veces escesiva, no está en relacion con los demás síntomas; se desvanecen con la misma prontitud con qué han aparecido, y se reproducen de una manera muy irregular. La edad poco adelantada de los niños impide algunas veces de apreciar exactamente todos estos caracteres, y sin embargo pueden presumirse con una esploracion atenta: mas adelante los niños espresan bastante bien que estos cólicos son de una naturaleza particular, y lo comparan á la sensacion de una picadura ó de una mordedura en el interior del vientre. Algunas veces lloran con vehemencia, se revuelven y tuereen en la cama, manifestando todos los señales de un dolor violento que recuerda al práctico el de las enteralijas saturninas; y no dudamos en atribuir á este intenso dolor, en los mas de los casos, los accidentes nerviosos que acompañan algunas veces á las afecciones verminosas; pues aquel se hace sentir en el sistema nervioso central, de manera que uno solo de estos cólicos puede bastar, mayormente en los niños muy pequeños cuya irritabilidad es tan viva, para producir inmediatamente una eclampsia de las mas graves.

Los síntomas que pueden llamarse jenerales resultan de la influencia que los vermes y el estado morbozo gastro-intestinal que los acompaña ejercen en la economía. Así la perturbacion de las digestiones esplican suficientemente las de la nutricion, indicadas por la palidez y el abotagamiento de la cara, la flaxidez de las carnes, el enflaquecimiento y la disminucion de las fuerzas. Se observan algunas veces una pequeña tos seca y fatigosa y la difnea ú opresion irregular que se han llamado *gástricas*, y además, tambien por efecto de las simpáticas que son mas intensas en la diacrisis verminosa que en la que es simplemente mucosa ó aceda, hay una cefalalja muy variable, vértigos, tristeza, abatimiento, agitacion é insomnio; pero se anuncia mas particularmente la reaccion de las afecciones verminosas en los centros nerviosos por la dilatacion de las pupilas, el prurito en las alas de la nariz, los zumbidos de oidos, el rechinamiento de dientes, las horripilaciones, diferentes espasmos y una movilidad nervosa próxima de las en-

fermedades convulsivas. Por fin puede sobrevenir la calentura que pueden ocasionar los vermes sin que haya precedido la mucosa, ora por la continuidad y gravedad de las perturbaciones digestivas, ora por la intensidad y la frecuente reproducción de los cólicos: esta es la especie de calentura que los autores han llamado *verminosa*.

Todos los fenómenos que acabamos de describir pueden cambiarse en accidentes mas graves. La complicacion que depende mas directamente de la presencia de los vermes en el canal digestivo es la inflamacion de la túnica mucosa, la cual no resulta solamente de la sobreexcitacion circulatoria inseparable de la dispepsia mucosa, sino tambien de la accion puramente local de los vermes que, en ciertos casos, es muy irritante, como puede juzgarse por los cólicos tan dolorosos que ocasionan: cuanto mas intensos son estos dolores y mas á menudo repetidos ó continuos, mas fácilmente ocasionan la inflamacion, cuyos caractéres jenerales y locales se añaden, en este caso, á los de la afeccion primitiva.

La perforacion de los intestinos y la peritonitis que es su consecuencia casi constante no las atribuyen la mayor parte de los autores modernos, como lo hacian los antiguos y aun algunos pocos médicos de nuestros dias, á la mordedura ó picadura de los intestinos hecha por los vermes. La coincidencia de estos accidentes con la presencia de ellos en los intestinos ó en la cavidad del peritoneo no es muy rara en los niños, de lo cual hemos visto muchos ejemplos, y en todos ellos se podia explicar fácilmente la perforacion por otra causa; y además si esta fuese la indicada mordedura las úlceras tuvieran caractéres particulares, y en los casos en que la peritonitis ocasiona la muerte en muy poco tiempo parecerian aquellas siempre muy recientes; circunstancias que no confirma la experiencia: en todos los casos en que las hemos observado se habian formado crónicamente y dependian de tubérculos reblandecidos y supurados. Tampoco creemos que los vermes puedan salir de los intestinos causando una simple separacion de las fibras de las paredes intestinales; pues una abertura capaz de dejar pasar á los vermes del grosor de dos y media á tres líneas debería ocasionar necesariamente la rotura de las fibras de las túnicas mucosa, celular y serosa y en tal caso es-

te desgarró no pudiera desaparecer sino por cicatrizacion. Los casos referidos por el Dr. Mondière, que recientemente ha pretendido probar el paso de los vermes por simple separacion de las fibras intestinales que procuran, dice, apretándolas y empezando á apartarlas con su estremidad puntiaguda, y que cita en apoyo de su hipótesis, son susceptibles de una interpretacion mas racional conocida de todos; diremos solamente que muchos de estos pretendidos casos de perforacion verminosa se refieren á las perforaciones del apéndice del ciego, cuya historia ha permanecido muy oscura hasta estos últimos tiempos. La cicatrizacion de estas perforaciones y de las que se hallan en otros puntos de los intestinos pueden no dejar sino señales muy lijeros, y fácilmente pueden desconocerse sino se examina el cadáver con toda la atencion necesaria y en una época poco lejana del tiempo en que se efectuó la perforacion.

Sea cual fuere el mecanismo por el cual los vermes atraviesan el canal digestivo, se vé algunas veces que se arrojan por las vias urinarias, y en otras forman un tumor en un punto de las paredes abdominales, lo mas á menudo hácia el ijar ó la ingle del lado derecho, el cual puede causar numerosos errores de diagnóstico; pero regularmente presenta los caractéres de un absceso mas ó menos agudo. Antes de que se abra, á veces los enfermos perciben en él una sensacion particular; los unos experimentan una especie de temblor, algunos movimientos oscuros y picazon; pero otros no perciben en ellos nada de semejante á esto, y hasta que se abren los abscesos no se conoce su causa y naturaleza; pues entonces salen mas ó menos número de vermes. Unas veces queda en esta abertura una fistula estercorácea, y en otras se cicatriza aquella perfectamente; seguramente porque se ha cerrado y curado la perforacion del intestino antes que la abertura del tumor.

Los accidentes nerviosos que hemos indicado como efectos puramente simpáticos pueden constituir, en un grado mayor, verdaderas complicaciones; asi se ha visto sobrevenir en algunos niños bajo el influjo de una afeccion verminosa la sordera, la amaurosis, diferentes anomalías de la vista y de los demás sentidos, y aun afecciones convulsivas, la corea, la catalepsia, la epilepsia, el trismus y otras enfermedades aná-

logas. Muchos autores atribuyen la produccion de estos accidentes nerviosos al paso de los vermes á otros órganos en que no se hallan habitualmente, como por ejemplo en el estómago. Esta esplicacion que ha combatido M. Cruveilhier, nos parece bastante fundada en razon de algunos hechos que hemos presenciado: seguramente puede no ocasionar el menor accidente el cambio de lugar de los vermes, de la misma manera que puede ser inocente su existencia prolongada por mucho tiempo en los intestinos; pero hemos observado casos en que no se declararon accidentes graves sino en el momento probable en que pasaron á las vias digestivas superiores, los cuales cesaron cuando se espelieron las lombrices por vómito. Por otra parte, creemos que los cólicos verminosos en muchos casos orijinian estas perturbaciones, como hemos indicado.

Se ha admitido tambien que los vermes, dejando las vias digestivas, pueden pasar á los conductos biliares ó remontarse por el esófago, entrando ya en las fosas nasales, ya en los órganos respiratorios, en los cuales deberian ser funestos luego de haber llegado á ellos. M. Cruveilhier cree que en todos los ejemplos de este jénero referidos por los autores, no se habia efectuado la traslacion de los vermes hasta despues de la muerte; esta opinion nos parece demasiado esclusiva, pues no repugnamos en admitir la posibilidad de los accidentes de qué hablamos. Por fin no debe perderse de vista que la intensidad de los fenómenos jenerales y locales, de que hemos hablado, varia considerablemente segun los individuos, pues hasta los hay que espelen á menudo muchas lombrices sin que parezcan enfermos; diferencias que no pueden esplicarse sino por el grado igualmente variable de la irritabilidad individual.

Con todo lo que precede pueden conocerse las dificultades que ofrece el diagnóstico de las afecciones verminosas. Sino se encuentran vermes en las materias fecales ó vomitadas y nada manifiesta la existencia de los cólicos verminosos, deberá atenderse la dilatacion de las pupilas, la picazon de la nariz, el olor agrio del aliento y de los sudores, la palidez del color y las irregularidades de la digestion; pero estos señales, aun reunidos, solo tienen un valor secundario. No hay diferencia alguna entre los síntomas suministrados por las lombrices, el tricocéfaló y la tenia; de modo que, sino se espelen

al exterior, es imposible distinguirlos; pero debe tenerse presente que en la infancia es mas rara la tenia. Por lo que toca á las ascárides vermiculares, como se sitúan en el recto, y aun algunas veces en su estremidad inferior, puede conocerse mas fácilmente su presencia: causan vivas comezones en el ano que se aumentan por la tarde y noche y por el calor de la cama, y que algunas veces llegan á ser bastante intensas para simular una neuraljia. Las erecciones, que á veces se ven con admiracion en niños muy pequeños, á menudo dependen de la irritacion del recto producida por aquellos vermes; los cuales regularmente se ven en gran número en las materias fecales, y entonces es muy fácil el diagnóstico.

El pronóstico debe siempre subordinarse á la naturaleza de las causas mas ó menos difíciles de destruir, á la intensidad de los síntomas, á las diferentes especies de vermes, entre las cuales la tenia es la que se hace mas rebelde al tratamiento, y por fin á la gravedad de las complicaciones: sin embargo, por regla jeneral, cuando se conoce la enfermedad, una terapéutica racional desvanece todos los peligros.

TRATAMIENTO. La 1.^a indicacion consiste en procurar la destruccion y la espulsion de los vermes, y la 2.^a en combatir sus causas.

Los antielmínticos son la mayor parte, á la vez, vermícidas y purgantes; pero á menudo tienen solamente una de estas propiedades; y puede bastar su sola aplicacion en la piel para procurar la curacion, mayormente en los niños, cuyo sistema absorbente cutáneo es muy activo; circunstancia que es muy importante para la práctica; pues en ellos pueden administrarse con buen éxito en baños ó en fricciones en el bajo vientre cuando contraindica su uso interno una flegmasia de la mucosa digestiva. La eleccion de los antielmínticos no es indiferente y debe variar segun la especie de los vermes; asi contra las lombrices y los tricocéfalos se emplean con preferencia el musgo de Córcega, el semen-contra, el tanaceto, la cebadilla, la coralina, el ajo, los calomelanos, etc. Como casi todas estas sustancias tienen un sabor amargo y nauseabundo, á menudo es indispensable disimularlo para que los niños quieran tragarlas; y asi se preparan jarabes, jelatinas, tablitas, pastillas, chocolates, etc., á los cuales se incorpora alguna de

ellas ; pero aunque la mayor parte de estos preparados obran bien , es preferible darlas bajo las formas menos agradables de polvos , de infusiones , decocciones , etc. , cuando los niños no rehusan su injeccion ; pues asi se sabe mejor la dosis en qué se dan. Esta debe ser bastante elevada para promover evacuaciones alvinas , mientras no haya síntomas de flegmasia de las primeras vias , y con mayor razon si son muy manifiestos los saburrales ; ó bien deben preferirse aquellos cuya propiedad purgante es mas constante , como los calomelanos , por ejemplo. Contra las ascárides vermiculares , como residen habitualmente en el recto , no es muy necesaria la administracion de los vermifugos por la boca , siendo preferibles las lavativas preparadas con la decoccion de ajo , ó bien con agua fria ó salada , con agua y vinagre ó con un cocimiento amargo ; á las cuales se añade el aceite comun ó de ricino , y aun mejor el empireumático de Chabert á una dosis proporcionada á la edad del niño ; sin embargo es útil auxiliar la accion de estas lavativas con la administracion de los calomelanos interiormente. Cuando las ascárides vermiculares se encuentran en los repliegues del ano deben hacerse fricciones en esta parte con el unguento mercurial , introduciendo una pequeña cantidad de él en el recto con el dedo ó con una mecha que se deja en él , renovándola oportunamente. Contra la tenia convienen especialmente la raiz de helecho macho y la corteza de la raiz del granado.

Por lo que toca á las complicaciones , cuando son recientes y no han ocasionado alteracion alguna profunda en los órganos , es raro que no las haga desaparecer pronta y completamente la espulsion de los vermes ; pero cuando amenazan una muerte próxima por su persistencia ó gravedad , exigen una medicacion activa y apropiada á su naturaleza. Si se sospecha que estos accidentes dependen de qué los vermes han pasado al estómago , debe procurarse su espulsion por vómito con el tártaro estibiado ó la ipecacuana.

Además se han de remover todas las causas que favorecen el desarrollo de los vermes , pues si aquellas persisten , estos se reproducen y sostienen las diacrisis ; de lo que pudiera resultar una verdadera caquexia ó una *hetiques verminosa* que puede ocasionar la muerte del enfermo. Debe pues des-

vanecerse la diacrisis concomitante con el tratamiento propio y con una buena hijiene , y se ha de procurar á todos los órganos la tonicidad y la enerjía funcional que les faltan. Los antiguos aconsejaban el emprender la curacion de los vermes , mayormente de la tenia , durante la luna menguante ó nueva ; algunos modernos insisten tambien en esta circunstancia que parece poco importante á los prácticos franceses , pues que la mayor parte no se paran en ello.

§ III.

De diferentes enfermedades gastro-intestinales.

HEMORRAJIAS. Las hemorragias gástricas é intestinales , idiopáticas y sintomáticas son seguramente mucho menos comunes en la infancia que en una edad mas adelantada ; y no presentan , en los pocos casos que se observan en aquella , carácter alguno particular , si se exceptúan las que sobrevienen en los recién-nacidos , de qué vamos á ocuparnos , y las que se observan á veces durante toda la infancia por efecto de una diátesis hemorrájica que se manifiesta casi siempre al mismo tiempo por derrámenes intersticiales de la piel , ó sea por un púrpura , de las cuales hablaremos mas adelante.

Diferentes observaciones recojidas por autores recomendables prueban que las hemorragias gastro-intestinales , sin ser frecuentes , se efectúan algunas veces en los recién-nacidos y merecen un estudio particular. Se declaran durante la primera semana de la vida , haciéndose sucesivamente mas raras en la segunda y tercera ; son mas frecuentes en los intestinos que en el estómago , y se observan en ambos sexos sin diferencia notable.

Billard las considera como efecto de una fuerte congestion pasiva producida por un obstáculo de la circulacion jeneral , y cree que , en los casos que observó , el estado apoplético dependia de la permanencia prolongada de fetos pletóricos en una pelvis estrecha , y de que se habia establecido incompletamente la respiracion y la circulacion pulmonar. Esta explicacion no parece aplicable á todos los casos , pues se ha

ellas ; pero aunque la mayor parte de estos preparados obran bien , es preferible darlas bajo las formas menos agradables de polvos , de infusiones , decocciones , etc. , cuando los niños no rehusan su injeccion ; pues asi se sabe mejor la dosis en qué se dan. Esta debe ser bastante elevada para promover evacuaciones alvinas , mientras no haya síntomas de flegmasia de las primeras vias , y con mayor razon si son muy manifiestos los saburrales ; ó bien deben preferirse aquellos cuya propiedad purgante es mas constante , como los calomelanos , por ejemplo. Contra las ascárides vermiculares , como residen habitualmente en el recto , no es muy necesaria la administracion de los vermifugos por la boca , siendo preferibles las lavativas preparadas con la decoccion de ajo , ó bien con agua fria ó salada , con agua y vinagre ó con un cocimiento amargo ; á las cuales se añade el aceite comun ó de ricino , y aun mejor el empireumático de Chabert á una dosis proporcionada á la edad del niño ; sin embargo es útil auxiliar la accion de estas lavativas con la administracion de los calomelanos interiormente. Cuando las ascárides vermiculares se encuentran en los repliegues del ano deben hacerse fricciones en esta parte con el unguento mercurial , introduciendo una pequeña cantidad de él en el recto con el dedo ó con una mecha que se deja en él , renovándola oportunamente. Contra la tenia convienen especialmente la raiz de helecho macho y la corteza de la raiz del granado.

Por lo que toca á las complicaciones , cuando son recientes y no han ocasionado alteracion alguna profunda en los órganos , es raro que no las haga desaparecer pronta y completamente la espulsion de los vermes ; pero cuando amenazan una muerte próxima por su persistencia ó gravedad , exigen una medicacion activa y apropiada á su naturaleza. Si se sospecha que estos accidentes dependen de qué los vermes han pasado al estómago , debe procurarse su espulsion por vómito con el tártaro estibiado ó la ipecacuana.

Además se han de remover todas las causas que favorecen el desarrollo de los vermes , pues si aquellas persisten , estos se reproducen y sostienen las diacrisis ; de lo que pudiera resultar una verdadera caquexia ó una *hetiques verminosa* que puede ocasionar la muerte del enfermo. Debe pues des-

vanecerse la diacrisis concomitante con el tratamiento propio y con una buena hijiene , y se ha de procurar á todos los órganos la tonicidad y la enerjía funcional que les faltan. Los antiguos aconsejaban el emprender la curacion de los vermes , mayormente de la tenia , durante la luna menguante ó nueva ; algunos modernos insisten tambien en esta circunstancia que parece poco importante á los prácticos franceses , pues que la mayor parte no se paran en ello.

§ III.

De diferentes enfermedades gastro-intestinales.

HEMORRAJIAS. Las hemorragias gástricas é intestinales , idiopáticas y sintomáticas son seguramente mucho menos comunes en la infancia que en una edad mas adelantada ; y no presentan , en los pocos casos que se observan en aquella , carácter alguno particular , si se exceptúan las que sobrevienen en los recién-nacidos , de qué vamos á ocuparnos , y las que se observan á veces durante toda la infancia por efecto de una diátesis hemorrájica que se manifiesta casi siempre al mismo tiempo por derrámenes intersticiales de la piel , ó sea por un púrpura , de las cuales hablaremos mas adelante.

Diferentes observaciones recojidas por autores recomendables prueban que las hemorragias gastro-intestinales , sin ser frecuentes , se efectúan algunas veces en los recién-nacidos y merecen un estudio particular. Se declaran durante la primera semana de la vida , haciéndose sucesivamente mas raras en la segunda y tercera ; son mas frecuentes en los intestinos que en el estómago , y se observan en ambos sexos sin diferencia notable.

Billard las considera como efecto de una fuerte congestion pasiva producida por un obstáculo de la circulacion jeneral , y cree que , en los casos que observó , el estado apoplético dependia de la permanencia prolongada de fetos pletóricos en una pelvis estrecha , y de que se habia establecido incompletamente la respiracion y la circulacion pulmonar. Esta explicacion no parece aplicable á todos los casos , pues se ha

objettato á ella que serian mucho mas frecuentes si el estado apopléctico fuese su verdadera causa, y que se han observado sin que hubiese precedido carácter alguno de la plétora, como lo han demostrado M. Rahn-Escher, el cual las atribuye á una hiperemia enteramente local del tubo digestivo, debida á una predisposicion particular y á una debilidad de nacimiento, y dice que el establecimiento difícil de la circulacion pulmonar no es mas que una causa ocasional. Segun él, la predisposicion depende de un mal estado de salud de la madre; y en efecto no repugna el admitir que las malas condiciones de una mujer durante la preñez pueden debilitar la constitucion del niño y predisponerle á las hemorragias por debilidad y atonia del sistema circulatorio.

Los síntomas son oscuros y el diagnóstico difícil mientras la sangre no sale al exterior: pero podrá presumirse la existencia de una congestión sanguínea de las mucosas, y se temerá la invasion de una hemorragia siempre que nace un niño en un estado apopléctico que persiste durante los primeros dias de la vida. Si se establece la hemorragia, que es poco abundante, no hará desaparecer el estado apopléctico ni aun la congestión de la mucosa digestiva; y desde entonces el diagnóstico será necesariamente muy incierto hasta que se vea un poco de sangre en los vómitos ó en las evacuaciones alvinas; pero si aquella es abundante, disminuirá la plétora que desaparecerá y se cambiará en un estado jeneral de anemia: entonces, sino sobreviene luego la muerte, la sangre no tarda en salir por la boca ó por el ano. En otros casos no preexiste el estado apopléctico, pero entonces el alujo sanguíneo no puede pasar á las vísceras abdominales sin que se descolore y enfrie la piel, el pulso se vuelva frecuente y pequeño, la respiración congojosa, y en una palabra sin que sobrevengan los señales exteriores de la anemia. En algunos casos observados por M. Rahn-Escher estos síntomas, unidos á la agitacion, á una especie de temblor y á movimientos convulsivos, han parecido preceder la exalacion sanguínea; de manera que, antes de ella, se habian notado los síntomas iniciales y precursores que anuncian casi todas las hemorragias espontáneas á una edad mas adelantada. Cuando se ha establecido la hemorragia se van marcando mas y mas todos estos síntomas jenerales: y

además el vientre se hincha, parece un poco dolorido, pero no presenta calor ni tension notables; sobrevienen síncope, y pronto no deja duda alguna la salida de la sangre por las vias naturales, á menos de que sea con respecto al sitio de la hemorragia, que se ha visto proceder, aunque rarisimas veces, de algun órgano abdominal puesto accidentalmente en comunicacion con la cavidad gastro-intestinal. Por fin casi nunca podrá saberse el punto de los intestinos en que se ha exalado la sangre, pero puede pensarse, con M. Rahn-Escher, que se ha efectuado en los intestinos delgados cuando hay regularidad en las evacuaciones alvinas y la sangre se halla íntimamente mezclada con ellas pareciendo, en algunos casos, que ha sufrido un principio de digestión; y si se observan fenómenos contrarios á los que acabamos de indicar, podrá creerse que el mal se halla en los intestinos gruesos; por fin la hematictemesis, la dilatacion y la matitis de la rejion correspondiente al estómago, indicarán la gastrorragia. Por otra parte son poco interesantes estas diferencias de diagnóstico; pues para el tratamiento basta saber que debe combatirse una hemorragia del conducto digestivo sea cual fuere el punto en que se efectúe.

Segun Billard, esta enfermedad casi siempre es mortal; pero ha terminado felizmente en algunos de los casos citados por Rahn-Escher, en los cuales siguió no obstante á la afeccion principal una especie de caquexia ó mas bien de clorosis, de la cual no pudo triunfar completamente.

El tratamiento no es idéntico en todos los casos. Billard dice, con razon, que nunca deben olvidar los comadrones el dejar fluir una cierta cantidad de sangre por el cordón umbilical cuando los niños nacen en un estado inminente de asfixia, de resultas de la larga duracion del parto. Cuando á pesar de esta precaucion, ó por haberse olvidado, los niños están evidentemente pletóricos, deben aplicarse una ó dos sanguijuelas en el ano. Cuando no hay plétora, y sobre todo si se nota ya la anemia de resultas de la hemorragia, debe prescribirse una bebida fria y lijeramente acidulada con el jarabe de membrillos ó con algunas gotas de ácido nítrico ó del agua de Rabel, y serian muy útiles las lavativas de la misma naturaleza si el niño podia conservarlas. M. Rahn-Escher prefie-

re los astringentes unidos á los mucilajinosos, y asi, en muchos casos, prescribe una emulsion mucilajinosa con la magnesia, el alumbre y el almizcle, sustituyendo en otros al alumbre la ratania; para bebida da la infusion de las pepitas de membrillo; ordena los fomentos sobre el abdómen con el vino tinto ó la decoccion de quina, y pone á los niños enfermos á dieta absoluta. Contra el estado clorótico consecutivo aconseja los tónicos suaves, las sustancias amargas mucilajinosas, y mas tarde los preparados marciales y en particular el hidrocloreto de hierro y de amoníaco, los baños jelatinosos, aromáticos y tónicos, y por fin una dieta conveniente y sobre todo la leche de mujer, y en falta de esta la de vaca con pan y los caldos lijeros no salados preparados con las tablitas de caracoles, etc.

INVAJINACION DE LOS INTESTINOS. Volvulus. Es muy frecuente el encontrar esta lesion en los cadáveres de los niños, y tanto mas cuanta menor es su edad, pero es muy probable que no se efectúa hasta á los últimos momentos de la vida, y aun tal vez despues de la cesacion de las funciones de la vida animal. Los niños en quienes la hemos encontrado mas á menudo habian muerto de afecciones cerebrales, y no hemos tenido ocasion de observar cuales son los síntomas que puede ocasionar cuando se efectúa durante la vida. La descripcion de Billard hace dudar que haya visto nunca accidentes graves resultantes de ella. M. Mittchel, que dice haberla observado en muchos casos, se pregunta si su mayor frecuencia en la infancia puede depender de la mayor flaxidez de los intestinos y de los gritos violentos tan habituales en esta edad.

El diagnóstico del vólculo es jeneralmente muy obscuro, y los síntomas que se notan en los mas de los casos son la constipacion pertinaz, y, cuando la enfermedad se prolonga, las evacuaciones sanguinolentas, la hinchazon progresiva del vientre, los vómitos primero de las bebidas y despues de las materias intestinales y estercoráceas, una agitacion continua, un cambio profundo en la fisonomía, la palidez, el enfriamiento, la pequeñez y frecuencia de pulso, los dolores de vientre excesivos, etc.; sin embargo muchos de estos síntomas pueden faltar ó pertenecer á otras enfermedades, de manera que, en el estado actual de la ciencia, dejan mucho que desear tanto el diagnóstico como el tratamiento de esta afeccion. Segun M.

Clarke, no puede desconocerse la invajinacion cuando se halla un tumor en la rejion ilíaca izquierda y prolapso por el recto de la porcion invajinada: además debe tenerse un cuidado particular con la hemorragia anal y la posibilidad de alcanzar con el dedo al intestino que, sin salir al exterior, ha bajado cerca del ano. Este práctico admite dos especies de invajinacion: una aguda, que sobreviene repentinamente y casi siempre es mortal, y otra crónica, que se declara lentamente y puede curarse por la separacion y la caida de la porcion invajinada. M. Johnson cree que, en los mas de los casos, los señales no son bastante positivos para hacer presumir la naturaleza de la enfermedad; y asi el tumor abdominal puede depender de otras causas sin la invajinacion como de una hernia ventral, de una coleccion de materias fecales, ó de un peoton de vermes. Este médico añade que despues de la adesion de las dos membranas serosas invajinadas, la naturaleza no escasea siempre una salida á las materias fecales, que á veces se evacuan pasando por un pequeño espacio que queda; asi como en otras hay una obstruccion de vientre completa. Por lo menos esto es lo que resulta de las observaciones publicadas hasta ahora.

El pronóstico debe ser muy grave, pues muy difícilmente se consigue la curacion sea cual fuere el tratamiento empleado. Segun M. Langstaffe la *intus-suscepcion* mas peligrosa es la que tiene lugar por la invajinacion del extremo de los intestinos delgados en el ciego.

El tratamiento no se halla aun establecido sobre bases positivas, pues hay ciertos medicamentos, como por ejemplo los purgantes, que, encarecidos por algunos prácticos, son desechados enérgicamente por otros. Segun M. Johnson la enfermedad presenta dos peligros, á saber, la obstruccion y distension de la porcion intestinal superior, y la inflamacion de las partes invajinantes, invajinadas é inmediatas. Es pues necesario el prevenir luego la inflamacion por medio de las evacuaciones sanguíneas locales repetidas y de la dieta: esta previene tambien la coleccion de las materias fecales; pero al mismo tiempo deben mantenerse las fuerzas del enfermo con las lavativas nutritivas, y se han de procurar las condiciones propias para que se establezcan las aderencias necesarias y

para la separacion de la parte mortificada. M. Johnson cree que los purgantes que se han creído propios para desenredar al intestino son perjudiciales 19 veces por cada 20, y prefiere á ellos repetidas lavativas de agua tibia. M. Hardwicke piensa que ni las lavativas ni otro remedio alguno pueden desunir los intestinos, y que solo puede conseguirse la curacion por la adherencia de las dos membranas serosas intestinales que se hallan en contacto, y por la evacuacion de la parte invaginada. Por fin M. Mitchell, habiéndolo ensayado todo sin efecto, recurrió al siguiente procedimiento: hizo entrar en el recto tanto como pudo una cánula de goma elástica, y adaptando á ella el pico de un fuelle introdujo despues con este medio una grande cantidad de aire en el canal cibal; la distension, desplegando las asas intestinales, hizo desaparecer como por encanto los síntomas de estrangulacion, aparecieron las deposiciones, y el niño se curó. Creemos que este medio, á pesar de que solo se ha usado una vez, debe aconsejarse positivamente, á causa de la insuficiencia de los demás y porque tiene la analogía en su favor; pues en el cadáver con la insuflacion de un paquete intestinal, por enredado que esté, se desenreda fácilmente; y lo mismo debe suceder durante la vida, mientras no se hayan formado adherencias. Un medio análogo, que parece haber tenido buen efecto en un caso muy grave en un sujeto de 22 años empleado por el Dr. Bonati, consiste en el uso de inyecciones de agua por el recto hechas en grande cantidad y con mucha fuerza por medio de una jeringa grande ó de un instrumento *ad hoc* que aquel médico llama *hydroballe*, que es una especie de bomba aspirante y soplante de chorro continuo. Muchas veces se ha empleado el mercurio flúido y en algunas ha tenido buen éxito.

REBLANDECIMIENTO DE LA MEMBRANA MUCOSA GASTRO-INTESTINAL. Se ha descrito como una enfermedad especial y segun sus diferentes aspectos se ha distinguido en *reblandecimiento gelatiniforme* y *blanco*. Sin embargo no estamos conformes con esta opinion, pues consideramos al reblandecimiento como una simple lesion de tejido, las mas de las veces producida despues de la muerte, y que, aun cuando empieza durante la vida, no se manifiesta nunca sino como efecto de una inflamacion, ó bien de la simple accion química de los líquidos gas-

tro-intestinales, la cual, en los mas de los casos se ejerce en el intervalo que media entre la muerte y la autopsia.

Por consiguiente, correspondiendo su historia á los tratados de anatomía patológica, solo los mencionamos.

Cuando el reblandecimiento del estómago empieza durante la vida y presenta una marcha rápida y grave no es imposible el diagnosticar esta complicacion; pues se nota una alteracion profunda y repentina de la fisonomía; los ojos se ponen hundidos, los carrillos huecos, la lengua pálida, el paladar seco ó muy poco húmedo, las evacuaciones alvinas líquidas y verdosas, como una solucion de sulfato de hierro (Trousseau); el niño masca continuamente, vomita todo lo que traga y aun el agua azucarada, el vientre, primero hinchado, se abaja y despues sobreviene una emaciacion tan rápida que apenas puede conocerse al niño algunas horas despues de haberlo visto. Cuando se notan estos síntomas el pronóstico es siempre mortal, pues que son irreparables los desórdenes de la mucosa gástrica, y siendo imposible la quimificacion sobreviene irremisiblemente la muerte.

El reblandecimiento blanco se observa despues de flegmasias crónicas ó de diacrisis mucosas ó acedas crónicas; en las cuales, y en particular en la calentura mucosa héctica, al reblandecimiento se añade siempre una atrofia considerable del tubo digestivo: sus paredes son escesivamente pálidas y descoloridas, las tónicas se hallan reducidas á una delgadez mayor que la de un papel, y la mucosa cede á la menor frotacion como sino fuese otra cosa que una capa de moco.

INDIESTION. Es muy frecuente en todas las épocas de la infancia, pero en su fondo se diferencia poco en ella de lo que es en las demás edades. Debe considerarse siempre como una perturbacion momentánea de la accion del estómago ó de los intestinos, y sus causas se reducen á una falta de proporcion entre el alimento y las fuerzas digestivas. Hallándose el tubo intestinal en un estado perfectamente sano, la indigestion puede ser efecto de la injeccion de alimentos demasado abundantes ó de mala calidad; pero puede sobrevenir tambien, á pesar de un régimen bien empleado, si una causa patojénica cualquiera sorprende al canal digestivo en un momento en que están exaltadas todas sus propiedades vitales. En todos estos

casos supone antes de la inyeccion de los alimentos la integridad de los órganos, y su regreso al estado normal por la sola deplecion. Sin estas dos condiciones no seria mas que un fenómeno sintomático de alguna otra enfermedad.

Casi siempre deben atribuirse á la incuria de los padres las indigestiones tan frecuentes en la primera edad; porque no siguen aquellos las reglas hijiénicas propias para los niños, en los cuales las comidas deben ser frecuentes pero no demasiado, á fin de que pueda completarse la digestion de los alimentos introducidos en el estómago antes de que se tomen otros. Es mas fácil y menos peligroso de lo que se cree jeneralmente el regularizar las horas de las comidas; y si bien esta práctica seguida demasiado rigurosamente, puede ocasionar inconvenientes en los niños de teta, nunca se encargará demasiado para una época mas adelantada.

En cuanto á los síntomas inmediatos y consecutivos, la indigestion se diferencia poco en los niños de uno á quince años y en los adultos. Basta advertir que en los primeros en jeneral es mas lijera, y solo ocasiona un desarreglo pasajero de la salud con tal que no haya otra causa patológica. En ellos es muy fácil el vómito, y por lo mismo, cesando inmediatamente la replecion del estómago por este acto, continúa la digestion sin accidente notable: sin embargo, si los alimentos pasan mal quimificados á los intestinos, estos, irritados á la vez, operan una quillificacion incompleta, y pueden desarrollarse los cólicos, la diarrea y otros síntomas: entonces hay *indigestion intestinal* consecutiva á la *gástrica*.

Lo que los autores han dicho del vómito en los recién-nacidos se refiere en parte á la indigestion gástrica y en parte á las demás afecciones de que puede depender. En la simple indigestion el niño vomita solamente la cantidad escesiva de leche que ha mamado, lo que se observa en los que maman con anhelo, mayormente si la nodriza tiene mucha leche; en tal caso el vómito es menos una enfermedad que un esfuerzo propio de la naturaleza pues descarga al estómago, haciendo que este pueda quimificar mas completamente el resto de los alimentos. Esta simple *rebosadura* no compromete la salud ni el desarrollo del niño; y por consiguiente no reclama medio alguno terapéutico, y solo debe encargarse á la nodriza que

procure que el niño no trague una cantidad escesiva de leche á la vez.

Quando la indigestion no es efecto de la cantidad escesiva de leche tragada y nada indica una enfermedad en el estómago, debe sospecharse que la leche no tiene buenas cualidades. Muchas veces se nota que, por efecto de los desarreglos en el réjimen, de emociones morales, de la reaparicion de los menstruos, del coito, etc., se perturba la secrecion láctea, constituyendo la verdadera causa de la indigestion de los niños; pero además en algunas mujeres, sin que precedan estas causas, y por efecto de una indisposicion puramente individual, la leche se halla habitualmente modificada en su composicion. Por fin, puede tambien ser perjudicial la leche por el solo motivo de su ancianidad desproporcionada á la edad del niño que la mama, pues que es sabido que su composicion no es igual en las diferentes épocas de la lactancia.

Además, la idiosincrasia del niño puede ser la causa de sus indigestiones; pues asi como en una edad mas adelantada se observa que ciertos alimentos son indigestos para algunos sujetos, al paso que los demás los dijieren perfectamente, de la misma manera la leche de una mujer puede indigestarse en un niño y ser dijierida por otro.

Con respecto á lo dicho deben variar los consejos que ha de dar el práctico. Si la leche maternal parece viciosa, es evidente que debe entregarse el niño á una ama de leche, pero antes de recurrir á este medio estremo, puede ensayarse el modificar la secrecion mamaria, apartando todas las causas que pueden perturbarla, y corrijiendo la imperfeccion de las digestiones de la madre; para esto se aconsejan el agua de Seltz, las limonadas y bebidas atemperantes, las emulsiones, los laxantes suaves, el ácido tartárico, la magnesia y otros medicamentos de este jénero. Quando la indigestion depende de la idiosincrasia del niño, es preciso procurar hacerse cargo de la causa de la impotencia del estómago, buscando si las secreciones gástricas son viciosas, ó si el vómito depende de una simple irritacion de los nervios y de la túnica muscular del estómago. Es sabido que la quimificacion de la leche comienza siempre con su coagulacion, debida á la accion de los ácidos gástricos. En atencion á esta particularidad, si el niño vomita media ó una

hora despues de haber mamado, y la leche es todavía líquida, debe presumirse que los ácidos gástricos faltan ó son poco activos; lo que es raro en los niños de teta, é indica siempre un estado patológico que se diagnostica con otros señales: al contrario, la leche vomitada indica un predominio de los ácidos gástricos cuando los coágulos caseosos son duros, el aliento del niño tiene un olor agrio muy pronunciado, y se encuentra entre los excrementos una gran parte de leche todavía coagulada y no descompuesta. En este caso, que es mas frecuente, deberemos valernos de los medios que hemos aconsejado hablando de la diacrisis aceda, administrando los absorbentes y alcalinos con preferencia, poco tiempo despues de la injeccion de la leche. Para favorecer la liquidacion de los coágulos y su paso á los intestinos, es útil escitar al estómago con una ligera infusion de té, ó aumentar la proporcion del agua en la leche ingerida dando al niño poco tiempo despues de haber mamado algunas cucharadas de agua azucarada. Cuando el vómito depende de una simple irritabilidad anormal, lo que es frecuente en la convalecencia de las enfermedades que han exigido una dieta rigurosa, sobreviene no solamente despues de la injeccion de la leche y de los alimentos, sino tambien despues de la introduccion de las bebidas que no necesitan elaboracion alguna para ser absorbidas. A esta clase deben atribuirse los vómitos que sobrevienen en los primeros dias de la vida á causa de que el estómago no se halla todavía habituado á la accion de los escitantes fisiológicos, y los que ocasionan las emociones morales. Esta anomalía de la inervacion no debe combatirse siempre con actividad, porque puede desvanecerse poco á poco espontáneamente; pero si es muy intensa y perturba casi constantemente las digestiones, como por si sola puede ser funesta ú ocasionar alguna enfermedad, deben prescribirse un réjimen tan suave y arreglado como se pueda y los sedativos locales y jenerales, como los fomentos emolientes y narcóticos sobre la rejion del epigastrio, los baños tibios, é interiormente el agua de flores de azahar, de lechuga ó de tilo, el sub-nitrato de bismuto, y por fin, en los casos graves, ó cuando los vómitos son rebeldes, el láudano del Sydenham ó el jarabe de adormideras blancas á doses proporcionadas á la edad de los niños.

Los efectos de las indigestiones no se limitan siempre á los síntomas locales. Cuando el vómito no desembaraza con prontitud al estómago de los alimentos que no puede digerir, su indigestion ocasiona otros síntomas, y en particular los del sistema nervioso; y asi en algunos casos hay cefalalja, modorra y convulsiones, de lo cual resulta qué puede ponerse en inminente peligro la vida de un niño solamente por una indigestion. Entonces el tratamiento presenta las mismas indicaciones que en una edad mas adelantada, es decir, unas veces es preciso estimular la accion del estómago con los tónicos y los estimulantes, en otras debe procurarse la evacuacion inmediata de los alimentos con un vomitivo, y en otras debe calmarse la irritacion nerviosa ó la inflamacion que sucede á los síntomas de la indigestion con los antiespasmódicos ó antilójísticos; sin que presente el tratamiento cosa particular para los niños.

HERNIAS ABDOMINALES * (1). Las hernias del abdómen son muy frecuentes en los niños, pudiendo ser *congénitas* ó adquiridas durante la infancia por las mismas causas que las ocasionan en el adulto; siendo muy fácil en ellos su formacion á causa de la laxitud de sus tejidos. Pueden verificarse por todas las aberturas ó anillos que presentan naturalmente las paredes abdominales; ó bien, siendo *congénitas*, pueden ser efecto del desarrollo imperfecto de aquellas, cuyas partes constituyentes han dejado entre si espacios mas ó menos anchos, por los cuales salen los órganos que contiene el abdómen.

Hernia umbilical, exómfalo ú onfalocete. Se designa con estos nombres la salida de las vísceras abdominales por el anillo

(1) *El Dr. Barrier, al paso que no ha olvidado enfermedad alguna de las que padecen los niños en las diferentes épocas de la infancia correspondientes á las que son puramente internas ó mixtas, deja de intento la descripcion de las esternas. Como al emprender la traducción de este tratado nos propusimos la publicación de una obra que comprendiese todas las particularidades que presentan las enfermedades en la infancia, hemos creido del caso añadir algunas de las que faltan en el orijinal, como lo haremos colocándolas en el lugar que les corresponde siguiendo la clasificacion del autor; y con el objeto de distinguir las marcaremos con esta seña. * Nota de los traductores.*

umbilical; enfermedad á que se hallan muy espuestos los niños de corta edad y particularmente los recién-nacidos; los cuales las traen ya algunas veces cuando vienen al mundo. En este caso á veces se halla ya completamente formada la hernia, y en otras solo llevan los niños una disposicion particular de las partes que ocasiona su formacion despues del nacimiento, por lo que en rigor, aun en este caso, puede considerarse como congénita.

La hernia umbilical de nacimiento depende por lo regular del desarrollo incompleto de la pared correspondiente, y forma al nivel del ombligo un tumor redondeado y algunas veces conoideo, cuyo vértice corresponde á la implantacion del cordón y su base al rededor del anillo aponeurótico umbilical que es mas ancho de lo regular. Está lleno de surcos; es mas ó menos prominente; ocupa el espesor del cordón; regularmente se reduce con mucha facilidad, pues es muy raro que haya adherencias ni estrangulacion de las hernias en la primera infancia, y vuelve á aparecer luego que cesa la compresion.

Cuando no se manifiesta la hernia hasta despues de la caída del cordón, proviene regularmente, como queda indicado, de la anchura preternatural del anillo ó de su flojedad; pero contribuyen poderosamente á su formacion los esfuerzos que hace el niño particularmente cuando llora, pues que los intestinos, distendidos por el alimento que reciben, son rechazados hácia abajo por las contracciones violentas del diafragma.

En este caso forma tambien un tumor redondeado como la abertura que ha dado paso á las vísceras desalojadas, y que tiene los demás caracteres arriba dichos. Sin embargo debe tenerse presente que, lo mismo que en el adulto, si se descuida y hace progresos, engrosándose la porcion mas distante del ombligo con la salida de una mayor cantidad de las vísceras que pueden formarla, á saber el epiploon, los intestinos ó ambos á la vez, el tumor parece colgar de un pedículo.

Cuando la hernia es poco voluminosa, por lo regular, no corre peligro alguno la vida del niño que la padece, y se cura radicalmente; pues á medida que avanza en edad se estrecha el anillo umbilical y los intestinos aumentan de volúmen. Al contrario, cuando es muy voluminosa (como en algunos casos que citan los autores, en quienes tenia un tamaño tan

escesivo que contenia la mayor parte de las vísceras abdominales) suelen ocasionar la muerte antes, ó poco tiempo despues del nacimiento. En estos casos merece mas bien la enfermedad de que tratamos el nombre de *eventracion* que el de hernia umbilical, y forma un vasto tumor cubierto por una piel delgada que presenta una base muy ancha, en cuyo centro hace eminencia el cordón umbilical, cuando el defecto de desarrollo de la pared abdominal se halla inmediato al ombligo; en cuyo punto y sobre la línea media del abdomen es donde suele aparecer la eventracion.

En este lugar debemos hacer mencion, (sin detenernos en mayores detalles, que pasarian de los límites que hemos fijado á esta obra), de aquellos tumores accidentales que contienen restos de otros fetos, que se han desarrollado algunas veces en diferentes puntos de la cavidad abdominal.

Cuando en la época del nacimiento aparece ya la hernia congénita, debemos poner un particular cuidado al ligar el cordón umbilical en no comprender en la ligadura á la víscera que la forma: antes de practicarla debe apretarse el tumor para que las vísceras vuelvan á entrar en el abdomen. Despues de ligado el cordón, lo mismo que cuando no aparece la hernia hasta despues de su caída, debemos procurar la curacion de esta enfermedad, sin lisonjarnos nunca de qué se cure por los solos esfuerzos de la naturaleza, á pesar de que algunas veces, aunque raras, se ha conseguido tan dichoso resultado á consecuencia de la disposicion natural que tiene á encojarse la abertura umbilical.

Tres son los medios por los cuales puede procurarse la curacion radical del exómfalo en los niños, á saber, con los tópicos astringentes ó de otra clase aconsejados por los antiguos, con la ligadura y con la compresion. Seria ocioso y perjudicial insistir por largo tiempo en el uso de los primeros. La ligadura descrita y practicada por los antiguos, como Celso, Saviard, etc., fué reproducida por Dessault que fué el único, entre los modernos, que le dió la preferencia con exclusion de la compresion, y la practicaba ligando la base del tumor, despues de haber reducido con cuidado los órganos contenidos en él, con un hilo encerado, que apretaba lo suficiente para escitar una inflamacion adhesiva en su interior, cuidando

de no apretarla escesivamente para no cortarlo. Al cabo de algun tiempo (por lo comun tres dias) estando ya alojado el hilo, aplicaba otro nuevo apretándolo mas; y así al octavo dia suelen caer las partes contenidas en la asa de la ligadura. Este método, mas feliz en apariencia y al momento de su aplicación que relativamente á sus resultados, ha sido combatido por los operadores mas modernos que lo han abandonado, en vista de que las curaciones que prometia Dessault como radicales eran solamente momentáneas. (Richerand, Jourdan, etc.) La compresion es pues el medio mas jeneralmente adoptado en el dia. Sus efectos son mas lentos pero mas seguros y durables y se practica aplicando y manteniendo constantemente sobre el ombligo un vendaje apropiado; pudiendo bastar en los recién-nacidos, el aplicar, cuando cae el cordon, compresas graduadas sobre el ombligo, sosteniéndolas con un vendaje de cuerpo ó mejor con un ceñidor elástico. Sino puede reducirse la hernia debe sostenerse con un vendaje de pelota cóncava.

Cuando hay eventracion ó la hernia es muy considerable algunas veces falta la piel del ombligo, y la base del cordon forma únicamente la parte esterna del saco que contiene los intestinos; y muchas veces la película es tan delgada que al través de ella se perciben los intestinos que forman la hernia. M. Hey, en un caso semejante se valió de la operacion siguiente: Despues de haber reducido los intestinos, confió á un ayudante el cuidado de comprimir el cordon bastante cerca del abdomen para impedir que los intestinos volviesen á entrar en el saco herniario; luego, despues de haber aproximado y puesto en contacto la piel de los dos bordes de la abertura y de haber hecho adelantar un poco uno de los labios encima del otro, aplicó sobre el ombligo una especie de pelota compuesta de algunos pedazos de cuero circulares, cargados de diaquilon, puestos uno encima del otro en forma cóncava, y los sostuvo con un vendaje de cuerpo de lienzo, aplicando sobre el ombligo una pelota circular gruesa y picada. Este vendaje, que mudaba de tanto en tanto, contuvo perfectamente las vísceras del abdomen: á los ocho dias despues del nacimiento se separó el cordon umbilical y quince dias despues de esta época estaba tan estrechado el anillo umbilical que pudo quitarse el aparato sia temor de que pudiese reproducirse la hernia: juz-

gó sin embargo conveniente continuar el uso del vendaje.

Mellet hace mencion de un niño que nació con una hernia considerable que se habia formado por una abertura redonda, de una pulgada y media de ancho, situada sobre la rejion umbilical á dos líneas del ombligo. A causa de la pequenez de la abertura, del volúmen considerable de las partes contenidas, efecto de la hinchazon de los intestinos y del estómago, y á causa de la debilidad del niño, no se tanteó medio alguno para reducirla; se le alimentó con agua azucarada y vino, líquido que pasó por los intestinos, á pesar de su estrangulación, si así puede decirse, pues algunas horas despues de haber echado el meconio, espelió el niño algunas otras materias cuyo color se parecia al del vino. Dos horas despues murió y con la autopsia se vió que la hernia contenia todo el estómago, los intestinos delgados, el colon, cuyo extremo que termina en el recto pasaba por la abertura para volver á entrar en el abdomen, el mesenterio, el riñon izquierdo, la glándula suprarenal del mismo lado y el bazo. Cree M. Billard que en casos análogos pudiera tantearse el desbridar un poco la abertura, haciendo entrar por ella, con precaucion, las vísceras dislocadas: y que la aplicación subsecuente de un vendaje armado de una pelota lijera y compresiva secundaria probablemente la obliteracion de dicha abertura.

Hernia inguinal congénita ó de nacimiento. Se llama *bubonocèle* cuando no pasa del pliegue de la ingle, y *osquiocèle* cuando baja hasta el escroto. Guillelmo Hunter fue el que dió las primeras nociones acerca esta hernia.

Cuando los testículos salen del abdomen en el feto, atravesando el anillo inguinal, arrastran consigo el peritoneo que los cubre, al principio parcial y despues jeneralmente, y que se une despues por encima del órgano, formando de esta manera un saco sin abertura y por consiguiente sin comunicacion con el abdomen. Pero si en lugar de obliterarse, esta abertura queda abierta como en el principio de su formacion, entonces puede introducirse en ella una asa intestinal (*enterocèle*) ó una porcion de epiploon (*epiplocèle*) ó bien ambas partes simultáneamente (*entero-epiplocèle*), á causa del peso natural de los intestinos, de las presiones que ejerce la matriz sobre el vientre del feto, en el acto del parto, etc.; y así queda forma-

da la hernia inguinal congénita, en la cual el intestino se encuentra en contacto con el testículo, al que á veces se adiere.

Esta hernia no existe siempre á la época del nacimiento; pues á menudo aparece mas tarde á causa de los esfuerzos que hace el niño cuando grita ó respira con dificultad; pero es siempre indispensable para su formacion que traiga el niño al nacer la disposición particular que hemos descrito, pudiendo hallarse esta comunicacion ó abertura anormal sin hernia. Sin embargo puede tambien formarse, sin ser congénita, en un jóven y aun adulto, cuando los testículos, habiendo permanecido por mucho tiempo en el abdómen, no atraviesan el anillo inguinal hasta una edad mas ó menos adelantada. Cita Richerand un caso de esta naturaleza de un jóven de veinte años, cuyos testículos atravesaron los anillos haciendo un esfuerzo muy violento, al saltar una zanja, arrastrando el peritoneo, que formó un saco en el cual se alojó en breve el intestino. Estos casos serán seguramente muy raros, al paso que es muy frecuente su formacion en los recién-nacidos.

Hay en las niñas, hasta la época de su incremento y algunas veces mas tarde, una prolongacion del peritoneo que acompaña al ligamento redondo, formando un pequeño canal de algunas líneas de largo que se termina en zurrón; y en este canal, descubierto por Nuck y observado despues por otros anatómicos, se forma á veces una hernia semejante, en cierto punto, á la hernia congénita. (Véase la 1.^a parte de nuestro tratado de las enfermedades de las mujeres, página 192, 194, 370 y siguientes.) El canal de Nuck explica el porqué la hernia inguinal es mucho mas frecuente en las muchachas que en las mujeres adultas.

Los testículos, situados en el abdómen del feto hasta á los 6 ó 7 meses del preñado, á veces no salen de esta cavidad hasta algun tiempo despues del nacimiento; en semejantes casos pudiera considerarse como una hernia el tumor que formará el testículo al asomar al anillo inguinal; equivocacion que espondría á otra mas trascendental ó sea á la aplicacion del vendaje compresivo: por consiguiente, siempre que se nos presente un recién-nacido que se crea afectado de una hernia congénita, nuestro primer cuidado debe versar en el exámen del escroto para asegurarnos de si han bajado á él los testícu-

los. Su falta en el lado correspondiente y la estremada sensibilidad del tumor hacen que no pueda jamás confundirse la existencia del testículo en el anillo con la hernia inguinal. Sin embargo aun cuando exista el testículo en el escroto no puede deducirse que el tumor no está formado por otro, pues pudiera suceder que, teniendo el niño tres testículos, se hallase uno de ellos retenido en el anillo: en este caso, seguramente raro, los vivísimos dolores que ocasionaria la mas lijera presion, y la falta de los señales particulares de las hernias, no dejarían duda en el diagnóstico. El tumor formado por la hernia, que es renitente y no presenta, como tampoco el que forma el testículo, alteracion del color de la piel, se reduce regularmente por sí mismo en la posicion horizontal ó cuando se le empuja de delante atrás, haciendo con frecuencia un ruido particular; y vuelve á manifestarse luego que se pone al niño en pié ó cesa la compresion; aumentándose su volumen y consistencia con los gritos y los esfuerzos del niño. Los mismos señales evitarán la equivocacion inversa, es decir, el tomar una asa intestinal por el testículo, ó *vice-versa*, equivocacion que es posible pues que Pott ha visto en tres niños de corta edad, una porcion de intestino ó de epiploon bajada al fondo del saco, al paso que el testículo se hallaba todavía en el anillo, ó aun en el abdómen.

Del mismo modo la falta de los caracteres propios de la hernia, junto con la transparencia y la fluctuacion que presenta el hidrocele, no permitirán que se confundan.

A pesar de que el cordón espermático no está contenido en una vaina serosa, no puede dudarse que á veces se desarrolla en el un verdadero hidrocele por derrame: la serosidad se amasa en una ó muchas células del tejido laxo que une los vasos de que se compone este cordón. Se distinguirá el tumor que forma de la hernia porque el primero crece de abajo hácia arriba y llega al abdómen pasando por el anillo, y la hernia, que presenta los señales arriba dichos, aumenta de arriba abajo. Si el líquido está contenido en muchas células, la fluctuacion es poco sensible y el tumor está como partido por muchas especies de surcos, como lo notó Sabatier: si se halla en una sola célula que está dilatada, el tumor es prolongado, su superficie lisa y se percibe la fluctuacion desde su parte superior á la inferior.

Debe tenerse presente que todas las hernias inguinales que padezcan los niños de corta edad no han de corresponder por precision á la variedad que describimos; M. Lawrence vió una en un niño de 14 meses que no era congénita, sino igual á las que padecen los adultos y que se estranguló. En tal caso aparecen los síntomas propios cuya descripción no nos corresponde.

La hernia inguinal en el recién-nacido suele curarse radicalmente y muy pocas veces dá lugar á accidente alguno. En ciertas circunstancias puede sin embargo estrangularse y entonces son temibles sus resultados. Cita Hatin un caso de esta naturaleza en el cual á la operación que se practicó á causa de atragantamiento, siguió la muerte del niño.

El método curativo consiste en reducir con cuidado las partes dislocadas y contenerlas en el abdomen por medio de un vendaje bien aplicado hasta que se haya obliterado la abertura anormal: este vendaje debe comprimir poco y se ha de cambiar á menudo, cuando los niños son muy pequeños, para evitar la irritación de la piel, que es muy frecuente, á causa de que se ensucian continuamente con las materias alvinas; y al contrario debe ser permanente luego que lo permitan la edad y la limpieza del niño. Nunca debe comprimirse el anillo hasta haberse asegurado positivamente de que el testículo ha bajado al escroto y hasta haber hecho refluir al abdomen el líquido mas ó menos abundante, que á veces contiene el saco herniario.

Si la hernia se inflama, lo que se conoce por la tumefacción y el dolor que se percibe en ella, debe combatirse este accidente con la aplicación de algunas sanguijuelas, de cataplasmas y baños. Si se estrangulan se obra del mismo modo que en los casos comunes, redoblando las precauciones para no herir el testículo, que se presenta descubierto hácia la parte inferior de la incisión, y á veces aun mas arriba y hácia atrás, por ocupar su lugar las partes que forman la hernia; lo que no se verifica en las hernias inguinales comunes.

Cuando no hay hernia, y forma el tumor que aparece en la ingle el testículo que habia permanecido en el abdomen, deben aplicarse cataplasmas emolientes sobre la rejion correspondiente al anillo inguinal, al que relajan y facilitan así el

descenso del testículo. Este método es preferible al de Levret que aconseja hacer bajar el testículo con los dedos cuando estaba detenido, ó bien hacer llorar al niño á fin de que lo hagan caer los sacudimientos que ocasionan sus gritos. Este medio es peligroso y puede aumentar el dolor y la hinchazón (Gardien).

Los autores dan el nombre de *hidrosocoele* á la hernia congénita complicada con una colección de serosidad, cuando ciertos flatos se desarrollan y se reúnen en la porción de intestino, cuyo descenso le ha dado origen. La reunión de los síntomas de estas afecciones hará conocer esta complicación que se curará radicalmente procurando la obliteración del anillo como en ellas.

PROLAPSO DEL RECTO. * Consiste en el renversamiento de la parte inferior de su túnica interna. Como esta membrana es blanda y no se adiere á las demás sino con un tejido muy laxo, sale al exterior y forma en el ano un rodete grueso, rojo y algunas veces sanguinolento, siempre que tiende á hacerla salir una causa cualquiera, como los gritos reiterados de los niños débiles, los esfuerzos que hacen para dar de cuerpo cuando después de la constipación de vientre excretan una grande cantidad de materias fecales mas ó menos duras, la abundancia de las evacuaciones alvinas á causa de la administración de un purgante ó de una diarrea, etc.; las cuales producen este efecto con tanta mayor facilidad cuanto mayor es la relajación de la membrana mucosa. Se ha dicho que este accidente es sintomático de la presencia de los vermes ó de las saburras intestinales; pero en realidad no hay relación alguna entre estas enfermedades (Billard).

Luego que se nota este prolapso debemos apresurarnos á hacer entrar el rodete que forma, lo que se consigue apretando con suavidad con los dedos untados con cerato ó aceite la membrana mucosa de abajo arriba, teniendo la precaución de hacer entrar primero la circunferencia del rodete: después se mantiene el tumor reducido con compresas embebidas en agua fria, que se sostienen con un vendaje en T. Si esta enfermedad persiste, á medida que vá adelantando la edad del niño, es preciso procurar conocer cuando quiere escretar para sostener con los dedos la circunferencia del ano durante los es-

fuerzos de la defecacion. Los polvos aromáticos y las lociones astrinjentes y tónicas que aconsejan algunos autores, cree Billard que ayudan poco á la accion de los medios mecánicos que se necesitan en tales casos para sostener al recto. Si la rijidez del esfínter del ano se opone á la introduccion de la membrana dislocada, debe vencerse antes aquella con los emolientes; y además siempre deben removerse las causas que contribuyen al prolapso, como la constipacion, etc.

§ IV.

De la calentura tifoidea.

Esta enfermedad ha sido verdaderamente conocida en la infancia en estos últimos tiempos, gracias á los progresos que ha hecho el arte del diagnóstico, pues los autores anteriores la tomaban á menudo por una afeccion cerebral ó por simples calenturas mucosas ó inflamatorias; y de ahí viene que se han considerado como raras en la infancia las calenturas que se llamaban *pútridas*, *malignas*, *nervosas*, *adinámicas*, *atáxicas*, etc., las cuales, como se ha probado, entran en gran parte en el dominio de la tifoidea. Sin embargo muchas observaciones de algunos autores modernos muy recomendables y los datos estadísticos recojidos en los principales hospitales de niños, prueban bien que esta calentura es sumamente frecuente en la infancia; y aunque son poco esenciales las diferencias que presenta en ella, siendo casi iguales sus caracteres en la niñez y en las demás edades, sin embargo creemos que debemos ocuparnos algo en su esplicacion, á causa de que hasta ahora no se ha vulgarizado, si así puede decirse, el conocimiento de esta afeccion con respecto á la infancia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Entre las lesiones anatómicas las hay que son casi constantes y verdaderamente características, y se hallan en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos, siendo con respecto á la calentura tifoidea lo mismo que las pústulas en las viruelas; y otras que pueden existir ó faltar segun los grados y complicaciones del mal.

Las alteraciones foliculares se presentan sucesivamente en el curso de la enfermedad en estado de erupcion, de ulcera-

cion y de cicatrizacion; siendo á corta diferencia idénticas en las glándulas de Brunner y en las manchas de Peyer. En el primer caso se encuentran en los diferentes puntos de los intestinos delgados y gruesos, y en el segundo se limitan en los delgados, ocupan su borde libre y van haciéndose mas manifiestas á medida que se acercan mas al ciego: raras veces se limita la lesion á los folículos hacinados, y mas raramente aun en los aislados; en los mas de los casos ambos se hallan afectados simultáneamente.

En el período de erupcion que parece que dura hasta al décimo dia á corta diferencia, la lesion del aparato folicular hacinado presenta dos formas que regularmente se hallan reunidas en un mismo sujeto, y que se han señalado con el nombre de manchas *blandas* ó *reticulares*, y de *manchas duras* ó *estampadas*. Las blandas se presentan como una especie de redicilla membranosa compuesta de un gran número de pequeñas mallas que dejan entre sí intervalos deprimidos: el tejido mucoso que forma la red está siempre reblandecido y á veces hasta tal grado que cede á la presion; y por consiguiente el aumento de desarrollo y el reblandecimiento son los caracteres de estas manchas. Las duras son muy diferentes, en jeneral son muy prominentes y forman relieve por sus bordes encima de la mucosa, y son resistentes al tacto. Si, despues de haber hecho una incision perpendicular, se examinan los bordes de la seccion, se distingue primeramente la mucosa que todavía parece sana, y debajo de ella una capa del grosor de media línea ó línea y media, formada por una materia blanca ó amarillenta, homogénea, firme, quebradiza ó frágil, y de corte liso y brillante: quitada esta capa que distingue estas manchas de las primeras, se vé la túnica celular, la muscular y por fin la serosa.

En los folículos aislados se encuentran alteraciones análogas, los cuales á veces se hallan en un simple estado de turjescencia, y en otras su cavidad se halla llena por una materia semejante á la de las manchas duras.

El color de la membrana mucosa al nivel de las lesiones dotinentéricas, algunas veces es enteramente pálido, en otras es de un color rojo subido, y á menudo se halla en grados intermedios.

fuerzos de la defecacion. Los polvos aromáticos y las lociones astrinjentes y tónicas que aconsejan algunos autores, cree Billard que ayudan poco á la accion de los medios mecánicos que se necesitan en tales casos para sostener al recto. Si la rijidez del esfínter del ano se opone á la introduccion de la membrana dislocada, debe vencerse antes aquella con los emolientes; y además siempre deben removerse las causas que contribuyen al prolapso, como la constipacion, etc.

§ IV.

De la calentura tifoidea.

Esta enfermedad ha sido verdaderamente conocida en la infancia en estos últimos tiempos, gracias á los progresos que ha hecho el arte del diagnóstico, pues los autores anteriores la tomaban á menudo por una afeccion cerebral ó por simples calenturas mucosas ó inflamatorias; y de ahí viene que se han considerado como raras en la infancia las calenturas que se llamaban *pútridas*, *malignas*, *nervosas*, *adinámicas*, *atáxicas*, etc., las cuales, como se ha probado, entran en gran parte en el dominio de la tifoidea. Sin embargo muchas observaciones de algunos autores modernos muy recomendables y los datos estadísticos recojidos en los principales hospitales de niños, prueban bien que esta calentura es sumamente frecuente en la infancia; y aunque son poco esenciales las diferencias que presenta en ella, siendo casi iguales sus caracteres en la niñez y en las demás edades, sin embargo creemos que debemos ocuparnos algo en su esplicacion, á causa de que hasta ahora no se ha vulgarizado, si así puede decirse, el conocimiento de esta afeccion con respecto á la infancia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Entre las lesiones anatómicas las hay que son casi constantes y verdaderamente características, y se hallan en los folículos intestinales y en los ganglios mesentéricos, siendo con respecto á la calentura tifoidea lo mismo que las pústulas en las viruelas; y otras que pueden existir ó faltar segun los grados y complicaciones del mal.

Las alteraciones foliculares se presentan sucesivamente en el curso de la enfermedad en estado de erupcion, de ulcera-

cion y de cicatrizacion; siendo á corta diferencia idénticas en las glándulas de Brunner y en las manchas de Peyer. En el primer caso se encuentran en los diferentes puntos de los intestinos delgados y gruesos, y en el segundo se limitan en los delgados, ocupan su borde libre y van haciéndose mas manifiestas á medida que se acercan mas al ciego: raras veces se limita la lesion á los folículos hacinados, y mas raramente aun en los aislados; en los mas de los casos ambos se hallan afectados simultáneamente.

En el período de erupcion que parece que dura hasta al décimo dia á corta diferencia, la lesion del aparato folicular hacinado presenta dos formas que regularmente se hallan reunidas en un mismo sujeto, y que se han señalado con el nombre de manchas *blandas* ó *reticulares*, y de *manchas duras* ó *estampadas*. Las blandas se presentan como una especie de redicilla membranosa compuesta de un gran número de pequeñas mallas que dejan entre sí intervalos deprimidos: el tejido mucoso que forma la red está siempre reblandecido y á veces hasta tal grado que cede á la presion; y por consiguiente el aumento de desarrollo y el reblandecimiento son los caracteres de estas manchas. Las duras son muy diferentes, en jeneral son muy prominentes y forman relieve por sus bordes encima de la mucosa, y son resistentes al tacto. Si, despues de haber hecho una incision perpendicular, se examinan los bordes de la seccion, se distingue primeramente la mucosa que todavía parece sana, y debajo de ella una capa del grosor de media línea ó línea y media, formada por una materia blanca ó amarillenta, homogénea, firme, quebradiza ó frágil, y de corte liso y brillante: quitada esta capa que distingue estas manchas de las primeras, se vé la túnica celular, la muscular y por fin la serosa.

En los folículos aislados se encuentran alteraciones análogas, los cuales á veces se hallan en un simple estado de turjescencia, y en otras su cavidad se halla llena por una materia semejante á la de las manchas duras.

El color de la membrana mucosa al nivel de las lesiones dotinentéricas, algunas veces es enteramente pálido, en otras es de un color rojo subido, y á menudo se halla en grados intermedios.

En el segundo período se establece de dos maneras la ulceración, que no es una terminación necesaria de ellas pero sí muy frecuente; y así puede empezar por la membrana mucosa que cubre los folículos alterados y estenderse poco á poco en anchura y profundidad: y algunas veces se forman muchas úlceras simultáneamente en la superficie de una mancha, y reuniéndose, constituyen una úlcera ancha, lo que tiene lugar en las manchas reticulares; ó bien se reblandece ó gangrena la materia sub-mucosa de las manchas duras, y se elimina por supuración, arrastrando consigo la membrana mucosa en totalidad ó en parte. Los trozos de las manchas duras, cuando están colorados por la bilis, han recibido el nombre de escaras amarillas. La materia depositada en los folículos aislados se parece á menudo á un verdadero pus, cuya eliminación deja una solución de continuidad. Las úlceras, en jeneral, son ovales, prolongadas al nivel de las manchas, y redondeadas con respecto á los folículos aislados. Su estension y profundidad es variable y su fondo puede hallarse formado por la túnica celular sub-mucosa, por la muscular ó aun por la serosa. Por fin en otros casos más raros, todas las membranas están perforadas y si no se han formado antes adherencias se encuentran derramadas en el peritoneo las materias intestinales. Los bordes de las úlceras, ora son delgados y están cortados perpendicularmente, ora gruesos, redondos, granujosos y bien organizados, ora adherentes, ora despegados; y el fondo, sea cual fuere la membrana que lo forme, es liso, unido, ó granujoso y desigual. Se ha dicho que, en los niños, el período de ulceración empieza más tarde que en el adulto; pero esta opinión no es exacta; pero es cierto que en ellos es más rápida su cicatrización, la cual empieza del 15.º al 20.º día á poca diferencia; y se conoce por la aproximación de los bordes de la úlcera que se van borrando, y por la elevación de su fondo que se llena de mamelones muy delgados. Cuando la cicatriz está más adelantada y terminada, la mucosa apenas parece interrumpida; y sin embargo en el lugar de las úlceras es más lisa, no tiene vellosidades, está lijeramente deprimida y á menudo tiene un color rojo subido: más tarde algunas veces parece más blanca que en las partes vecinas, y en fin al cabo de algún tiempo apenas pueden conocerse los más lijeros vestijios de ellas.

Tales son las lesiones anatómicas que han proporcionado á esta enfermedad el nombre de *dotinenteria*: presentan mucha analogía con los exantemas de las fiebres eruptivas, y mayormente con las viruelas; pues que en todas estas enfermedades la erupción no se halla siempre en relación con la intensidad de la calentura ni de los demás accidentes; de manera que éstos pueden ser muy violentos aunque sean muy pocos los folículos afectados y aun creemos con muchos autores que el exantema intestinal puede faltar completamente en las verdaderas calenturas tifoideas; de manera que este es un carácter anatómico esencial y fundamental pero no indispensable del tifus esporádico. Además, así como las lesiones que hemos descrito, cuando se hallan bien caracterizadas, pertenecen sin contradicción esclusivamente á la calentura tifoidea; en algunos casos, particularmente en los niños, son menos manifiestas; se encuentran pocas ó ninguna úlcera y todas las manchas afectas tienen el aspecto reticular y no el estampado con materia sub-mucosa. Entonces es muy difícil el decidir por la inspección cadavérica sola si la lesión depende de una calentura tifoidea, pues que ya tenemos dicho que las diacrisis foliculares presentan alguna analogía con respecto á esto: en tal caso podrá aclarar las dudas la comparación de los síntomas que se han observado durante la vida con las lesiones anatómicas, sin olvidar la época en qué ha sobrevenido la muerte; pues que si un sujeto ha sucumbido á causa de una calentura tifoidea del 12.º al 20.º día, se encontrarán probablemente úlceras, que faltarán si la calentura era mucosa ó escarlatinosa.

Los ganglios mesentéricos presentan alteraciones tan constantes como las de los folículos, y se diferencian también según los períodos de la enfermedad. Al principio están hinchados, rojos y algunas veces pálidos, pero ya un poco reblandecidos y fláxidos; más tarde el reblandecimiento es más evidente y debido á una infiltración de materia purulenta, blanca ó parduzca, íntimamente combinada con el tejido ganglionar; y á medida que vá progresando el mal, esta infiltración se vá volviendo más líquida; pero es muy raro que tenga todos los caracteres de un verdadero absceso. A pesar del estado muy adelantado de esta lesión, es probable que los ganglios pueden resolverse y curarse, pues que nunca, ó rarisimas veces, se ulce-

ran nise abren en la cavidad del peritoneo. En jeneral las alteraciones de los ganglios y las de los folículos se corresponden en su sitio y en el grado á que han llegado; pero en casos raros se vé pus en los ganglios que reciben los vasos linfáticos procedente de manchas no ulceradas, ó úlceras foliculares muy adelantadas que corresponden á ganglios simplemente hinchados.

La lesion de los ganglios tiene un grande valor, porque parece que es esclusiva á la dotinenteria y que falta en las calenturas mucosas, aun en los casos en que, siendo estas muy graves, se asemejan tanto, bajo otros puntos de vista, con las tifoideas.

A mas de estas lesiones, deben tomarse en consideracion la hinchazon del bazo y el estado catarral de los bronquios; los cuales si bien que aisladamente son insignificantes, cuando coinciden con las lesiones intestinales y ganglionares, son muy importantes por su frecuencia en las calenturas tifoideas. La hinchazon del bazo regularmente vá acompañada de reblandecimiento y de un color subido; y el catarro bronquial se conoce, como siempre, con las rubicundeces de la membrana mucosa y la abundancia y el aspecto puriforme del moco que se halla en su superficie: en muchos casos se halla tanto mas manifesto quanto mas inmediatas están las últimas ramificaciones aéreas que entonces se hallan mas ó menos dilatadas.

Pueden encontrarse además otras lesiones que pueden faltar, y constituyen simples complicaciones, ó bien nada tienen de característico ni en su sitio ni en su aspecto. Con respecto á la mucosa digestiva, prescindiendo del estado de los folículos, al rededor de estos, cuando están alterados, á menudo presenta rubicundeces circunscritas y otros indicios de un trabajo inflamatorio mas bien reparador que desorganizador. Cuando se encuentra una verdadera inflamacion difusa hay motivos para creer que la dotinenteria se halla complicada con una enteritis ó gastritis: la gastro-enteritis propiamente dicha está lejos de ser frecuente; pues solamente en el primer período de la enfermedad, época en la cual sobreviene rarisimas veces la muerte, puede encontrarse una flógosis jeneral, que es simplemente eritematosa, en toda la estension de la mucosa digestiva: si pasa á ulcerativa ó supurativa debe atribuirse á una verdadera complicacion. De esta manera se producen en algunos casos úlceras, regularmente superficiales y poco nume-

rosas, en la farinje, en el esófago y en el estómago, ó reblandecimientos de la mucosa de estos órganos; debiendo notarse que estas complicaciones parecen menos frecuentes en los niños que en los adultos. El hígado algunas veces es poco voluminoso y se halla reblandecido; pero jeneralmente está sano ó simplemente conjestionado. Los órganos jénito-uritarios se hallan intactos. Por fin el peritoneo no se halla afectado de una manera notable sino en casos de perforacion, y entonces presenta todos los señales de una inflamacion muy aguda.

El elemento catarral ocasiona complicaciones de las cuales se encuentran tambien señales en el cadáver; y asi se observan algunas veces úlceras en la entrada ó aun en la cavidad de la larinje; y en el pulmon lesiones inflamatorias que varian mucho desde un simple atragantamiento hasta una hepatizacion roja ó gris. Estas pneumonias, consideradas bajo el punto de vista anatómico, se diferencian de las francas regulares por ciertos caracteres que las asemejan mas á las lobulillares, tales como la presencia del elemento bronquial ó catarral, el aspecto algunas veces diseminado de la estrangulacion ó hepatizacion, la falta de límites bien marcados entre las partes enfermas y las sanas, aun en los casos en que la flegmasia parece lobular, etc. Si la forma lobulillar no se halla tan manifiesta como en las pneumonias morbilosas, por ejemplo, es porque el elemento catarral no constituye su única causa próxima, á la cual se añade la hipostasis sanguínea que obra en todas las partes declives del cuerpo, y parece uno de los efectos mas esencialmente ligados á la naturaleza de la calentura tifoidea; hipostasis que, en el pulmon, dá á su inflamacion una forma difusa.

En el sistema nervioso es en el que se encuentran menos lesiones propias para esplicar los sintomas; y sin embargo no puede dudarse la existencia de un elemento encefálico en las calenturas tifoideas. Los centros nerviosos las mas de las veces se presentan en un estado completamente normal, ó bien solo se nota en ellos algunos puntos sanguíneos, ó un reblandecimiento lijero; las meninges raras veces se hallan inyectadas, y en algunos casos es un poco abundante y lijeramente opaca, lo mismo que la aracnoidea, la serosidad que se halla debajo de esta; siendo muy raro el que estas lesiones lleguen al grado que indica una verdadera inflamacion.

Las lesiones del aparato circulatorio no son constantes ni características. El corazón presenta algunas veces un reblandecimiento notable, y su membrana interna, lo mismo que la de los vasos mayores, se embebe fácilmente de la sangre que contienen. La sangre es á menudo negra y difluente y está formada por coágulos pequeños y sin consistencia. Las investigaciones de Andral y Gavarret han demostrado que la sangre tiene menos fibrina y suero, carácter que bastaría por sí solo para diferenciar radicalmente la calentura tifoidea de las enfermedades francamente inflamatorias.

CAUSAS. Esta enfermedad es muy rara antes de los tres ó cuatro años; sin embargo se ha observado antes de esta época, y aun se ha dicho que puede ser congénita; pero los casos que hasta ahora se han citado en favor de esta opinion son muy poco numerosos: no obstante puede admitirse á priori la posibilidad de este hecho, recordando que se han visto nacer niños con las viruelas, hallándose sus madres afectadas de esta enfermedad durante el parto, ó bien perfectamente sanas. De uno á quince años la enfermedad vá aumentando de frecuencia, siguiendo una progresion bastante regular; pero se nota que los dos períodos medios de la infancia es decir de cinco á ocho y de ocho á once años presentan pocas diferencias entre sí. Además la calentura tifoidea, en los niños como en los adultos, parece un poco mas frecuente en el sexo masculino, diferencia que se nota mas en los hospitales que en las casas particulares. El temperamento y la constitucion predisponen indiferentemente á ella; y la influencia de las estaciones es seguramente muy grande pero sumamente variable; de manera que en un año es mas frecuente en verano, en otros en la primavera, etc., y acerca este particular nada se nota de especial á la infancia.

El estudio de la enfermedad que nos ocupa en esta edad proporciona motivos para creer que la influencia del clima y de algunas otras causas hijiénicas no es muy sensible y que la han exajerado probablemente algunos médicos con respecto á los adultos: no pretendemos negar que estas causas obran algunas veces como predisponentes ú ocasionales; pero raras veces son eficientes. Nuestras investigaciones, conformes con las de M. Taupin, nos han dado resultados jeneralmente ne-

gativos con respecto á la accion de las afecciones morales tristes, de un mal régimen alimenticio, de la insuficiencia de los vestidos, de la falta de limpieza, de las profesiones, del enfriamiento, de la denticion, de la masturbacion, de los vermes, de las supresiones de algun flujo y de las demás enfermedades: todas estas circunstancias no tienen mas parte en la produccion de la dotinenteria que en la de las viruelas y de las demás calenturas eruptivas; y sin embargo es positivo que todo lo que tiende á deteriorar la constitucion, á empobrecer la sangre, y á debilitar las facultades digestivas puede hacer que la enfermedad sea mas grave.

Con respecto al contagio en la infancia no se encuentran mas hechos propios que en las demás edades para resolver las cuestiones á que ha dado lugar; es sabido que en ciertas localidades, en los pequeños pueblos, y en las ciudades ó villas pequeñas, por ejemplo, los hechos parecen ser á favor de los contagionistas; al paso que en las grandes ciudades y mayormente en los hospitales militan en favor de la opinion contraria. No entraremos en esta cuestion, limitándonos á indicar que, en vista de nuestras observaciones, creemos que en algunos casos se desarrolla verdaderamente por contagio; pero, seguramente, esta propiedad contagiosa no es tan manifiesta como en las demás calenturas exantemáticas, y su accion no es indispensable para la produccion de la calentura tifoidea.

SÍNTOMAS. Anuncian la enfermedad algunos pródromos que se parecen á los de las afecciones agudas en jeneral, y que muy á menudo presentan la mayor analogía con los de las calenturas eruptivas. Los mas notables son: una sensacion de cansancio y de lasitud espontánea, alternativas de calófríos y calor, mal estar jeneral, dolores vagos, inaptitud para el trabajo físico ó intelectual, insomnio ó agitacion durante el sueño, dolor ó pesadez de cabeza, anorexia, sed, un poco de incomodidad en la garganta, alguna perturbacion en las funciones digestivas, etc. En mas de la mitad de los casos, en los niños, los pródromos duran unos ocho dias; pero á menudo duran mucho menos y la invasion es mas ó menos pronta.

Cuando todos estos síntomas se hacen mas manifiestos y se establece un estado febril continuo, marcado particularmente por el calor permanente de la piel, el enfermo entra definiti-

vamente en el primer período de la enfermedad que se halla ya declarada, y vá progresando. Este período corresponde al de erupcion de las calenturas exantémicas, y mayormente al de las viruelas, del cual se diferencia solamente en que la calentura no aparece en este momento. Está caracterizado por la anorexia y la sed que van aumentando progresivamente, por la irritacion de la garganta, algunas veces por los vómitos, por la aparicion de la diarrea, de los dolores abdominales, por el estado pegajoso de la boca, la rubicundez y el aspecto saburral de la lengua. La calentura es mas ó menos intensa, de tipo continuo y algunas veces remitente; la cefalalja es mas incómoda sin ser muy violenta; el enfermo tiene vértigos luego que quiere sentarse ó ponerse en pié, por la noche no duerme pero tiene ensueños ó ilusiones de la vista; la cara se pone vultuosa y empieza á adquirir un aspecto de estupor y á perder su expresion fisiológica; en los movimientos y contestaciones se observa ya una notable lentitud, y á menudo sobrevienen epistaxis. A medida que el mal vá progresando, se van aumentando todos estos síntomas; la diarrea persiste, empieza á manifestarse el meteorismo abdominal, y son todavía raros los borborismos; el pulso está desarrollado y frecuente; la piel caliente, ardiente y seca; rarísimas veces hay sudores y si los hay son pasajeros. En algunos casos aparecen ya en este período la erupcion rosada lenticular, el delirio, la tos y los estertores que indican el catarro bronquial: la orina, poco abundante, es de un color rojo obscuro. Rarísimas veces sobreviene la muerte durante este período, que dura un septenario á corta diferencia.

En el segundo período ó *de estado*, desaparece la cefalalja ó á lo menos no la aquejan los enfermos; pero se aumentan de intensidad todos los otros síntomas que dependen del elemento nervioso: á un estado jeneral de postracion y adinamia, se añade el estupor profundo de la cara; el sopor alternando con el delirio, dominando el primero durante el día y el segundo por la noche; los sentidos se vuelven obtusos, la audicion es dura ó aun abolida; es difícil la articulacion de los sonidos; están muy abatidas las fuerzas musculares; la posicion es constantemente supina; la vejiga se paraliza; hay subsultos de tendones, movimientos convulsivos y la carfolojia;

algunas veces el delirio es furioso, hay agitacion y en una palabra un estado atáxico que alterna con el adinámico y el sopor. En medio de todos estos accidentes persiste la diarrea; las evacuaciones mas ó menos abundantes se vuelven á menudo involuntarias y desapercibidas; la boca se seca, lo mismo que la lengua y los labios, y todas estas partes se vuelven fuliginosas. La deglucion puede ser difícil, ya por una disfajia nervosa, ya por una inflamacion de la garganta y de la epiglotis; el enfermo bebe con alguna ansia; el abdómen, siempre caliente, se meteoriza; el dolor es obscuro en él, y son mas evidentes los borborismos, mayormente en la rejion correspondiente al ciego. La tos y la difnea algunas veces se vuelven considerables, á pesar de que los signos físicos anuncian solamente un estado catarral de los bronquios; el pulso permanece frecuente, pero empieza á perder su fuerza y desarrollo, y la piel está siempre seca y caliente. En el principio de este período aparecen las manchas rosadas lenticulares; un poco mas tarde se manifiestan las de la *sudamina* y algunas veces petequias y cardenales en la piel; y por fin se forman ya algunas escaras sobre el sacro y en las partes del cuerpo que están declives ó algo comprimidas.

El tercer período es diferente segun que la enfermedad se incline á la curacion ó á la muerte. En el último caso el enfermo se pone comatoso, se hacen continuos los subsultos de tendones, se pierden todas las funciones intelectuales, los sentidos se hallan casi desvanecidos; el pulso se vuelve pequeño, débil y estremamente frecuente; la piel pierde su calor pero permanece árida; sobrevienen sudores fríos y viscosos; á menudo hay incontinencia completa de las materias fecales, y de orina por rébosadura, se van estendiendo las escaras, sobreviene el marasmo, la cara se vuelve hipocrática; por fin la respiracion se hace difícil por falta de inervacion en el sistema locomotor del pecho, se vuelve estertorosa y acaba con la muerte. En el caso contrario va anunciando la terminacion feliz la disminucion de todos los síntomas, que regularmente es lenta y gradual, y solamente es un poco pronta cuando sobrevienen fenómenos críticos. El coma y el sopor se desvanecen; la fisonomia vuelve á adquirir un poco de expresion; se anima la vista; el oido es menos duro, y se va resta-

bleciendo el ejercicio de los sentidos; el enfermo recobra pronto la palabra, y aunque indique sus ideas con lentitud, se nota que no habla fuera de razon; las fuerzas musculares tardan mas en restablecerse; pero la debilidad que entonces existe no se asemeja á la adinamia primitiva, pues parece resultante simplemente de un agotamiento de aquellas y no de una perturbacion de la inervacion; la calentura se disminuye; la piel se vuelve fresca y húmeda; la respiracion es natural, y desaparece la tos; la lengua y la boca se humedecen; se desvanecen el meteorismo y el calor del abdómen, al mismo tiempo que las evacuaciones alvinas, vueltas ya voluntarias, disminuyen en abundancia y en fetidez, y por fin se suspenden. La restitution del apetito anuncia pronto que está decidida la convalecencia; pero esta no es siempre franca, y muchas veces la suspenden nuevos accidentes. Son muy comunes las indigestiones dependientes de la imprudencia, cuando se ha restablecido el apetito rápidamente, y hacen reaparecer la diarrea que, algunas veces se hace rebelde á los medios mejor indicados y ocasiona la muerte: algunos sujetos no pueden comer aun moderadamente sin que reaparezca la diarrea ó la calentura, lo que les obliga á seguir la dieta durante algun tiempo; así como en otros enfermos la prolongacion de la dieta retarda la convalecencia. Bastante á menudo se observa el edema de los miembros inferiores, fenómeno poco importante y frecuente en muchas otras enfermedades. Algunas veces á pesar de la desaparicion de todos los demás síntomas sobreviene una especie de manía ó de perturbacion de las facultades intelectuales; pero estos accidentes cedon regularmente á medida que se van restableciendo las fuerzas; y por fin es muy frecuente la caída de los cabellos en la convalecencia.

Algunas veces, como lo hemos indicado, coincide la mejora con la aparicion de algunos síntomas nuevos que, por lo mismo, se han considerado como críticos; así en algunos casos raros en que ha habido constipacion durante los dos primeros períodos, sobreviene la diarrea; ó bien coinciden con la declinacion del mal sudores abundantes, poluciones, otorreas, parótidas, abscesos, etc., y los antiguos no dudaron en considerarlas como verdaderas crisis.

Es evidente que la pintura que acabamos de hacer de la en-

fermedad que nos ocupa, no es aplicable á todos los casos, sino principalmente á aquellos en qué el mal ofrece alguna intensidad, sin dejar sin embargo de ser simple. En algunos casos de dotinenteria lijera, siendo poco estenso el exantema intestinal, las perturbaciones dijestivas son poco intensas, y los síntomas jenerales apenas aparentes: entonces casi no se notan sino algunos de los pródromos y de los síntomas del primer período y luego que se ha desvanecido la erupcion intestinal, ya se ulceren ó no las manchas, se efectúa su curacion sin haber ocasionado perturbaciones notables en la economía. Por otra parte es evidente que á causa de las frecuentes y numerosas complicaciones de la calentura tifoidea, se notan en ella importantes modificaciones que indicaremos mas adelante.

Los principales síntomas de esta afeccion presentan algunas diferencias especiales á la infancia; así hay en ella mayor dificultad de deglutir acompañada de tos convulsiva y de la espulsion de los líquidos por las narices; disfajia que por lo regular es puramente nervosa, y no se observa sino en los casos graves; los vómitos en el principio del mal son mucho mas frecuentes en los niños que en el adulto, pues en aquellos se observan muy á menudo; la diarrea casi siempre es constante con poca diferencia en todo el curso de la afeccion, pero en el principio está mas á menudo reemplazada por la constipacion en los niños que en el adulto; lo que sucede en la proporcion de una cuarta parte de los casos en jeneral: con mas frecuencia tambien que en las demás edades, se suspende la diarrea y reaparece muchas veces; siendo en pocas casi continua, como sucede en el adulto; por lo regular está formada por materiales fétidos, ora amarillos, ora morenos, ora verdosos, y por fin en los casos mas graves las evacuaciones son involuntarias (en una quinta ó sexta parte de los casos); conviene investigar el grado de impotencia en qué se halla el enfermo para retener sus escreciones, porque indica el estado de sus fuerzas y de sus facultades intelectuales (Taupin): raras veces las evacuaciones son sanguinolentas. Jeneralmente hablando son muy manifiestos y no faltan casi nunca en los niños el meteorismo, los dolores abdominales, sobre todo en el principio, los borborismos y la hinchazon del bazo. La retencion de orina es poco comun en ellos, y si la orina se acu-

mula en la vejiga casi nunca es en muy grande cantidad, y se evacúa pronto por rebosadura; y por lo mismo rarísimas veces es necesario el cateterismo. En muy pocos casos faltan y solo cuando son lijeros el catarro bronquial y los síntomas que lo acompañan: le caracterizan la tos, la disnea y los mismos estertores que en el adulto; pero es mas rara la expectoracion, siendo los señales físicos los que lo hacen conocer mejor; pues que la tos y la disnea pueden observarse en ciertos períodos del mal sin que haya aquel catarro. Estos fenómenos, como muchos otros, pueden ser efecto de una simple perturbacion de inervacion. Con respecto á la calentura se notan pocas diferencias. La cefalalja es á poca diferencia constante, como tambien los vértigos, el sopor, el delirio y los demás síntomas procedentes de los centros nerviosos, en todos los casos graves; pero hemos notado, como M. Rilliet, que el sopor por lo comun no es tan profundo como parece, de modo que se saca mas fácilmente de él á los niños que á los adultos. Son frecuentes en aquellos los subsultos de tendones y algunas veces hay convulsiones tónicas en diferentes órganos y mas raramente la carfoloia, el rechimiento de dientes y la accion de mascar. En muchos de ellos la adinamia es mas aparente que real, ó por lo menos luego que empieza la convalecencia se adquieren las fuerzas con mayor rapidez. « Es digno de notarse, dice con razon M. Stöber, que en una edad en que es tan impresionable el sistema nervioso y en la cual algunas veces las afecciones mas sencillas van acompañadas de movimientos convulsivos, son menos intensos los síntomas nerviosos de la afeccion tifoidea que en el adulto. » Es tambien mucho mas rara en aquella la epistaxis, y casi siempre se encuentra la erupcion de las manchas rosáceas lenticulares y de sudamina en gran número: en algunos casos las manchas lenticulares se encuentran solamente en la rejion dorsal ó en los miembros, y si no se examina con atencion al enfermo todos los dias, puede creerse, sin razon, que falta este síntoma, que es uno de los mas importantes como señal de esta enfermedad; circunstancia que, á nuestro parecer, habrá sido la causa de qué algunos médicos han dicho que estas manchas son mas raras en los niños. No nos han parecido en ellos mas comunes que en el adulto algunas erupciones

anómalas, ya sean eritematosas ó vesiculares, ya hemorráicas.

Si se admiten, con Chomel, en la calentura tifoidea las formas *inflamatoria, biliosa, mucosa, nerviosa, y adinámica*, debe decirse que en la infancia es muy rara la forma biliosa, y mas frecuentes que las demás la inflamatoria y la mucosa. La division anatómica admitida por M. Littré, sino es preferible en su fondo, por lo menos es aplicable mas fácilmente; y por consiguiente pueden admitirse con él las formas *abdominal, torácica y cerebral*, segun preponderen los síntomas procedentes de los órganos contenidos en alguna de estas cavidades. En los niños son muy raras estas formas como exclusivas, y en los mas de los casos parecen afectados casi en el mismo grado los órganos de todas estas tres cavidades, y la forma mas frecuente es una de *mixta ó trisplácnica*, caracterizada por una especie de equilibrio entre los tres principales elementos de la enfermedad: por consiguiente la dotinenteria se presenta á menudo en la infancia bajo su tipo mas completo.

COMPLICACIONES. Son muy raras en la niñez, y muchas de ellas tienen muy poca conexion con la calentura tifoidea y se encuentran con preferencia en los hospitales, porque los enfermos, durante la convalecencia, se hallan en ellos mas sujetos á las recaídas ó á contraer nuevas afecciones, las cuales son entonces mas bien simples coincidencias que verdaderas complicaciones. Por consiguiente solo debemos hablar de algunas que vamos á examinar.

Las hemorragias intestinales rarísimas veces complican la calentura tifoidea de los niños: en mas de 200 casos de ella que hemos compulsado, en uno solamente se ha observado esta hemorragia. Al contrario es mucho mas frecuente en ellos que en los adultos el esceso de inflamacion gastro-intestinal, que se conoce por la frecuencia de los vómitos, por la mayor intensidad de los dolores epigástricos ó abdominales, por el meteorismo, la tension y el calor del abdómen, que se hallan en mayor grado cuando hay esceso de flógosis, cuyo conocimiento es importante para la práctica. Todavía es indecisa la cuestion de la frecuencia de las perforaciones dotinentéricas en la infancia, con respecto á las demás edades; pero por lo que toca á los síntomas y á la marcha de esta complicacion han presentado la mayor analogía en dos casos de esta especie que hemos observado en dos niños uno

de catorce años y otro de cinco, de los cuales puede deducirse: 1.º que los niños como los adultos padecen dotinenterias muy ligeras, sin síntomas jenerales ó con pocos de ellos, análogas á esas viruelas discretas que apenas son febriles; 2.º que la perforacion intestinal sobreviene tambien y aun quizás con preferencia en los casos poco graves; 3.º que la peritonitis que resulta de ella y que se manifiesta con los síntomas propios de esta enfermedad, de la cual hablaremos mas adelante, no tiene siempre la invasion fulminante; pues que no se establecieron muy repentinamente los síntomas de ella que se fueron aumentando luego poco á poco hasta ocasionar la muerte al cabo de unas 48 horas: esta particularidad puede depender de que se hace el derrámen en corta cantidad y solamente en la escavacion de la pelvis. La inspeccion cadavérica nos hizo presumir que debia atribuirse la abertura de los intestinos á la ruptura de las adherencias formadas en el punto correspondiente á la ulceracion, y no á la falta de estas adherencias, y tal vez aquel accidente dependió hasta un cierto punto de que el trabajo flojístico, inseparable de las úlceras dotinentéricas, no habia sido bastante intenso para oponer obstáculos al derrámen intestinal por la formacion de adherencias bien organizadas. La pneumonia no es una complicacion muy rara en los niños, y depende á la vez de la exacerbacion ó de la transformacion del elemento catarral y de la hipostasis sanguínea en las partes declives del pulmon; y segun predomine la una ó la otra de estas dos causas la pneumonia presenta la forma lobular ó lobulillar simultánea ó aisladamente. De nuestras observaciones resulta que la pneumonia las mas de las veces se limita en el primer grado pues que en veinte y cuatro casos una sola vez hemos encontrado los señales positivos de la hepaticacion; sin embargo M. Taupin parece haberla observado en una sexta parte de los casos á corta diferencia. Se notan muchas diferencias acerca la frecuencia de la pneumonia entre ciertos años y estaciones. Las erisipelas, escaras, abscesos y parótidas no presentan otra particularidad en los niños sino el ser tal vez mas raras en ellos, mayormente las escaras; y debè decirse lo mismo de una multitud de afecciones que son mas bien coincidencias que complicaciones de la calentura tifoidea, y que solo se hallan modificadas de una manera especial, en razon de

qué encuentran á la economía debilitada á causa de aquella enfermedad, lo que hace que sean escesivamente mas graves: basta citar aquí como bastante frecuentes en los niños, sobre todo en los hospitales, las calenturas eruptivas, pero mas raramente se observa el crup, la meningitis, etc.

DIAGNÓSTICO. Presenta en los niños las mismas dificultades que en el adulto, mayormente en el principio, y sobre todo cuando predomina casi esclusivamente uno de sus elementos. Fácilmente pudieran confundirse con la gastro-enteritis, con el catarro bronquial ó la pneumonia, con la meningitis, etc.; lo que no es tan fácil cuando ya se han desarrollado todos sus síntomas, particularmente si el mal tiene la forma que hemos llamado mixta. Al contrario, cuando son muy ligeras en todo su curso, reduciéndose á una dotinenteria ó enteritis follicular poco estensa, es muy fácil el confundirla con una enteritis ó una diarrea: en este caso, cuando sobrevienen los síntomas de la peritonitis aguda, se aclara el diagnóstico; pero desgraciadamente ya es inútil. Cuando son intensas y están desarrollados sus síntomas, solo pueden confundirse con las calenturas biliosas ó mucosas graves, ó con la meningitis.

No nos detendremos en el diagnóstico diferencial de la calentura tifoidea; pues que, correspondiendo á su historia jeneral, y no ofreciendo particularidad alguna en la infancia, no debemos hacer mas que remitir al lector á los excelentes tratados de los Sres. Louis, Andral, Chomel, Bouillaud, Forget, etc.; y solo indicaremos los caractères que la distinguen de la meningitis, la cual merece un exámen especial en los niños, porque estas dos afecciones presentan en ellos casi la misma frecuencia; y es muy importante el diferenciarlas, siendo tanto mas difícil cuanta menor es la edad del niño: con este objeto vamos á reproducir el cuadro de los señales diferenciales, trazado por M. Guersent con una exactitud que lo hace aplicable á casi todos los casos.

MENINGITIS.

Calor de la piel casi natural, escepto en la cabeza; ninguna erupcion cutánea, escepto en la meningitis epidémica;

CALENTURA TIFOIDEA.

Piel seca y ardiente; erupcion de manchas rosáceas lentificulares despues del quinto día; cefalalja continua sin colora-

cefalalja con punzadas, coloracion instantánea de la cara, y espresion de dolor; no hay sed, y la lengua es húmeda; vómitos casi constantes, lejanos y prolongados durante muchos dias seguidos; casi nunca hay dolores abdominales á la presion; constipacion rebelde y prolongada, y nada de borborismos; pulso á menudo lento, irregular, desigual, intermitente; respiración desigual, irregular, suspirosa; rijidez y contraccion de los miembros pectorales, alternando con su resolucion en el segundo período.

PRONÓSTICO. La calentura tifoidea parece ser menos grave en la infancia que en las demás edades; y en ellos ocasiona la muerte en una décima parte de los enfermos á corta diferencia; por consiguiente esta afeccion es bastante grave, y por lo mismo debe hacerse de ella un pronóstico muy reservado. "Los niños pueden sucumbir, dice Taupin, á causa de la intensidad de los síntomas pulmonares, cerebrales ó abdominales, de la abundante supuracion que sigue á la caída de las escaras, de las afecciones intercurrentes que los encuentra debilitados, de las afecciones tuberculosas cuyo desarrollo y marcha ha apresurado la calentura tifoidea, y de la perforacion intestinal que sobreviene impensadamente durante la convalecencia de los casos graves ó en casos en apariencia muy ligeros. Por consiguiente siempre debe reservarse el pronóstico, teniendo presente que las lesiones anatómicas casi nunca están en relacion con los síntomas jenerales; sin embargo nunca debe desesperarse de la curacion, pues en ninguna otra enfermedad salen los niños de un estado tan grave para recobrar con tanta prontitud la salud."

TRATAMIENTO. Siéndonos casi completamente desconocida la naturaleza íntima de la calentura tifoidea, y en vista de sus

cion instantánea de la cara, fisonomía abatida, y estupor; sed mas ó menos intensa, lengua pegajosa ó seca; vómitos raros, uno ó dos al principio, á lo mas, ó despues de muchos dias de la enfermedad; dolores abdominales á la presion, casi constantes hácia la rejion ileo-cecal; constipacion alternando con la diarrea; borborismos; pulso constantemente regular y mas ó menos frecuente; respiracion regular mas ó menos frecuente; resolucion completa de todos los miembros, en todos los períodos del mal.

caractéres sintomáticos y anatómicos debemos considerarla como esencialmente complexa ó descomponible en muchos elementos patológicos; por consiguiente el tratamiento debe ser tambien complejo y abrazar todas las indicaciones que pueden convenir respectivamente á los elementos de qué se compone. Además como cada uno de ellos es susceptible, por su predominio ó su transformacion, de ocasionar verdaderos accidentes, es decir, epifenómenos ó complicaciones, pueden oriñarse nuevas indicaciones. Por consiguiente debe ser diferente el tratamiento de la calentura tifoidea segun sea simple ó complicada, sin olvidar las modificaciones que requieren cada uno de los grados del mal, de sus formas y períodos, y las circunstancias etiológicas jenerales ó individuales. En esta enfermedad casi es imposible conseguir una curacion inmediata é instantánea; y por consiguiente el práctico debe dirigir sus conatos á mejorar, simplificar y regularizar lo mejor que pueda todos los actos patológicos que la acompañan; para lo cual se necesita cumplir muchas indicaciones, que pueden reducirse á las siguientes: 1.^a Contener al elemento abdominal ó sea la dotinenteria en ciertos límites de intensidad, y por consiguiente combatir y destruir la inflamacion gastro-intestinal que á menudo la complica; sin aniquilar completamente la actividad necesaria para la resolucion y cicatrizacion del aparato folicular afecto; obrando además directamente sobre este y en el resto de la mucosa por medios en algun modo tópicos, propios para modificar las secreciones gastro-intestinales, é impedir el contacto de los folículos enfermos con materias dañinas; á esta doble indicacion corresponden los antiflojísticos y los purgantes. 2.^a Provenir los accidentes que puede ocasionar el elemento bronquial, y principalmente la pneumonia; disminuyendo la inflamacion catarral, si es demasiado intensa, y oponiéndose á la hipostasis sanguínea que favorece tan poderosamente al atragantamiento y hepaticacion del pulmón; para esto sirven tambien los antiflojísticos, pero mas á menudo los revulsivos y algunos medios accesorios. 3.^a Vigilar al elemento cerebral, considerándolo como esencialmente nervioso en muchos casos, sin olvidar que puede añadirse un cierto grado de hiperemia que exigirá el uso de las evacuaciones sanguíneas y de los revulsivos. 4.^a Observar cuidadosa-

mente al elemento febril y al estado adinámico para respetarlos ó modificarlos, segun lo exija el caso, ya con los sedativos, ya al contrario con los escitantes y tónicos. 5.ª Cumplir todas las indicaciones relativas á la edad, temperamento y demás circunstancias individuales, y á los caracteres particulares que presenta la enfermedad en ciertos casos, tales como el carácter epidémico, etc.

El tratamiento de la calentura tifoidea no nos parece esencialmente diferente en los niños, y solo deben notarse con respecto á ellos algunas ligeras modificaciones que vamos á indicar.

La medicacion antiflojística nos parece mas á menudo necesaria en la infancia mayormente cuando se dirige contra el elemento abdominal, porque es mas frecuente en ella el que acompañe á la dotinenteria un estado jeneral de turjescencia sanguínea ó aun de flógosis de la mucosa gastro-intestinal; siendo pocos los enfermos en quienes no estén bien indicadas las emisiones sanguíneas locales por el ano, ó por encima del abdómen: las jenerales solo deben preferirse cuando la calentura es muy intensa. Pueden tambien prescribirse jenerales ó locales contra las conjestiones que dependen de la escensiva violencia del elemento bronquial ó cerebral; y si bien es verdad que su uso exige una sabia reserva, con todo creemos que en los niños pasan mas raramente del objeto que se pretende con ellas, y hemos notado que casi nunca tienen el inconveniente, como en el adulto, de ocasionar y aumentar la postracion.

Los purgantes son tan útiles en la infancia como en las demas edades; y si bien es verdad que en muchos casos pueden emplearse con mas ventajas como medicacion esclusiva, sin embargo con muchísima mayor frecuencia es preferible el hacer que precedan á ellos algunas emisiones sanguíneas moderadas; despues de las cuales deben prescribirse con profusion, sin que se haya de considerar á la diarrea como una contraindicacion de ellos; pues que la disminuyen y aun la suprimen algunas veces; aun en los casos en que no se disminuye la diarrea modifican la naturaleza de las evacuaciones. Sin embargo están los purgantes mas positivamente indicados cuando hay constipacion y meteorismo; en cuyos casos conviene auxiliarlos con las lavativas laxantes preparadas con la infu-

sion de sen, el sulfato de sosa, la miel mercurial, etc. El purgante que mas se usa interiormente es el agua de Sedlitz á la dosis de dos á cuatro vasos por dia: en jeneral los niños la beben sin mucha dificultad, y cuando no es asi se reemplaza con el agua magnesiana saturada, que es menos desagradable, ó bien, si tambien la repugnan mucho, con el aceite de ricino en una pocion edulcorada. Los calomelanos, el sen y algunos otros purgantes pudieran emplearse con iguales ventajas, pero jeneralmente se usan menos. Cuando en el principio del mal se notan los síntomas de un empacho gástrico debe preceder á los purgantes un emético, y se prefiere jeneralmente la ipecacuana.

La medicacion revulsiva es á menudo sumamente útil. Los rubefacientes y las ventosas secas sirven bien; pero se puede contar mas con los vejigatorios, que se emplean en el segundo período y principalmente en el tercero. Su accion es doble, es decir, á la vez revulsiva y escitante: la primera es ventajosa cuando debemos oponernos á una conjestion ó flegmasia local, y particularmente cuando la medicacion antiflojística está contraindicada ó es insuficiente; y la segunda es favorable cuando hay mucha postracion, y casi siempre disminuye la adinamia, y hace que la convalecencia sea mas pronta y mas fácil. En circunstancias opuestas, los vejigatorios serian mas perjudiciales que útiles: cuando hay mucha agitacion ó delirio, ú otros síntomas de escitacion, algunas veces se exasperan con ellos. Cuando se desea principalmente su accion estimulante, es poco ventajoso el mantener su supuracion; pues que desde el segundo ó tercero dia se hace débil su estímulo, y la úlcera puede inflamarse ó gangrenarse; inconveniente que sobreviene á menudo en las calenturas tifoideas y que siempre es grave; y asi, para evitarlo, es preferible á aquella el repetir las aplicaciones epispásticas.

La indicacion de los sedativos jeneralmente no se presenta sino en el primero y segundo periodos, en los casos en que los accidentes debidos á la escitacion del sistema nervioso y del aparato circulatorio son intensos. Hemos dicho ya que las sangrías jenerales ó locales, entre otros efectos, tienen el de disminuir el estado febril y los accidentes que parecen depender de un cierto grado de conjestion encefálica (cefalalja, delirio,

agitacion, etc.); pero como debe limitarse su uso con el objeto de que se conserven las fuerzas necesarias en adelante para el organismo, puede ayudarse su accion, ó aun se deben reemplazar en ciertos casos, con el método de las afusiones frias; el cual, quitando directamente el calórico, opera una sedacion inmediata de las fuerzas vitales sin destruirlas en su origen como lo harian aquellas siendo demasiado abundantes, retarda la reaccion, si así puede decirse, la economiza y permite que se prolongue hasta los últimos períodos del mal, en cuya época tan á menudo hace falta; por otra parte, disminuyendo la intensidad de la reaccion jeneral, favorece y hace mas franca una reaccion local hácia la piel, y de esta manera se establecen mejor esos sudores críticos que tanta influencia ejercen en la curacion. Se han alabado tambien algunos otros medicamentos sedativos ó contra estimulantes, como el tártaro emético á alta dosis; método que no se ha experimentado lo suficiente en ciertos paises para que podamos hablar de su eficacia.

Llega un momento, en el segundo y tercer período, en el cual no solamente no se ha de disminuir la reaccion jeneral, sino que se ha de sostener ó aun aumentar. Cuando se trata solamente de sostenerla en un cierto grado, se usan los tónicos, y mayormente el vino y la quina; pero si la reaccion es enteramente lánguida, se prescriben los estimulantes, como la anjélica, la manzanilla, la canela, el árnica, el alcanfor, el éter, el almizcle, etc.; y como la mayor parte de estos estimulantes tienen una accion poco duradera, deben asociárseles los tónicos para sostenerla y prolongarla: cuanto mas francamente adinámica es la forma de la enfermedad, tanto mas ventajosos son los tónicos y los estimulantes. La forma atáxica es mas difícil de combatir con ventajas, y no son tan ciertas las reglas que deben observarse: M. Littré las resume del modo siguiente: «Si el delirio vá acompañado de mucha agitacion, y se sostienen las fuerzas y el pulso, puede emplearse de nuevo, aun en el día 15.º ó 20.º, el plan antiflojístico, la sangría jeneral, la aplicacion de sanguijuelas detrás de las orejas ó de hielo en la frente; al contrario, si la forma atáxica se combina con la adinámica, es preciso, aunque debe hacerse mucho mas grave el pronóstico, recurrir al tratamiento tónico que,

algunas veces, desvanece al mismo tiempo la ataxia y la adinamia; por fin, si en medio de los síntomas atáxicos no se nota el predominio ni de la escitacion ni de la debilidad, deberemos limitarnos á una terapéutica espectante. Los mas de los prácticos usan en este caso los vejigatorios aplicándolos en las pantorrillas ó en los muslos.»

Tales son las medicaciones activas que, combinadas ó empleadas de una manera mas ó menos esclusiva, merecen mayor confianza. Se han preconizado algunas otras cuyo modo de obrar es menos conocido, y que por consiguiente no pueden compararse con las precedentes: las mas de ellas han sido abandonadas poco tiempo despues de haberlas ensayado; tales son, por ejemplo el agua de Seltz y los cloruros; y en particular los últimos en el dia jeneralmente no se usan sino como medios accesorios hijiénicos. Sin embargo, no en todos los casos de calenturas tifoideas se ha de usar un tratamiento enérgico; pues cuando su intensidad es lijera ó mediana, no hay complicacion alguna, ni se hace temible ninguno de sus elementos por su predominio; y particularmente cuando se anuncian los caracteres de una enfermedad francamente reactiva con la coordinacion y el equilibrio de todos los actos patológicos y su tendencia hácia una solucion crítica por medio de los diferentes emunctorios del organismo, pueden abandonarse sin peligro á la naturaleza, ó mas bien se han de someter á la medicacion espectante.

Los cuidados hijiénicos son siempre muy interesantes; y así se evitará la reunion de los enfermos, que se han de colocar en aposentos grandes; se debe renovar á menudo el aire que respiran, y se ha de purificar con los cloruros alcalinos; se ha de procurar al rededor de ellos una temperatura suave, y se deben mantener en una esmerada limpieza. La convalecencia requiere grandes precauciones, mayormente en los niños, en los cuales exige un particular cuidado la alimentacion; pues como recobran pronto el apetito, y no tratan de moderarse, padecen algunas veces indigestiones muy funestas. La mutacion de aire, pasando á la campiña, favorece el restablecimiento de los enfermos cuya convalecencia es lenta y difícil.

El tratamiento de las complicaciones nada absolutamente presenta de especial para los niños. La pneumonía reclama

los antiflojísticos cuando se declara en los primeros períodos ; pero mas tarde se combate principalmente con los antimoniales, los diaforéticos y sobre todo los vejigatorios *loco dolenti*. Para prevenirla y aun curarla, es muy importante el hacer acostar á los enfermos alternativamente sobre ambos lados, evitando cuanto se pueda el decúbito dorsal prolongado que favorece la hipostasis. En cuanto á la perforacion intestinal y á la peritonitis agudísima que de ella resulta, solo puede ofrecer algunas esperanzas el opio dado á alta dosis, segun el método de los Sres. Graves y Stockes de Dublin, que se ha experimentado en Francia en muchísimos casos: empleado luego que sobreviene la perforacion, puede detener la peritonitis; pero con demasiada frecuencia es completamente inútil. A las hemorragias intestinales se oponen los revulsivos y sobre todo los refrijerantes. Las escaras reclaman las curaciones simples ó tónicas, segun los casos.

ARTÍCULO III.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS ANEXOS AL APARATO DIJESTIVO.

GLÁNDULAS SALIVALES. En la infancia no las afecta enfermedad alguna que merezca una descripcion particular, si se exceptúa la ránula que corresponde á la patología quirúrgica; gozan sin embargo de una grande actividad funcional en el principio de la vida, por ejemplo, en la proximidad y curso de las dos denticiones; pero es muy raro ver esta actividad cambiarse en estado patológico.

HÍGADO. Raras veces en la infancia es el sitio de enfermedades importantes; las lesiones de circulacion y de secrecion de los órganos biliares no solamente no ofrecen forma alguna especial, sino que son menos frecuentes que en las demás edades; y entre las de nutricion solo los tubérculos merecen una mencion particular, que nos ocupará mas adelante.

Todo lo respectivo á las *hiperemias* del hígado en los niños se asemeja singularmente á lo que tenemos dicho de las gastro-intestinales en el recién-nacido, ó bien se refieren á las enfermedades del corazon de las cuales son solamente un efecto

sintomático: por otra parte, como hemos dicho, no son comunes antes de la edad de diez ó doce años. La *hepatitis* es igualmente muy rara y no debe ocuparnos.

De la *ictericia* de los recién-nacidos hablaremos mas adelante. La que depende de la hepatitis ó de los cálculos biliares necesariamente debe ser, como estas afecciones, enteramente estraña en la primera edad. La espasmódica tambien es rara en los niños, á pesar de que las afecciones morales que son sus causas comunes en los adultos, ocasionan en los niños perturbaciones graves. Los *flujos biliares*, raros en nuestro clima, se observan menos en la infancia que mas adelante; sin embargo se han visto ejemplos de ellos, y hemos podido reunir algunos. En los mas de los casos este flujo no es mas que un epifenómeno de ciertas flegmasias ó diacrisis gastro-intestinales que se anuncia por la presencia de una grande cantidad de bilis en las materias del vómito y fecales; son muy raras en los niños, como se dijo tratando de la forma biliosa de la diacrisis que constituyen. En otros casos la *diacrisis biliosa* es por decirlo asi idiopática y, segun muchos autores, constituye el *cólera esporádico*. Este flujo ataca algunas veces á los niños, mayormente durante las estaciones calientes y bajo el influjo de las mismas causas que lo ocasionan en el adulto; y asi mismo en aquellos no presenta el *cólera* esporádico otra particularidad importante sino tal vez una marcha mas pronta y una mayor gravedad. Creemos que á corta diferencia debe decirse lo mismo del *cólera asiático ó epidémico*. En los Estados Unidos padecen, particularmente los niños, una especie de *cólera* (*cólera de los niños*), que en efecto, segun las descripciones que hacen de ella los médicos de aquel pais, tiene mucha analogía con nuestro *cólera* esporádico. Segun el Dr. Harvey Lindsley, empieza de muchas maneras diferentes; algunas veces bajo la forma de una simple diarrea, sin náuseas, dolores, ni calentura, y solo aparecen los vómitos despues de algunos dias, y entonces empieza tambien la calentura que va acompañada de dolor á la presion en el abdómen, de alteracion de la fisonomía, de pequenez del pulso, y de palidez de los tegumentos con frio en las estremidades y congestion en la cabeza, y sobre todo en los ojos: durante este tiempo la lengua está sucia, la piel de la frente tensa y como aderida á los huesos, la nariz

los antiflojísticos cuando se declara en los primeros períodos ; pero mas tarde se combate principalmente con los antimoniales, los diaforéticos y sobre todo los vejigatorios *loco dolenti*. Para prevenirla y aun curarla, es muy importante el hacer acostar á los enfermos alternativamente sobre ambos lados, evitando cuanto se pueda el decúbito dorsal prolongado que favorece la hipostasis. En cuanto á la perforacion intestinal y á la peritonitis agudísima que de ella resulta, solo puede ofrecer algunas esperanzas el opio dado á alta dosis, segun el método de los Sres. Graves y Stockes de Dublin, que se ha experimentado en Francia en muchísimos casos: empleado luego que sobreviene la perforacion, puede detener la peritonitis; pero con demasiada frecuencia es completamente inútil. A las hemorragias intestinales se oponen los revulsivos y sobre todo los refrijerantes. Las escaras reclaman las curaciones simples ó tónicas, segun los casos.

ARTÍCULO III.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS ANEXOS AL APARATO DIJESTIVO.

GLÁNDULAS SALIVALES. En la infancia no las afecta enfermedad alguna que merezca una descripcion particular, si se exceptúa la ránula que corresponde á la patología quirúrgica; gozan sin embargo de una grande actividad funcional en el principio de la vida, por ejemplo, en la proximidad y curso de las dos denticiones; pero es muy raro ver esta actividad cambiarse en estado patológico.

HÍGADO. Raras veces en la infancia es el sitio de enfermedades importantes; las lesiones de circulacion y de secrecion de los órganos biliares no solamente no ofrecen forma alguna especial, sino que son menos frecuentes que en las demás edades; y entre las de nutricion solo los tubérculos merecen una mencion particular, que nos ocupará mas adelante.

Todo lo respectivo á las *hiperemias* del hígado en los niños se asemeja singularmente á lo que tenemos dicho de las gastro-intestinales en el recién-nacido, ó bien se refieren á las enfermedades del corazon de las cuales son solamente un efecto

sintomático: por otra parte, como hemos dicho, no son comunes antes de la edad de diez ó doce años. La *hepatitis* es igualmente muy rara y no debe ocuparnos.

De la *ictericia* de los recién-nacidos hablaremos mas adelante. La que depende de la hepatitis ó de los cálculos biliares necesariamente debe ser, como estas afecciones, enteramente estraña en la primera edad. La espasmódica tambien es rara en los niños, á pesar de que las afecciones morales que son sus causas comunes en los adultos, ocasionan en los niños perturbaciones graves. Los *flujos biliares*, raros en nuestro clima, se observan menos en la infancia que mas adelante; sin embargo se han visto ejemplos de ellos, y hemos podido reunir algunos. En los mas de los casos este flujo no es mas que un epifenómeno de ciertas flegmasias ó diacrisis gastro-intestinales que se anuncia por la presencia de una grande cantidad de bilis en las materias del vómito y fecales; son muy raras en los niños, como se dijo tratando de la forma biliosa de la diacrisis que constituyen. En otros casos la *diacrisis biliosa* es por decirlo asi idiopática y, segun muchos autores, constituye el *cólera esporádico*. Este flujo ataca algunas veces á los niños, mayormente durante las estaciones calientes y bajo el influjo de las mismas causas que lo ocasionan en el adulto; y asi mismo en aquellos no presenta el cólera esporádico otra particularidad importante sino tal vez una marcha mas pronta y una mayor gravedad. Creemos que á corta diferencia debe decirse lo mismo del *cólera asiático ó epidémico*. En los Estados Unidos padecen, particularmente los niños, una especie de cólera (*cólera de los niños*), que en efecto, segun las descripciones que hacen de ella los médicos de aquel pais, tiene mucha analogía con nuestro cólera esporádico. Segun el Dr. Harvey Lindsley, empieza de muchas maneras diferentes; algunas veces bajo la forma de una simple diarrea, sin náuseas, dolores, ni calentura, y solo aparecen los vómitos despues de algunos dias, y entonces empieza tambien la calentura que va acompañada de dolor á la presion en el abdómen, de alteracion de la fisonomía, de pequenez del pulso, y de palidez de los tegumentos con frio en las estremidades y congestion en la cabeza, y sobre todo en los ojos: durante este tiempo la lengua está sucia, la piel de la frente tensa y como aderida á los huesos, la nariz

puntiaguda y afilada, y los labios pálidos y adelgazados: el niño permanece muy abatido, sin embargo de que se menea muy á menudo; mas tarde la sed es insaciable, los vómitos son continuos, sin que el estómago soporte cosa alguna. En los casos mas graves estos síntomas marchan con rapidez; pronto se propagan los espasmos á toda la economía, y no tarda en sobrevénir la muerte. En muchos casos, y tal vez en la mayor parte, se desarrolla el cólera en los niños sin haber precedido la diarrea; y en medio de una completa salud aparente, les atacan vómitos y una diarrea muy violenta que, á pesar del tratamiento mejor combinado y mas activo, ocasiona la muerte en el espacio de dos ó tres dias y aun algunas veces de veinte y cuatro horas. Bastante á menudo acontece tambien que los vómitos, tanto si han empezado repentinamente como si han aparecido con lentitud, pues que esto poco importa, cesan al cabo de algunos dias; al paso que la diarrea continúa durante muchas semanas y acaba con el niño, ó bien cede al tratamiento apropiado. Segun Dewees y Billard, en el cadáver se encuentra una congestión cerebral y casi siempre lesiones de los intestinos y del estómago, como manchas de un color rojo lívido, el engrosamiento de la mucosa, el hígado voluminoso é infartado de sangre, la vejiga de la hiel llena de bilis de un color verde subido; al paso que los intestinos gruesos y los demás órganos del abdómen regularmente están sanos. En vista de estas lesiones y de los síntomas observados durante la vida, Billard no duda en considerar á la enfermedad que nos ocupa como una verdadera gastro-enteritis intensa. No nos hallamos conformes con esta opinion: es indudable que una gastro-enteritis intensa puede ocasionar la mayor parte de los síntomas del cólera esporádico; pero en muchísimos casos no se encuentra en la mucosa gastro-intestinal lesion alguna ó casi ninguna que pueda explicar los violentos síntomas, y particularmente el profundo colapso que caracteriza la enfermedad en los casos en que no vá acompañada de complicaciones. No nos atreveríamos á afirmar que el cólera consista verdaderamente y siempre en un flujo bilioso; pero los hechos que hemos tenido á la vista nos inducen á creer que es aun mucho menos un efecto de la gastro-enteritis, y nos adherimos mas bien á la opinion del Dr. Dewees, que dice, hablando de la diarrea:

«En la diarrea biliosa los materiales son verdes ó de un amarillo intenso; y los intestinos están irritados por este alujo de bilis viciada ó no: esta enfermedad es frecuente en los niños en nuestro clima durante el verano ó en las inmediaciones de esta estacion; y en efecto es conocida la influencia del calor en las funciones del hígado, y se sabe jeneralmente que durante el calor, se efectúan con mayor rapidez las evacuaciones en los adultos, y á menudo las materias fecales se hallan teñidas de bilis; la orina presenta tambien este color, y cuando esta enfermedad sobreviene en los niños la llamamos *el mal de verano*.» Como quiera que sea, lo cierto es que el tratamiento no es diferente segun las edades, y que las indicaciones de los antiespasmódicos, estimulantes y tónicos, y algunas veces de los evacuantes perturbadores, se presenta con mucha mayor frecuencia que la de los debilitantes y antiflojísticos. Los niños que hemos visto sucumbir á esta enfermedad han muerto mas bien por falta de reaccion jeneral y local que por la violencia de la calentura y de los síntomas inflamatorios. Los médicos americanos emplean y preconizan de una manera jeneral los vomitivos, despues las infusiones muy concentradas de café, los calomelanos y en seguida las lavativas con una dosis de láudano proporcionada á la edad de los enfermos. Dewees aconseja tambien el ruibarbo, los polvos absorbentes, los vejigatorios en los miembros y las fricciones secas hechas con lana. Creemos que estos últimos medios y en jeneral todos los que tienden á restablecer la expansion vital hácia la piel, son muy ventajosos. Los americanos aconsejan tambien al régimen tónico como medio profiláctico del cólera «que, segun ellos, en su país es una plaga no menos temible que la tisis.»

BAZO Y PANCREAS. Escepto los tubérculos, de que hablaremos, no se notan en estos órganos enfermedades que reclamen un lugar especial en este tratado. Las congestiones del bazo se observan en los recién-nacidos en las mismas circunstancias que las hepáticas y gastro-intestinales y nada ofrecen de particular. Billard ha citado un caso de ruptura del bazo por efecto de un estado patológico semejante.

PERITONEO. La mayor parte de las afecciones de la membrana serosa abdominal que se padecen en las demás edades, son raras en la infancia. La *peritonitis aguda*, si se exceptúan

los casos en qué es puerperal ó consecutiva á lesiones traumáticas ó á perforaciones intestinales, es rara en todas las épocas de la vida: no podemos decir positivamente si lo es mas ó menos en la infancia; pero lo cierto es que la edad no imprime particularidad alguna en la reunion de los síntomas propios de la peritonitis aguda verdaderamente idiopática, que se observa tambien en los recién-nacidos. Billard la ha visto muchas veces en ellos. La tension del vientre que se eleva formando punta hácia el ombligo, la agitacion, el dolor indicado por la alteracion de la fisonomía y por los gritos continuos del niño, los vómitos, los eructos, la constipacion y por fin la dejadez jeneral, la pequeñez del pulso y el marasmo, forman los síntomas de la peritonitis, que requiere la mayor atencion y tino práctico para distinguirla de las flegmasias del tubo intestinal, con las cuales puede complicarse y confundirse. La difenea que resulta del meteorismo, porque estorba este el descenso del diafragma, pudiera algunas veces hacer confundir la peritonitis con una de las enfermedades de pecho; pero la falta absoluta de los signos físicos y de los demás que son propios de estas aclara el diagnóstico. Por fin, siendo constante é intenso el dolor en la peritonitis, la reunion de estos dos caracteres la diferenciará de las demás afecciones en las cuales el dolor abdominal, si es constante, es menos fuerte; y si es intenso, es remitente. Los antiflojísticos forman la base del tratamiento, pero no pueden curarla sino se usan con energia y prontitud en su principio: la asociacion de las fricciones mercuriales nos ha parecido eficaz en casos muy graves. La medicacion opiada de qué hemos hablado al tratar de las perforaciones intestinales, ha sido empleada por los médicos ingleses para el tratamiento de la peritonitis espontánea. En los recién-nacidos puede haber una causa especial de peritonitis y es la obliteracion conjénita del recto, contra la cual debe dirigirse el tratamiento; y en todas las épocas de la infancia puede serlo la intus-suscepcion del canal intestinal, de la cual hemos hablado. Siendo la *peritonitis crónica* casi constantemente de naturaleza tuberculosa, su historia debe comprenderse en la de la tisis entero-mesentérica.

La *ascitis* no es rara en la primera edad; pero, como en las demás épocas de la vida, casi siempre es sintomática, resultan-

do, ora de un obstáculo en el curso de la sangre en las partes centrales de la circulacion, ora de tubérculos situados en diferentes órganos abdominales, en cuyo caso puede ser efecto de la compresion de los vasos ó de una modificacion que experimentan la exalacion ó la absorcion abdominales á causa de los tubérculos; ora por fin es consecutiva á las calenturas exantemáticas y en particular á la escarlatina. Al tratar de estas diferentes afecciones que orijinan la hidro-peritonitis, hablaremos de ella. Con respecto á la esencial nada podemos decir que sea particular á los niños.

Los *flegmones sub-peritoneales* han sido bien conocidos y bien descritos en estos últimos tiempos, mayormente despues de las investigaciones de Dupuytren acerca los abscesos de la fosa ilíaca derecha. Esta enfermedad que han descrito los médicos alemanes con el nombre de *peritifilitis* y acerca la cual M. Grisolle ha publicado recientemente una memoria sumamente completa, es casi estraña á la infancia, por lo menos si se juzga en vista de las observaciones de los prácticos que acabamos de citar. Nada hubieramos pues dicho de ella si no hubiesemos tenido ocasion de observar un ejemplo muy bien caracterizado en un niño de trece años que, colocado como aprendiz de dorador de madera, habia tenido ya muchos ataques de constipacion, debidas seguramente á los preparados de plomo que emplean en esta profesion. La curacion fué completa y bastante rápida, gracias al uso combinado de las evacuaciones sanguíneas locales, de los tópicos emolientes, de los laxantes tomados interiormente y en lavativa y de los baños jenerales.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS

JÉNITO-URINARIOS.

Pocos órganos hay que, estudiados en el cadáver de los niños, se hallen tan á menudo en un estado perfecto de integridad como los órganos jénito-uritarios. No hablaremos ahora de sus tubérculos porque los comprenderemos entre los del abdomen, ni de la afeccion calculosa porque corresponde á la cirugía.

los casos en qué es puerperal ó consecutiva á lesiones traumáticas ó á perforaciones intestinales, es rara en todas las épocas de la vida: no podemos decir positivamente si lo es mas ó menos en la infancia; pero lo cierto es que la edad no imprime particularidad alguna en la reunion de los síntomas propios de la peritonitis aguda verdaderamente idiopática, que se observa tambien en los recién-nacidos. Billard la ha visto muchas veces en ellos. La tension del vientre que se eleva formando punta hácia el ombligo, la agitacion, el dolor indicado por la alteracion de la fisonomía y por los gritos continuos del niño, los vómitos, los eructos, la constipacion y por fin la dejadez jeneral, la pequeñez del pulso y el marasmo, forman los síntomas de la peritonitis, que requiere la mayor atencion y tino práctico para distinguirla de las flegmasias del tubo intestinal, con las cuales puede complicarse y confundirse. La difenea que resulta del meteorismo, porque estorba este el descenso del diafragma, pudiera algunas veces hacer confundir la peritonitis con una de las enfermedades de pecho; pero la falta absoluta de los signos físicos y de los demás que son propios de estas aclara el diagnóstico. Por fin, siendo constante é intenso el dolor en la peritonitis, la reunion de estos dos caracteres la diferenciará de las demás afecciones en las cuales el dolor abdominal, si es constante, es menos fuerte; y si es intenso, es remitente. Los antiflojísticos forman la base del tratamiento, pero no pueden curarla sino se usan con energia y prontitud en su principio: la asociacion de las fricciones mercuriales nos ha parecido eficaz en casos muy graves. La medicacion opiada de qué hemos hablado al tratar de las perforaciones intestinales, ha sido empleada por los médicos ingleses para el tratamiento de la peritonitis espontánea. En los recién-nacidos puede haber una causa especial de peritonitis y es la obliteracion conjénita del recto, contra la cual debe dirigirse el tratamiento; y en todas las épocas de la infancia puede serlo la intus-suscepcion del canal intestinal, de la cual hemos hablado. Siendo la *peritonitis crónica* casi constantemente de naturaleza tuberculosa, su historia debe comprenderse en la de la tisis entero-mesentérica.

La *ascitis* no es rara en la primera edad; pero, como en las demás épocas de la vida, casi siempre es sintomática, resultan-

do, ora de un obstáculo en el curso de la sangre en las partes centrales de la circulacion, ora de tubérculos situados en diferentes órganos abdominales, en cuyo caso puede ser efecto de la compresion de los vasos ó de una modificacion que experimentan la exalacion ó la absorcion abdominales á causa de los tubérculos; ora por fin es consecutiva á las calenturas exantemáticas y en particular á la escarlatina. Al tratar de estas diferentes afecciones que orijinan la hidro-peritonitis, hablaremos de ella. Con respecto á la esencial nada podemos decir que sea particular á los niños.

Los *flegmones sub-peritoneales* han sido bien conocidos y bien descritos en estos últimos tiempos, mayormente despues de las investigaciones de Dupuytren acerca los abscesos de la fosa ilíaca derecha. Esta enfermedad que han descrito los médicos alemanes con el nombre de *peritifilitis* y acerca la cual M. Grisolle ha publicado recientemente una memoria sumamente completa, es casi estraña á la infancia, por lo menos si se juzga en vista de las observaciones de los prácticos que acabamos de citar. Nada hubieramos pues dicho de ella si no hubiesemos tenido ocasion de observar un ejemplo muy bien caracterizado en un niño de trece años que, colocado como aprendiz de dorador de madera, habia tenido ya muchos ataques de constipacion, debidas seguramente á los preparados de plomo que emplean en esta profesion. La curacion fué completa y bastante rápida, gracias al uso combinado de las evacuaciones sanguíneas locales, de los tópicos emolientes, de los laxantes tomados interiormente y en lavativa y de los baños jenerales.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS

JÉNITO-URINARIOS.

Pocos órganos hay que, estudiados en el cadáver de los niños, se hallen tan á menudo en un estado perfecto de integridad como los órganos jénito-uritarios. No hablaremos ahora de sus tubérculos porque los comprenderemos entre los del abdomen, ni de la afeccion calculosa porque corresponde á la cirugía.

ENFERMEDADES DE LAS VIAS URINARIAS. El *catarro vesical* es menos raro en la infancia de lo que se cree comunmente, aun cuando no haya una piedra en la vejiga. En la página 80 tenemos indicadas las condiciones especiales á la niñez que predisponen el tejido mucoso á las inflamaciones catarrales; y si bien dijimos que son poco pronunciadas en la mucosa urinaria, sin embargo conservan todavía una cierta energía en ella, la cual hace que el *catarro vesical* se produzca por causas muy sencillas, tales como la estancacion de la orina en la vejiga, á causa de la debilidad de este órgano. Esta enfermedad se observa principalmente en los niños de temperamento linfático, de una constitucion débil, en los escrofulosos y raquiticos: á menudo la promueve tambien, la sostiene y la exaspera, la irritacion del recto, y sobre todo la existencia de los vermes. Regularmente es crónica, bajo cuya forma puede desconocerse con facilidad, porque los niños hacen poca atencion en el aspecto de la orina que arrojan, y los demás síntomas son obscuros. En efecto, como lo ha dicho M. Civiale, «causa menos dolor que en las demás épocas de la vida; el paso de las mucosidades por la uretra ocasiona menos escozor: muchas veces persiste la flegmasia durante muchos años sin que la orina se vuelva puriforme.» Sin embargo muchas veces el *catarro* presenta exacerbaciones que ponen al práctico en expectativa: hay disuria, la orina es lactescente y con el reposo se precipitan en ella mucosidades más ó menos opacas. Raras veces presenta una marcha francamente aguda, y en muchos casos coincide con la incontinencia de orina.

El tratamiento es semejante al que conviene en una edad mas adelantada, debiendo usarse los antiflogísticos, los revulsivos, los balsámicos, los escitantes y los sedativos, segun lo exija el caso, teniendo presente la causa principal del mal. «En algunos niños, dice Civiale, en el principio de la enfermedad basta pasar algunas candelillas blandas por la uretra y hacer inyecciones simples en la vejiga para que desaparezcan de la orina las mucosidades que contiene, y esta escrecion vuelva á adquirir su curso regular; pero raramente se llama al medico en el principio del mal, y cuando la enfermedad tiene ya alguna fecha, como sucede regularmente, la uretra es escesivamente irritable. De ahí dependen dificultades para

el tratamiento: la introduccion de las primeras candelillas y de las primeras sondas es muy dolorosa y algunas veces determina una reaccion que exaspera la flegmasia. Entonces debe procederse á esas introducciones con muchísima reserva sino queremos esponernos á tener que interrumpir el tratamiento, y por consiguiente á prolongar mucho su duracion.»

INCONTINENCIA DE URINA. Puede ser continua, pero en algunos casos es intermitente y solamente se efectúa por la noche. La primera no es mas que un efecto de diferentes afecciones que no deben ocuparnos, y que, por la mayor parte son raras en la infancia.

La *incontinencia nocturna* no constituye siempre una enfermedad, pues algunas veces es un simple defecto. J. L. Petit la ha distinguido en tres especies: La primera comprende á los niños que tienen pereza de levantarse para orinar cuando sienten los primeros estímulos; la segunda los que duermen tan profundamente que no les despierta la sensacion que precede al acto de orinar, y pasa la orina por la uretra sin que el niño lo advierta; y la tercera los que sueñan que orinan en un orinal, cerca de una pared ó en otra parte y se meán conociéndolo: estos son pocos, ó por lo menos no tienen estos sueños.

La incontinencia de la primera y tercera especie no depende de condicion alguna patológica del aparato urinario, y todo su tratamiento consiste en los medios morales, que raras veces deben ser rigurosos y severos, debiendo limitarse á imponer privaciones á los niños ó picar su amor propio reprendiéndoles delante de personas estrañas: los azotes es un medio de que abusan muchos padres, y como algunas veces ocasiona verdaderos peligros, el médico debe declamar enérgicamente contra su uso. «Debe tambien encargarse muchísima circunspeccion, dice M. Lagneau, en el uso, preconizado por diferentes autores, de los medios propios para afectar enérgicamente la imaginacion del niño ocasionándole un fuerte terror, como el que experimenta cuando se le hace apretar con la mano un raton vivo, cuando oye impensadamente una violenta detonacion, ó cuando se le obliga á presenciarse los últimos momentos de un moribundo; pues de ello podrian resultar la epilepsia, coreas, y cualquiera otra afeccion convulsiva mas ó menos difícil de curar.»

A la segunda especie se refiere la incontinencia de orina realmente patológica; siendo fácil de concebir el porqué la infancia predispone poderosamente á ella, pues en esta edad el sistema muscular de la vida orgánica goza de una contractilidad muy pronunciada; todos los reservorios se vacian mas á menudo, y simples contracciones fisiológicas adquieren á veces el carácter espasmódico, como se vé en ciertos vómitos. La vejiga tiene una túnica carnosa cuya contraccion se halla por lo menos en parte bajo la influencia del sistema nervioso ganglionar, y sustraída en esta parte á la voluntad; durante la vijilia se hallan impedidos los efectos de esta contraccion, ya por la simple fuerza tónica de los músculos constrictores del orificio vesical de la uretra, ya por su contraccion voluntaria; pero el sueño que suprime toda contractilidad voluntaria, no tiene efecto alguno de este jénero en la contractilidad orgánica sensible, y aun tal vez se pudiera demostrar fácilmente que esta se aumenta durante el sueño. Como sea, la supresion de la voluntad acaba de destruir el equilibrio de dos poderosos antagonistas en favor de la que predomina naturalmente en la niñez. Además debe notarse que el sueño suspende mas completamente las funciones de los sentidos y del entendimiento que las del instinto, y por consiguiente, durante el sueño, se efectúan muchas de estas, las que en los niños son mas activas y comprenden muchos actos que en el adulto son completamente voluntarios y deliberados; que la espulsion de la orina, que á una edad mas adelantada está arreglada, se adelanta ó se retarda segun el capricho individual, si asi puede decirse, en la niñez es casi instintiva, y por consiguiente mucho mas subordinada á la sensacion que la precede, aun cuando un sueño profundo la hace mas sorda y mas oscura. Tales son las condiciones fisiológicas predisponentes de la incontinencia de orina que se hallan en relacion directa con la edad; siendo en algunos niños tan pronunciadas que, en falta de otras, se hacen determinantes; pero en los mas de los casos se les añaden otras influencias que obran en el mismo sentido, como una constitucion débil, el temperamento linfático, y las disposiciones hereditaria, escrofulosa y raquitica. Entre las causas ocasionales deben contarse principalmente la injestion de abundantes bebidas, el olvido de hacer orinar á

los niños al acostarlos, el cansancio durante el día que ocasiona en la noche un sueño mas profundo, y el calor de la cama, que parece tener una grande influencia en ciertos niños que se orinan en ella en el primer sueño antes de que la vejiga se halle distendida por una grande cantidad de orina.

La mayor parte de los autores sobre todo despues de Desault, han admitido el mecanismo y las causas que acabamos de indicar hasta estos últimos tiempos en que M. Civiale ha tratado de terjiversar esta opinion. Dice que ha observado la incontinencia en sujetos cuya vejiga floja se hallaba continuamente distendida por una cierta cantidad de orina, y cree que en estos casos la evacuacion nocturna es efecto de una verdadera rebosadura análoga á la que tiene lugar en cualquiera retencion en jeneral. Si asi fuera la incontinencia seria sintomática; pero sin duda no son los mas frecuentes los hechos análogos á los que refiere M. Civiale, y en los mas de los casos la vejiga no se halla distendida por la orina en los intervalos de las evacuaciones. Por otra parte, suponiendo que esta relajacion por atonia fuese tan frecuente como se dice, deberia siempre esplicarse el porque hay incontinencia de noche y no en estado de vijilia, y se llegaria á conocer en último análisis que las razones fisiológicas que hemos espuesto no son menos aplicables á ellos. Como sea, los casos citados por Civiale tienen en la práctica una importancia efectiva, pues en ellos no es una simple incontinencia la que debe combatirse sino la retencion de que depende. Por consiguiente es indispensable, en todos los casos de incontinencia, y mayormente cuando pueda sospecharse este estado morboso, el explorar atentamente la rejion hipogástrica, á fin de asegurarnos de si la vejiga se halla habitualmente distendida; y en caso de necesidad puede practicarse el cateterismo para que sea mas cierto el diagnóstico.

El tratamiento de la incontinencia ó *enuresis* nocturna es jeneral y local. El primero tiene por objeto el remediar la debilidad de la constitucion, el predominio del temperamento linfático, y algunas veces ciertos estados patológicos, como las escrófulas, la raquitis, etc.; lo que se consigue con el uso de los medios hijiénicos y terapéuticos propios, como una dieta tónica y analéptica, el ejercicio, la insolacion, y la respi-

racion de un buen aire, junto con la administracion de los amargos, de los ferruginosos, de los baños jenerales simples y frios, ó compuestos como los sulfurosos, salinos, alcalinos ó iodurados, ó de todos los medios propios para el tratamiento de las afecciones dichas. El segundo cuyo objeto consiste en modificar la sensibilidad y contractilidad de la vejiga, se compone de los chorros frios dirigidos al pubis, ingles y periné, las inmersiones cortas pero repetidas en el agua fria, aconsejadas por Dupuytren, las ventosas y los vejigatorios en las inmediaciones de la vejiga, la introduccion de una sonda en la uretra y el uso interno de los preparados de nuez vómica ó de cantáridas. Estos dos últimos ajentes deben usarse con mucha prudencia, empezando por dosis muy pequeñas, sin aumentarlas hasta que se ha podido apreciar el grado de la susceptibilidad individual: con estas precauciones, en jeneral se obtienen grandes resultados, y si algunas veces ocasionan accidentes, deben mas bien atribuirse á impericia ó á temeridad del que los experimenta, que á la misma medicacion. Como en muchísimos niños se cura espontáneamente la incontinen- cia hácia la edad de cinco á seis años, antes de ella no se les debe atormentár con medicaciones demasiado activas: asi mismo se observa que despues de haber persistido durante toda la infancia desaparece á veces en las niñas cuando se establece la menstruacion, á pesar de haberse resistido antes á todos los medios indicados; resultado que puede procurar tambien la escitacion producida por el coito en ambos sexos.

ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS SEXUALES. Raras veces se afecta el aparato jénital del sexo femenino antes de qué se halle en aptitud para desempeñar las funciones que le son propias; sin embargo lo está un poco mas á menudo que el masculino; diferencia que parece que puede explicarse por la estension de la mucosa jénital esterna, que hace mas fáciles y mas graves los efectos de ciertas causas, cuya accion sobre ella es análoga á la que ejercen en otras porciones del sistema mucoso, colocadas igualmente en el orijen de las cavidades internas. A esta causa orgánica predisponente debe referirse la leucorrea que, sin ser muy frecuente en la infancia, lo es mucho mas que el catarro uretral en el niño. Por otro lado, las funciones especiales y mas activas de los órganos jénitales

y mamarios en el sexo femenino esplican hasta un cierto punto los casos de precocidad anormal de la secrecion láctea y de la menstruacion que se observan en algunas niñas, y aun de ciertos casos de metrorrjia irregular y patológica citados por los autores, que se han observado en todas las épocas de la infancia y aun en los primeros dias de la vida; los cuales prueban que en una época muy distante de la pubertad el aparato jénital es susceptible de experimentar la turjescencia hemorrájica que puede estenderse aun en las glándulas mamarias. En otros casos la metrorrjia depende de un verdadero estado patológico, como por ejemplo un reblandecimiento fungoso del cuello de la matriz ó la existencia de un pólipa en ella.

La *hinchazon de los pechos* de los recién-nacidos se observa en ambos sexos y algunas veces va acompañada de un grande endurecimiento, todo lo que cesa espontáneamente con la salida de un líquido seroso mas ó menos lactescente, que debe favorecerse por medio de la succion ó de una presion lijera; y cuando este medio es insuficiente deben aplicarse sobre la parte cataplasmas emolientes ó fricciones con la enjundia.

CATARRO DE LA VULVA. Leucorrea. Se observa en todas las épocas de la infancia, y aun en las recién-nacidas; y en este caso no es fácil de conocer cual sea su causa. Es muy probable que las mas de las veces depende de la impresion del aire y del nuevo contacto que experimentan todos los tegumentos; pero en alguna parece que ha empezado en el claustro materno, pues que nacen las niñas con una hinchazon considerable acompañada de mucha rubicundez en todas las partes jénitales esternas, y á las que sigue muy pronto el flujo leucorróico. Sin embargo, por lo comun, la leucorrea de las recién-nacidas no va acompañada de hinchazon inflamatoria intensa, y consiste en una afeccion simplemente catarral de la mucosa vulvar, análoga á la blenorrea oculo-palpebral que se observa tambien muy á menudo en iguales circunstancias. Un poco mas tarde hasta la pubertad, la *etiología* de la leucorrea es la misma que en los demás catarros; debiendo colocarse en primer lugar al temperamento linfático, y despues la debilidad de la constitucion, el réjimen debilitante y malo, las habitaciones húmedas, mal ventiladas y frias, la primavera y el otoño, etc. Cuando las afecciones catarrales reinan epidémica-

mente, algunas veces es muy frecuente la leucorrea. Además deben contarse como causas mas ó menos activas de ella la dentición, la supresion de otra afeccion catarral, los enfriamientos jenerales ó parciales, la diacrisis verminosa, la constipacion de vientre, un cálculo urinario, las calenturas exantemáticas, todas las causas de irritacion local, como la falta de limpieza, las frotaciones, la violacion y sobre todo la masturbacion que puede depender de diferentes condiciones fisiológicas ó patológicas, y aun de la misma leucorrea á causa del prurito que ocasiona; y por fin, en ciertos casos, esta es sintomática de la sífilis, cuya infeccion no solamente puede efectuarse por la violacion, sino tambien algunas veces por medio del lienzo, de los vestidos, de contacto involuntario, etc.: así M. Schoenfeld ha visto muchos ejemplos de ella en niños que se acostaban en la misma cama con sus padres atacados de sífilis. No hablaremos de esta leucorrea sintomática, cuya causa hemos querido indicar solamente.

Los *sintomas* en jeneral pueden apreciarse fácilmente. En el primer período, el flujo es poco abundante y aun algunas veces la mucosa permanece seca durante muchos dias: la niña experimenta un calor incómodo, prurito ó escozor en las partes sexuales externas, en las cuales se lleva las manitas, ó bien acusa con sus respuestas el jénero y sitio de la incomodidad que siente: si se examina la vulva se encuentra regularmente una hinchazon en los grandes y pequeños labios, y la mucosa roja, inyectada y caliente, y el pasó de la orina aumenta el dolor. En los mas de los casos los síntomas permanecen locales, y sin embargo no es raro el observar un poco de calentura y algunos accidentes digestivos, mayormente cuando la causa del mal ha podido obrar al mismo tiempo en muchos órganos. En el segundo, el flujo se hace mas manifiesto; algunas veces es abundante desde el primero y entonces son menos evidentes los síntomas de la flegmasia. El líquido segregado es un moco al principio tenue y semi-transparente; y despues espeso, opaco, puriforme, blanquecino tirando un poco á amarillo y á verde, y forma en el lienzo manchas grises ó de un color gris-negrusco. Algunas veces su contacto irrita, inflama, escoria y úlcera la piel de los grandes labios, del periné y de las partes inmediatas, que adquieren un color rojo-obs-

curo. La picazon algunas veces es muy viva é insoportable. En jeneral los señales de la inflamacion son tanto menos violentos en este segundo período quanto mas lo han sido en el primero y *vice versa*. Por fin el flujo mucoso disminuye gradualmente, pierde todas sus cualidades irritantes, la flogosis desaparece, y la enfermedad se cura ó pasa al estado crónico.

Su *duracion* regularmente es de tres á cuatro semanas: es menos si la afeccion resulta solamente de una causa directa, simple y fácil de desvanecer; pero en el caso contrario muchas veces dura hasta dos ó tres meses. M. Schoenfeld ha visto algunas veces las glándulas inguinales infartadas, y tambien exaltarse la enfermedad hasta el grado de flogosis grave, invadir todo el aparato jenital esterno, estenderse profundamente, y ocasionar síntomas jenerales y la muerte. Sin embargo este resultado es raro, y la enfermedad se cura en los mas de los casos; pero lo que hace siempre su *pronóstico* serio es que, á pesar de todos los remedios, sigue su curso regular é indica ora una irritabilidad viva y precoz de los órganos sexuales, ora una disposicion jeneral á las afecciones catarrales que siempre es grave. Siebold dice: « Si se manifiestan las flores blancas antes de la época de la menstruacion, algunas veces no ceden á medicacion alguna, pero se pierden hácia la pubertad cuando aparece la menstruacion, con tal que no hayan ejercido una influencia funesta en esta funcion, y que no hayan ocasionado lesiones profundas en los órganos sexuales. »

El *tratamiento* es igual al de las afecciones catarrales en jeneral. Las indicaciones locales están motivadas por el grado de intensidad de la flogosis y por la secrecion catarral; y las jenerales se refieren á sus causas. Raras veces se necesitan los antillogísticos enérgicos, y solo deben usarse cuando la hinchazon inflamatoria es muy considerable y muy dolorosa y va acompañada de fenómenos febriles: solo en este caso debe prescribirse la aplicacion de sanguijuelas en las ingles, y aun algunas veces una sangría jeneral. En las mas de las veces debemos limitarnos á los tópicos emolientes, á las lociones mucilaginosas repetidas con frecuencia, á los baños jenerales tibios y á una esmerada limpieza. Cuando la inflamacion es muy débil, en jeneral deben desecharse los emolientes, y nos parecen mas oportunos los astrinjentes y los irritantes substituti-

vos. Cuando somos llamados en los primeros momentos, á menudo puede conocerse que ya existe la secrecion catarral sin que se vean todavía los síntomas de una inflamacion evidente; y en este caso la pronta administracion de los astrinjentes é irritantes puede hacerla abortar; y al contrario algunos días mas tarde, habiéndose desarrollado ya la inflamacion que entonces parece consecutiva al flujo mucoso, se pueden tener menos esperanzas con el método abortivo, que está contraindicado siempre que la flegmasia es seca, tanto en el principio del mal como después; al paso que tendrá tanto mejor efecto cuanto mas predomina el elemento catarral. Bajo estas diferentes relaciones la leucorrea nos parece del todo idéntica por sus indicaciones á la blenorragia comun, y guiándose con datos análogos se prescribirán las lociones con una solucion del acetato de plomo, del sulfato de zinc, ó del nitrato de plata á dosis simplemente astrinjentes y resolutivas, ó bien algunas veces aun á dosis cateréticas. En el intervalo de las lociones, que deben hacerse á lo menos tres ó cuatro veces al día, se han de aplicar en la superficie de la vulva planchuelas cubiertas de cerato de saturno y compresas embebidas en el agua vejeto-mineral de Goulard, en oxierato, en cloruro de sosa debilitado, en un cocimiento de sauco ó adormideras, etc. M. Schoenfeld dice que ha obtenido buenos efectos con el bálsamo de copáiva dado interiormente; pero este medicamento aun en píldoras es muy difícil de hacerlo tomar á los niños, que con mucha dificultad guardan las lavativas con que pudieran administrarse. Algunos autores creen que es temible la repercusion de esta enfermedad por medio de los astrinjentes demasiado enérgicos, temor que puede ser fundado en algunos casos pero no de una manera absoluta, pues que no debe temerse mas en jeneral el hacer abortar una leucorrea que una oftalmía catarral; pero, para estar al abrigo de todos los inconvenientes, es preciso examinar si hay alguna otra afeccion catarral susceptible de agravarse por la supresion de la leucorrea. Esta reserva es sobre todo necesaria cuando la enfermedad se manifiesta como una fraccion de la diátesis catarral, como sucede en ciertas niñas debilitadas y linfáticas, ó bajo la influencia de una epidemia de calenturas catarrales. Cuando es enteramente local y sin complicacion, la

prudencia exige solamente, como precaucion de una importancia secundaria, el uso de algunos purgantes ó la aplicacion de un vejigatorio en un brazo ó muslo; que se hace supurar durante muchos días. En algunos casos la complican úlceras de la membrana mucosa, que siendo superficiales en el principio, pueden aumentarse en estension y profundidad haciéndose graves; y entonces en los mas de los casos no debemos dudar en modificar enérgicamente la vitalidad de la mucosa y cambiar las cualidades del producto que segrega por medio de la cauterizacion con el nitrato de plata fundido ó con el nitrato ácido de mercurio. Esta indicacion se presenta sobre todo en el caso en que la enfermedad es sintomática de una calentura eruptiva; pues entonces la flegmasia catarral es de naturaleza específica, y cuando no se ha vijilado ó combatido á propósito, puede orijinar la gangrena de la vulva. Las diferentes causas patológicas de la leucorrea reclaman los remedios especiales propios para combatirlas; y se prevendrá la masturbacion por medio de una vijilancia infatigable, con las distracciones morales, las correcciones mas ó menos rigurosas, las aplicaciones frias á la nuca y en caso de necesidad con la coercion por medio de vendajes convenientemente dispuestos, de guantes de lienzo metálico y de rejillas tambien metálicas aplicadas delante de los jenitales. Por fin en muchos casos debe combatirse el estado caquético de las enfermas con los medios hijiénicos y terapéuticos propios; siendo indispensable el uso de la franela sobre la piel para prevenir la accion de la humedad.

GANGRENA DE LA VULVA. La gangrena espontánea de la vulva, llamada por Sauvages *necrosis infantilis* solo se diferencia de la de la boca (V. página 217) por su sitio, y así nos referimos á lo que tenemos dicho acerca la naturaleza, los síntomas y el tratamiento de esta. Si bien es verdad que en algunos casos la gangrena vulvar puede resultar de una irritacion directa como por ejemplo de la masturbacion, como lo admite M. Gardien, sin embargo depende casi esclusivamente de la inflamacion específica de la mayor parte de las mucosas inmediatas al exterior bajo la influencia de los exantemas febriles. A menudo no se conoce en el principio este catarro vulvar, pero raras veces sucede que permanezca desconocido algun tiempo antes

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 clitoris, la vagina 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 enérgica, 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 anti-sépticos como en la gangrena de la boca.

HIDROCELE. * Es muy frecuente en los recién-nacidos, y proviene de que la comunicacion que existe en los primeros tiempos de la vida intra-uterina entre el peritoneo y la túnica vaginal, continúa abierta; y así la serosidad pasa, desde el abdomen, 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 abdomen; así 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 abdomen, y manteniendo despues constantemente comprimido el anillo inguinal con un vendaje adecuado, para obliterar la comunicacion del peritoneo y de la túnica vaginal. Sin embargo antes de recurrir á la compresion se podrán aplicar tópicos astringentes sobre el escroto.

INFILTRACION DE LOS JENITALES. * Se ha confundido con el hidrocele conjénito otro tumor acoso del escroto formado por una infiltracion serosa del tejido celular de esta parte, que se observa con frecuencia en los recién-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 astringentes. 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 escrotorios y vejiga urinarios, ni en los órganos sexuales, aun en

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 clitoris, la vagina 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 enérgica, 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 anti-sépticos como en la gangrena de la boca.

HIDROCELE. * Es muy frecuente en los recién-nacidos, y proviene de que la comunicacion que existe en los primeros tiempos de la vida intra-uterina entre el peritoneo y la túnica vaginal, continúa abierta; y así la serosidad pasa, desde el abdomen, 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 abdomen; así 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 abdomen, y manteniendo despues constantemente comprimido el anillo inguinal con un vendaje adecuado, para obliterar la comunicacion del peritoneo y de la túnica vaginal. Sin embargo antes de recurrir á la compresion se podrán aplicar tópicos astringentes sobre el escroto.

INFILTRACION DE LOS JENITALES. * Se ha confundido con el hidrocele conjénito otro tumor acoso del escroto formado por una infiltracion serosa del tejido celular de esta parte, que se observa con frecuencia en los recién-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 astringentes. 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 escrotorios 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 abdomen 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 PATOLÓGICA. 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 absorbentes que vienen de los demás órganos tuberculizados; así cuando lo están 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 así puede decirse. Se vé pues que bajo estos puntos de vista, hay una grande semejanza entre los tubérculos del abdomen y los del pecho.

Los ganglios, bajo la influencia de la caquexia tuberculosa pueden experimentar otras alteraciones; y así se encuentran á veces mas voluminosos que en el estado normal, formando masas rojizas, de aspecto carnosos y vascular, como fungosos, estado que es igual al que presentan las glándulas del cuello en algunos escrofulosos, cuyos infartos ganglionares no són 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 homogénea 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 analogía 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. Sommering 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 para que 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 atribuía á la detencion del quilo á causa de la obstruccion de las glándulas. Son tantas las anastomósas 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 rarisimas 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 más 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 digestivo, que consisten en gran parte en secreciones escrementicias.

Son conocidos los caracteres 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 volumen 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 flogosis 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 adherencias 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 extremo 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 adherencias 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 adherencias 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 manifesto 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 caracteres 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 regiones 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 formación 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 adherencias pseudo-membranosas, que son el carácter principal de la peritonitis crónica, rarisimas 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 influente en algunos casos en que sobreviene el marasmo y la muerte, sin que haya otra lesión que pueda explicarlos: 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 adherencias 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 relluye 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, según 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 extraños 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 etiología 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 localización de la caquexia tuberculosa en estos, con respecto á lo cual debemos decir que asi como para comprender la acción de la mayor parte de las causas de la caquexia tuberculosa es preciso admitir en los mas de los casos una predisposición ó idiosincrasia jeneral; de la misma manera debe admitirse una predisposición local torácica, abdominal ó cerebral para explicar la localización mas ó menos frecuente de los tubérculos en estas cavidades: previa esta predisposición en el vientre, pueden contribuir al desarrollo de los tubérculos en los órganos que contiene, el mal régimen alimenticio, las diacrisis y las flegmasias gastro-intestinales, etc.

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO. Si se observase á menudo la afección tuberculosa localizada aisladamente en los ganglios linfáticos, en los intestinos ó en el peritонеo, podrian señalárseles síntomas particulares para cada uno de ellos; pero raramente sucede asi, y la invasión simultánea ó sucesiva de la enfermedad en los diferentes órganos del abdomen hace muy difícil la apreciación de los síntomas propios á cada una de estas variedades de sitio: de esta manera se explica 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 caracteres particulares cuyo predominio puede contribuir mucho para aclarar el diagnóstico.

Los síntomas comunes en el principio son los caracteres que distinguen en los mas de los sujetos la constitucion tuberculosa y escrofulosa, y luego las perturbaciones de las funciones digestivas, con las cuales principia casi siempre la enfermedad. Nos ha parecido mas frecuente la coincidencia de los infartos escrofulosos esternos con los tubérculos del abdomen, que en los que se hallan limitados en el pecho. Los síntomas que en el principio pueden hacer temer una afección tuberculosa abdominal, sin indicar positivamente su sitio, son la disminucion y algunas veces el aumento del apetito y aun el hambre, una sed irregular, digestiones mas ó menos difíciles, algunas veces los vómitos, casi siempre los dolores sordos en la parte media del abdomen; 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 abdomen de que hemos hablado, no podemos precipitarnos á manifestar el diagnóstico, esperando los efectos de las medicaciones empleadas para combatir las; pues que si se vé que, á pesar de ellas, van aumentando los síntomas, se puede presumir con mayor fundamento la existencia de una afección 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 todavia sanos los intestinos y el peritонеo, las perturbaciones de las digestiones 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 manifestos, y bastante á menudo presentan caracteres 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 el 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 que nos ocuparemos luego, y es que tiene lugar no solamente poco despues de la injeccion 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 lienteria y flujo purulento ó seroso de los intestinos. En la peritonitis crónica cuando hay numerosas adherencias que impiden los movimientos de los intestinos, la diarrea sobreviene con preferencia poco tiempo despues de la injeccion 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 caracteres 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 quimíceas, 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 así 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 digestivos. 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 adherencias 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 hidropesia, aunque puede resultar únicamente del estado caquético 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 adherencias que acercan los puntos opuestos del peritoneo, y el volúmen del vientre disminuye cada día 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 jeneral puede tener escepciones.

El tacto y la percusion, practicados oportunamente, nos suministran medios para conocer la causa del aumento de volumen 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 así se encuentran aquellos bajo la forma de masas separadas, redondas, algunas veces del volumen de un huevo y aun del puño, ora movibles en diferentes sentidos, ora fijas y adherentes: cuando son móviles luego que cesa la presión que los hace mudar de sitio vuelven á adquirir la primera posición. Cuando son muy considerables y es cercana su terminación, levantan la pared anterior del abdomen adelgazada y retraída, la cual los abraza entonces estrechamente: están colocados delante de la columna vertebral, frente al ombligo y son duros é indolentes á la presión: 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 caracteres propios.

De todo lo que precede puede deducirse que el aumento de volumen del abdomen se refiere jeneralmente á la tisis 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 retracción de las paredes abdominales que parecen adheridas 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 adherencias se resisten á la presión sin transmitirla; el choque parece limitar sus efectos al punto en qué se ejerce y no se propaga.

En algunos casos la simple inspección del abdomen procura á un ojo práctico señales características: así 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 adherencias que atraen al peritoneo parietal en los intervalos de las anfractuosidades. La rejion umbilical, aunque atraída hácia la columna 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 caracteres 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 adherencias 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 tisis mesentérica se junta á la peritonitis, los señales suministrados por la inspección y el tacto del abdomen, pueden hallarse modificados por la presencia de tubérculos voluminosos en el mesenterio.

Las tisis mesentérica, intestinal ó peritoneal presentan siempre una marcha crónica ó sub-aguda. Su duración 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 sí 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 experimentan los intestinos impidiese mas completamente sus funciones. Por otra parte, la marcha de las tisis abdominales á

menudo se abrevia por la complicacion de tubérculos en otras cavidades ó de otras enfermedades, como las fleugasias 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 autopsia 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. Dificil 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 extraña, 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 caracteres desde el principio del mal; pero el sedimento puede faltar por algunos dias para reaparecer pronto, siendo mas abundante en las épocas en que 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 doses 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 ajénjos, 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; así se combaten los dolores abdominales con los tópicos emolientes y narcóticos; la diarrea con los opiados y astringentes, cuando es abundante y colicuativa; los vómitos con los antiespasmódicos y la pocion antiemética de Rivière; la ascitis con los diuréticos al interior y las fricciones sobre el abdómen con la tintura de digital, etc. (Véase el tratamiento de la caquexia tuberculosa en general 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 generalmente; pues si se tienen presentes los datos estadísticos que quedan indicados en la página 12 se verá que no son tan frecuentes en ellos como se ha creído. 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 inteliencia son rarísimas en ella; y así nada diremos de las *neuralgias* ni de la *alienación 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 *cataplexia*, 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 así 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

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 doses 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 ajénjos, 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; así se combaten los dolores abdominales con los tópicos emolientes y narcóticos; la diarrea con los opiados y astringentes, cuando es abundante y colicuativa; los vómitos con los antiespasmódicos y la pocion antiemética de Rivière; la ascitis con los diuréticos al interior y las fricciones sobre el abdómen con la tintura de digital, etc. (Véase el tratamiento de la caquexia tuberculosa en general 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 generalmente; pues si se tienen presentes los datos estadísticos que quedan indicados en la página 12 se verá que no son tan frecuentes en ellos como se ha creído. 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 inteliencia son rarísimas en ella; y así nada diremos de las *neuralgias* ni de la *alienación 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 *cataplexia*, 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 así 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

este se halla debilitado ó abolido (*parálisis*), y en la otra se conserva, pero está pervertido (*convulsiones*). Estas se dividen en *tónicas* y *clónicas*, y todas consisten en contracciones involuntarias de los músculos de la vida animal; pero en las tónicas la contracción es permanente, las partes están rígidas y hay una especie de inmovilidad activa, y en las clónicas, al contrario, la contracción alterna con la relajación, y produce movimientos variados, estensos y desordenados.

Entre las convulsiones tónicas debemos describir la contractura y el tétano de los recién-nacidos; este último lo comprenderemos mas adelante al hablar de las congestiones y hemorragias del raquis, de las cuales resulta en los mas de los casos; y entre las clónicas estudiaremos las convulsiones propiamente dichas ó eclampsia y la corea.

§ PRIMERO.

De la contractura.

Esta afección, aunque menos frecuente que la eclampsia y la corea, no deja de observarse en muchos casos; pero ha sido desconocida como enfermedad distinta, porque á menudo no se encuentra en estado simple sino en unión con las convulsiones clónicas. Hasta estos últimos años los autores no se habian ocupado en diferenciar la contractura idiopática ó nerviosa de la sintomática ó dependiente de una meningó-encefalitis ó de otras lesiones de los centros nerviosos materialmente apreciables.

CAUSAS. Es mas frecuente en los niños desde los 18 meses á 5 años, y en los de 12 á 15: los autores que tratan de las enfermedades de los recién-nacidos no hablan de la contractura, tal vez la han confundido con el tétano. El sexo no tiene influencia alguna en su producción; y muchos de los niños que la padecen tienen el temperamento nervioso é irritable. Sus causas mas comunes son la dentición, los vermes intestinales y otras afecciones del tubo digestivo, la pneumonía y otras enfermedades febriles, la masturbación y las inmediaciones de la primera menstruación: en todos estos casos podría considerarse como simpática, pero los hay que son notables por la falta de toda especie de causa patológica.

SÍNTOMAS. No empieza siempre de la misma manera. En algunos casos se han notado síntomas precursores que consisten ya en un ligero movimiento febril, ya en una sensación de fatiga ó quebrantamiento ó mas á menudo de estupor, hormigueo ó picazon en los miembros que vá á invadir; en otros sucede á un ataque de eclampsia, y por fin en otros sobreviene repentinamente en medio de una salud completa; en este último caso no es raro el ver acompañada su invasión de algunos accidentes nerviosos que pronto desaparecen, como cefalalja, vértigos, etc.

No hay seguramente músculo alguno que no pueda padecer aisladamente la contractura, mayormente en seguida de convulsiones clónicas; pero cuando es primitiva afecta regularmente las estremidades, á saber, los antebrazos, las manos y sus dedos, y las piernas, los piés y sus dedos. No ataca siempre simultáneamente todas estas partes: unas veces predomina en los miembros superiores, otras en los inferiores y en algunas deja libres las articulaciones del codo, de la muñeca, de la rodilla y del pié, y afecta solamente los músculos flexores de los dedos de la mano ó del pié; ó bien, sin afectar á estos músculos, ataca á los de otras articulaciones. En la muñeca interesa siempre los músculos flexores y en la articulación del pié los estensores; pero en algunos casos deja intactos estos músculos y ataca los flexores del pié y los estensores de sus dedos. El codo y la rodilla en los mas de los casos conservan la libertad en sus movimientos, y se citan poquísimos casos en los cuales la contractura haya invadido la espalda y la nalga al mismo tiempo que las articulaciones inferiores.

La contractura de las estremidades se anuncia con los síntomas siguientes: el niño cuando tiene la edad suficiente para expresar sus sensaciones, acusa una grande dificultad en los movimientos y una sensación de rigidez en la parte afecta, y le parece como si hubiese un obstáculo exterior que se opusiera á aquellos, como lo haría una ligadura demasiado apretada: algunas veces tiene calambres, punzadas y dolores mas ó menos intensos que, en algunos casos, siguen la dirección de los nervios principales. En los niños muy pequeños no pueden conocerse sino muy incompletamente estos síntomas racionales; pero puede presumirse la existencia de los dolo-

res con el llanto y la agitacion que se manifiesta á ratos. En todos los casos, la inspeccion de los miembros no deja duda alguna acerca la naturaleza del mal: los dedos permanecen en flexion hácia la palma de la mano, flexion que obra únicamente en la articulacion metacarpo-falángiana; y por un movimiento en algun modo inverso, las falanjes conservan entre sí las relaciones que tienen en la estension, como si los músculos estensores se resistiesen aun activamente y limitasen la accion de los flexores: los dedos están separados entre sí y en un estado de rijidez que les priva de efectuar los movimientos que se quisieran hacerles ejecutar: el pulgar cede tambien, como los demás, á la retraccion muscular, se inclina con fuerza hácia la cavidad palmar y se encuentra cubierto por los demás, á poca diferencia como en la epilepsia. Se hallan tambien en un estado de flexion mas ó menos fuerte las muñecas y algunas veces los codos, y los músculos que la ejercen están tensos y prominentes debajo de la piel. En las estremidades inferiores se nota las mas de las veces la flexion de los dedos, un aumento de la concavidad de la rejion plantar y la estension del pié efectuada por el tendon de aquiles: en algunos casos mas raros el pié se halla en flexion. Cuando la enfermedad ocupa los músculos del muslo, la rodilla está estendida é inflexible. Los músculos afectos están duros y tensos y se hallan así con el tacto debajo de los tegumentos, como tambien al tendon de aquiles muy prominente. Casi siempre las contracturas de los miembros inferiores vienen despues que en los superiores.

Uno de los síntomas mas notables es el dolor fuerte que se manifiesta en la direccion de los músculos, cuando se quieren estender las partes que se hallan en flexion ó *vice-versa*: entonces los niños lloran y luego que se abandonan aquellas, vuelven á colocarse en la posicion que tenían. En el estado de simplicidad no se nota accidente alguno ni de los sentidos ni de la intelijencia; no hay calentura, los niños conservan el apetito y dijieren bien, ni la respiracion ni las secreciones nada presentan de particular. Sin embargo, bastante á menudo sobreviene la calentura y accidentes dijestivos: la primera puede existir sin qué haya complicacion alguna, como efecto directo del dolor, tanto mas cuanto mas impresionables son los

niños; pero mas á menudo aun puede atribuirse á alguna otra afeccion coincidente como las que quedan indicadas entre las causas de la que nos ocupa: en algunos casos la calentura se aumenta por la tarde y ofrece el tipo remitente continuo.

La DURACION de las contracturas regularmente es de algunos dias; á veces son muy pasajeras, y en otras se vuelven crónicas é incurables: en algunos sujetos cesan durante algun tiempo y reaparecen mas tarde; luego desaparecen otra vez y aun se reproducen de nuevo; y pueden alternar con convulsiones clónicas.

El DIAGNÓSTICO en jeneral es fácil, y se distinguen bien las contracturas esenciales de las que son sintomáticas de un reblandecimiento parcial del cerebro, de un tumor tuberculoso ó de una meningitis; pues en el 1.º caso las demás funciones cerebrales no presentan perturbacion alguna; y en el 2.º hay diferentes accidentes respectivos á la intelijencia y á la sensibilidad, calentura, constipacion, vómitos, etc.: además tanto la invasion del mal como su curso son enteramente diferentes.

El PRONÓSTICO tiene poca gravedad, con tal que no coincidan otras afecciones con la contractura; sin embargo cuando pasan al estado crónico, es á menudo muy difícil su curacion y aun imposible; y esto acontece principalmente cuando son consecutivas á convulsiones clónicas, y entonces es cuando puede dar origen á esas desviaciones anormales que constituyen los piés de piña, el tortícolis, el estrabismo, etc., cuya naturaleza y causa próxima no se ha esplicado bien hasta estos últimos tiempos.

Hemos colocado esta enfermedad entre las neuroses, porque hasta ahora no se ha hallado lesion alguna, ni en los centros nerviosos, ni en sus membranas, que haya podido esplicar la perturbacion de la funcion locomotriz: los nervios y los músculos de las partes afectas se han encontrado igualmente intactos; y no puede atribuirse en todos los casos á una congestion y menos á una flegmasia en razon á lo que vamos á decir.

TRATAMIENTO. Muchas observaciones, y entre ellas las de Constant, han demostrado perfectamente que las emisiones sanguíneas jenerales y locales no dan el menor efecto; y que sin proscribir las del todo deben reservarse para los casos excepcionales en qué se noten síntomas de plétora jeneral ó de

hiperemia del cerebro y raquis; debiendo suspenderse luego que habiéndolas usado no procuran buenos efectos. Las locales se han ensayado en las inmediaciones del cráneo y sobre la coluna vertebral, y siempre ha sido igual el resultado: tampoco se han conseguido mejores efectos con los derivativos cutáneos, (vejigatorios, cauterios, moxas,) ni con los otros tópicos aplicados sobre las partes afectas, sea cual fuere su naturaleza. A veces basta para conseguir la curacion algunos baños tibios ó frios, segun la estacion, y el uso interno de algunos antiespasmódicos, como el alcanfor, la valeriana y la asafétida sobre todo, que se administran por la boca ó en lavativas. A menudo se usan con buen éxito los purgantes suaves como los calomelanos, el aceite de almendras dulces ó de ricino, etc. El régimen en general debe ser tónico y fortificante, mayormente cuando los niños son débiles y delicados, y cuando depende su enfermedad de escesos prolongados de masturbacion que han deteriorado su constitucion. En ciertos casos la causa especial del mal indica un tratamiento particular; asi la diacrisis verminosa indica el uso de los antielmínticos, el arresto de los meses reclama los medios propios para procurar su erupcion, y por fin la complicacion de la diarrea, de la pneumonia ú otra enfermedad para la cual serian perjudiciales algunos de los medios de qué hemos hablado, hará que tengan de reemplazarse con otros adecuados á estas complicaciones.

§ II.

De la afeccion convulsiva ó eclampsia.

Las convulsiones de que vamos á ocuparnos y la corea corresponden á las que se han llamado clónicas. En ambas enfermedades se halla pervertida la inervacion cerebro-muscular ó locomótriz, ó en otros términos, la irradiacion del influjo nervioso que preside los movimientos de la vida de relacion y que en el estado normal se halla subordinada á la voluntad, deja de estar sometida á ella; además en los mas de los casos tienen otro carácter comun que es la integridad de la sensibilidad y de la intelijencia, y con esto es principalmente co-

mo se diferencian de las neuroses complexas. En ciertos casos se observa la alteracion de estas facultades; pero si predomina el estado convulsivo, la enfermedad puede conservar el nombre de convulsiones; y asi se admiten eclampsias con perdida de conocimiento y coreas con delirio: nada hay mas comun en la práctica que estos casos intermedios que se confunden por grados insensibles, y que se encuentran en los límites de muchos jéneros patológicos diferentes.

La eclampsia y la corea se diferencian entre sí por la manera especial con qué se halla afectada la inervacion voluntaria: en la 1.^a los movimientos se efectúan sin intervencion alguna de la voluntad y aun á pesar de los esfuerzos que esta hace contra su produccion; y en la 2.^a no se efectúan muchos de los movimientos desordenados sino cuando la voluntad irradia el influjo nervioso locomotor: dá en algun modo el señal del movimiento, pero no puede dirigir y regularizar las contracciones musculares.

Se explica bastante bien por las condiciones fisiológicas de la infancia la predisposicion de esta edad á las convulsiones clónicas. Por una parte las irradiaciones nerviosas en jeneral se hallan en proporcion por su enerjía con la impresionabilidad del sistema, son en algun modo fenómenos de reaccion, y esta tiende siempre á igualar su accion. Si es pues grande la impresionabilidad en los niños, no puede ponerse en accion sin promover actos reaccionales; y por otra parte estos actos son casi siempre mas bien perturbaciones de la inervacion cerebro-muscular que de la intelijencia; y es sabido que se desarrollan mas pronto que esta las funciones locomotrices. Por lo mismo se vá debilitando progresivamente la predisposicion de que tratamos á medida que el niño adelanta en edad; y lo prueba la comparacion de los caracteres de la eclampsia y de la corea: en la primera, que suele padecerse antes de los siete años, hay sustraccion completa de la voluntad en los actos de la locomocion; y en la segunda, que pertenece especialmente al último período de la infancia, la intervencion de la voluntad es solamente incompleta. Estas dos enfermedades se diferencian pues menos por su naturaleza que por su intensidad; pues que ambas dependen de una anomalía de la incitacion nerviosa de los músculos de la voluntad, y se suceden en

hiperemia del cerebro y raquis; debiendo suspenderse luego que habiéndolas usado no procuran buenos efectos. Las locales se han ensayado en las inmediaciones del cráneo y sobre la coluna vertebral, y siempre ha sido igual el resultado: tampoco se han conseguido mejores efectos con los derivativos cutáneos, (vejigatorios, cauterios, moxas,) ni con los otros tópicos aplicados sobre las partes afectas, sea cual fuere su naturaleza. A veces basta para conseguir la curacion algunos baños tibios ó frios, segun la estacion, y el uso interno de algunos antiespasmódicos, como el alcanfor, la valeriana y la asafétida sobre todo, que se administran por la boca ó en lavativas. A menudo se usan con buen éxito los purgantes suaves como los calomelanos, el aceite de almendras dulces ó de ricino, etc. El régimen en general debe ser tónico y fortificante, mayormente cuando los niños son débiles y delicados, y cuando depende su enfermedad de escesos prolongados de masturbacion que han deteriorado su constitucion. En ciertos casos la causa especial del mal indica un tratamiento particular; asi la diacrisis verminosa indica el uso de los antielmínticos, el arresto de los meses reclama los medios propios para procurar su erupcion, y por fin la complicacion de la diarrea, de la pneumonia ú otra enfermedad para la cual serian perjudiciales algunos de los medios de qué hemos hablado, hará que tengan de reemplazarse con otros adecuados á estas complicaciones.

§ II.

De la afeccion convulsiva ó eclampsia.

Las convulsiones de que vamos á ocuparnos y la corea corresponden á las que se han llamado clónicas. En ambas enfermedades se halla pervertida la inervacion cerebro-muscular ó locomótriz, ó en otros términos, la irradiacion del influjo nervioso que preside los movimientos de la vida de relacion y que en el estado normal se halla subordinada á la voluntad, deja de estar sometida á ella; además en los mas de los casos tienen otro carácter comun que es la integridad de la sensibilidad y de la intelijencia, y con esto es principalmente co-

mo se diferencian de las neuroses complexas. En ciertos casos se observa la alteracion de estas facultades; pero si predomina el estado convulsivo, la enfermedad puede conservar el nombre de convulsiones; y asi se admiten eclampsias con perdida de conocimiento y coreas con delirio: nada hay mas comun en la práctica que estos casos intermedios que se confunden por grados insensibles, y que se encuentran en los límites de muchos jéneros patológicos diferentes.

La eclampsia y la corea se diferencian entre sí por la manera especial con qué se halla afectada la inervacion voluntaria: en la 1.^a los movimientos se efectúan sin intervencion alguna de la voluntad y aun á pesar de los esfuerzos que esta hace contra su produccion; y en la 2.^a no se efectúan muchos de los movimientos desordenados sino cuando la voluntad irradia el influjo nervioso locomotor: dá en algun modo el señal del movimiento, pero no puede dirigir y regularizar las contracciones musculares.

Se explica bastante bien por las condiciones fisiológicas de la infancia la predisposicion de esta edad á las convulsiones clónicas. Por una parte las irradiaciones nerviosas en jeneral se hallan en proporcion por su enerjía con la impresionabilidad del sistema, son en algun modo fenómenos de reaccion, y esta tiende siempre á igualar su accion. Si es pues grande la impresionabilidad en los niños, no puede ponerse en accion sin promover actos reaccionales; y por otra parte estos actos son casi siempre mas bien perturbaciones de la inervacion cerebro-muscular que de la intelijencia; y es sabido que se desarrollan mas pronto que esta las funciones locomotrices. Por lo mismo se vá debilitando progresivamente la predisposicion de que tratamos á medida que el niño adelanta en edad; y lo prueba la comparacion de los caracteres de la eclampsia y de la corea: en la primera, que suele padecerse antes de los siete años, hay sustraccion completa de la voluntad en los actos de la locomocion; y en la segunda, que pertenece especialmente al último período de la infancia, la intervencion de la voluntad es solamente incompleta. Estas dos enfermedades se diferencian pues menos por su naturaleza que por su intensidad; pues que ambas dependen de una anomalía de la incitacion nerviosa de los músculos de la voluntad, y se suceden en

el curso de la infancia á medida que la inervacion cerebro-motriz se vuelve mas regular y mas perfecta.

La afeccion convulsiva puede presentar diferentes formas, y las divisiones que se han hecho de ella corresponden menos á diferencias de naturaleza que á los grados de aquella; pues en todos los casos es idéntica la perturbacion de la inervacion locomotriz que conserva todos sus caracteres esenciales y fundamentales, sea cual fuere el número de músculos afectados: si acontece que la sensibilidad y la inteligencia se hallen alteradas y aun abolidas, como sucede en la *eclampsia epiléptica*, «es porque la neurosidad, como dice el Dr. Cerise, es una fuerza que no puede espenderse en muchos puntos á un mismo tiempo: si es excesiva en un aparato, hace falta en el otro.» Entre la epilepsia y la forma mas grave de la eclampsia hay la diferencia esencial de que en la 1.^a la inteligencia, la sensibilidad y la locomocion se hallan alteradas primitiva y simultáneamente: al paso que en la 2.^a la abolicion del conocimiento y de la sensibilidad sobrevienen como efecto de un grado mayor de la perturbacion de la inervacion locomotriz.

CAUSAS. Hemos dicho que la predisposicion de los niños á la afeccion convulsiva vá en disminucion á medida que adelanta la edad; pero debe saberse que esto no es cierto sino de una manera jeneral; pues como todas las causas determinantes no ejercen su influencia en la misma época, resultan de ello ciertas diferencias acerca la frecuencia de las diferentes variedades de aquella en ciertas épocas: así la eclampsia que depende de una denticion laboriosa solo se manifiesta en la época de la denticion; la que ocasiona la diacrisis verminosa en jeneral se padece mas tarde, y la que sobreviene á causa de emociones de animo fuertes ó de ciertas pasiones no se padece hasta la edad en que las facultades morales han adquirido un cierto grado de actividad.

En la infancia, el temperamento nervioso puro ó mixto es uno de los mas frecuentes, y cuanto mas desarrollado está tanto mas predispone á las convulsiones. Se conoce su predominio por una viva impresionabilidad, una inteligencia precoz, una tendencia á los movimientos, la expresion movible de la fisonomía, la celeridad en todos los actos de la locomocion, un sueño habitualmente lijero y agitado, el humor iras-

cible, y así los niños se incomodan á la menor contrariedad, se impresionan al menor ruido, y tienen pavores nocturnos causados probablemente por ensueños. Los que son débiles están mucho mas predispuestos á las convulsiones simpáticas é idiópáticas; así como los sanguíneos, robustos y bien constituidos lo están mas á las sintomáticas, mayormente á las que dependen de la plétora.

La predisposicion convulsiva á menudo es conjénita y hereditaria, dependiente de la disposicion que tienen los padres á las afecciones nerviosas y de las causas propias para producir la sobre-escitacion nerviosa que obran en las mujeres mientras se hallan embarazadas. Á menudo es tambien adquirida aquella predisposicion por efecto de una educacion física y moral mal dirigida; y para producirla, en jeneral, se necesita la reunion de dos órdenes de causas, de las cuales las mas tienden á debilitar la constitucion, y las otras á sobre-escitar al sistema nervioso y á aumentar su preponderancia. Es difícil de esplicar el motivo por el cual la anemia, el empobrecimiento de la sangre y la debilidad constitucional tienen tanta influencia en la sobre-escitacion del sistema nervioso; pero, como quiera que se esplique, lo que nos compete mucho recordar es la certitud de esta relacion patojénica que liga la afeccion convulsiva á la mala constitucion de la sangre, porque de ella se deducen consecuencias muy importantes para la práctica. Además cuando los niños han tenido ya algun ataque convulsivo se hallan mucho mas predispuestos á ellos.

Las causas que traen origen del modo como se efectúan las funciones de la economía animal obran de dos maneras: unas veces limitan sus efectos en la produccion de la predisposicion convulsiva, y en otras determinan las convulsiones por su accion inmediata é instantánea. El réjimen de la madre durante el preñado obra modificando la hematosis útero-placentaria, y por consiguiente todas las funciones del niño: en muchos casos debe atribuirse á ella las perturbaciones de la inervacion locomotriz que orijinan las deformidades por contractura que llevan tantos niños al nacer, y esos movimientos impetuosos, desordenados y como convulsivos, ejecutados por el feto en el seno materno, y que experimentan tan á menudo las mujeres nerviosas. La plétora y la anemia, en aparien-

cia tan opuestas, tienen una influencia semejante en la produccion de las convulsiones: pueden pues ocasionarlas la plétora de nacimiento ó adquirida, el dejar fluir poco el cordon umbilical, ó una hemorragia abundante por esta parte ó por otro órgano, como una epistaxis, por ejemplo, y las evacuaciones sanguíneas jenerales ó locales mal indicadas ó escesivas. La plétora febril obra como la plétora simple; pero debe advertirse que en muchas de las enfermedades febriles, como por ejemplo en las calenturas exantemáticas y tifoideas, aun suponiendo que la lesion de inervacion no sea primitiva, debe esta mas bien atribuirse á la viciacion de la sangre que á la plétora; lo que es aplicable tambien á la anemia respectivamente, pues que en ciertos estados patológicos de los cuales aquella constituye uno de los caracteres principales, como por ejemplo en la clorosis, á mas de una simple disminucion de la sangre debe admitirse un vicio en la composicion de esta.

Deben considerarse además como causas predisponentes ú ocasionales de la afeccion convulsiva las estaciones calientes, los climas meridionales, la esposicion accidental y momentánea á un aire muy caliente, poco renovado ó viciado por la respiracion de muchas personas, como suele estarlo en los teatros y demás puestos concurridos y cerrados, ó cargado de otras sustancias deletéreas como las emanaciones de plomo, y todas las condiciones que modifican y debilitan la constitucion las cuales obran mas bien como causas predisponentes, como la privacion de los rayos solares, las habitaciones frias y húmedas, etc.; sin embargo pueden tambien ocasionar las convulsiones una atmósfera fria y húmeda cuando sucede rápidamente á un gran calor, como tambien la insolacion demasiado fuerte, el exceso de electricidad en la atmósfera, y los vestidos siendo insuficientes, ó demasiado calientes, y en particular cuando, por ser escesivamente apretados, perturban la dijestion, la respiracion y sobre todo la circulacion causando una plétora cerebral.

Obran tambien como causas de las convulsiones ciertos estados patológicos del pecho, como el crup, el pseudo-crup, el catarro sufocante, la coqueluche, la pleuresía y la pneumonia; pero el aparato dijestivo es el que, por el ejercicio de sus funciones y por las modificaciones que imprimen en ellas

las enfermedades, tiene mayor influencia en la produccion de las convulsiones en los niños; así, prescindiendo de los casos muy curiosos en los cuales por motivo de ciertas idiosincrasias estrañas, no pueden injerirse en el estómago ciertos alimentos muy sanos sin ocasionar fenómenos nerviosos, es frecuente en los niños la aparicion de accidentes convulsivos por la sola cantidad escesiva de alimentos injeridos, lo que es tanto mas fácil en cuanto estos son mas bastos, mas indijestos y en una palabra menos adecuados á la edad, á las fuerzas dijestivas y á las disposiciones individuales de los niños. Pueden pues causar las convulsiones en los niños de teta la profusion con que se les dá el pecho aunque la leche sea de buena calidad, el uso prematuro y demasiado copioso de las papillas y de otros alimentos artificiales; y mas adelante todas las sustancias indijestas que hemos señalado como propias para producir la indijestion; pues que si bien es verdad de que en muchos casos sobrevienen los accidentes nerviosos por estas causas y las que vamos á indicar sin que preceda la indijestion, en los mas de ellos son las afecciones dijestivas las que los causan. Los efectos de la alimentacion insuficiente obran produciendo la debilidad de la constitucion y así predisponen á la sobre-escitacion nerviosa. Hay ciertos alimentos que ejercen una accion perjudicial en el cerebro sin haber producido desarreglo alguno aparente en las funciones dijestivas; y de esta manera obra algunas veces la leche de una mujer que ha experimentado una fuerte emocion, como por ejemplo un exceso de cólera; y tambien pueden procurar cualidades deletéreas á la leche la preñez y en ciertas mujeres el coito y la menstruacion. El vino, los licores, el café, el té, etc., el abuso de los eméticos y purgantes y de todas las sustancias acres é irritantes susceptibles de inflamar la mucosa dijestiva y en particular los estupefacientes, los cuerpos estraños detenidos en la cavidad dijestiva, la retencion del meconio, la constipacion prolongada y la presencia de vermes en aquella pueden ocasionar las convulsiones, como tambien la mayor parte de las enfermedades del aparato dijestivo de que hemos hablado, como se dijo en su lugar. Una pérdida abundante de un líquido formado á espensas de la sangre, como de ciertos flujos, sudores, diarreas, etc., y tambien la supresion intempestiva

de las secreciones normales ó patológicas, de un exantema, de los herpes, de la tñia, de las costras de leche, de la otorrea, de una úlcera escrofulosa, etc., deben considerarse como causas de las convulsiones en los niños. La retencion de la bilis parece muy rara en ellos, y la de la orina, que es un poco mas frecuente, raras veces produce la eclampsia; sin embargo puede hacerlo, como tambien la presencia de uno ó muchos cálculos en la vejiga, y por fin un crecimiento demasiado rápido.

La afeccion convulsiva puede tambien reconocer por causa la mala direccion del ejercicio de los sentidos: esta influencia obra de dos maneras, segun Cerise: «1.º las escitaciones sensoriales, siendo excesivas ó repetidas con demasiada frecuencia, dan lugar á una sobre-escitacion que puede propagarse, en algunos casos, á la centralidad cerebro-raquidiana; 2.º las escitaciones sensoriales largo tiempo interrumpidas, demasiado raramente producidas, dan lugar á una sobre-escitacion que puede estenderse á todo el sistema nervioso.» En los niños se ejerce mas frecuentemente el 1.º de estos dos modos de accion que el 2.º El dolor puede causar convulsiones mayormente en los niños, y así se ha visto producir las ciertas quemaduras aun ligeras, ú otras lesiones traumáticas, como una simple picadura de un alfiler en los niños de pañales: en un niño de 10 años hemos visto ocasionar una eclampsia de las mas graves, que terminó felizmente, la reduccion de la luxacion del codo. Las demás sensaciones pueden tambien dar origen á perturbaciones de los centros nerviosos hasta ocasionar las convulsiones cuando son demasiado enérgicas en razon de la edad de los niños, y aun sin esta circunstancia en algunos de ellos por su idiosincrasia particular: pueden pues ser causa de ellas, el hacer cosquillas á los niños, el contacto de ciertas sustancias como el terciopelo, la percepcion de ciertos sonidos como el que hace un cuchillo al cortar ciertas sustancias como por ejemplo el corcho, la de algunos objetos, olores ó sabores; la impresion fuerte de la luz y de las demás sensaciones esternas en los recién-nacidos, como un ruido fuerte, etc. Pueden tambien ocasionarlas ciertas enfermedades de los sentidos, ya por el dolor que promueven, como la otitis, ya porque, á pesar de ser poco ó nada dolorosas, no

pueden alterar profundamente la vitalidad de los tejidos sin modificar su impresionabilidad.

La falta de ejercicio muscular favorece tanto mas la sobre-escitacion nerviosa cuanto mas completa es, y segun la constitucion sea primitivamente mas débil, los niños se ocupen mas en los trabajos intelectuales, tengan preocupaciones activas ó la tristeza, y por fin segun se hallen reunidas circunstancias hijiénicas mas contrarias á la buena nutricion. Los excesos de ejercicio pueden ser causas eficientes por la lasitud estrema que ocasionan la marcha y los juegos á qué tantos niños se entregan sin restriccion; pero debemos mencionar sobre todo ciertos ejercicios, como el baile llamado wals, el columpio y el nadar, que ocasionan convulsiones esenciales ó consecutivas á una congestion encefálica. Las enfermedades traumáticas y las demás del aparato locomotor tienen la misma influencia que las de los otros órganos.

Nada hay de mas comun que los ejemplos de convulsiones producidas por el terror, el temor, la cólera, los celos, la envidia, la tristeza y aun la vergüenza. Las grandes pasiones no se desarrollan hasta despues de la pubertad y por consiguiente tienen poca importancia con respecto á la etiología en la infancia; sin embargo deben atribuirse al amor propio contrariado, á la vanidad ofendida, ó á la ambicion no satisfecha los accidentes nerviosos que á veces ocasiona en ciertos niños el disgusto de ser vencidos por sus discípulos en la escuela y la privacion de las recompensas deseadas con vehemencia. El desarrollo precoz de la intelijencia anuncia siempre una cierta disposicion á la sobre-escitacion nerviosa convulsiva; por consiguiente lejos de favorecerlo y descartarlo, como suelen hacerlo los padres, debe retardarse y economizarse. Las enfermedades obran tambien directamente en la produccion de las convulsiones: aquellas son muy numerosas desde la hiperemia mas sencilla hasta la inflamacion mas grave y las degeneraciones de diferente naturaleza, sin olvidar las lesiones traumáticas del eje cerebro-espinal y de las meninges, sus congestiones, sus flegmasias agudas ó crónicas, simples ó tuberculosas, los derrámenes serosos intra ó extra-ventriculares, las hemorragias intersticiales ó por exalacion, los tumores tuberculosos, las hidátides y otras enfermedades que son raras

en la infancia. Por fin la masturbacion, el establecimiento difícil de la primera menstruacion y, en los casos raros, las enfermedades sexuales pueden ocasionar las convulsiones.

Hay algunos casos en quienes la afeccion convulsiva se manifiesta sin causa conocida, y sobre todo sin causa determinante apreciable, no solamente durante la vida si que tambien en la autopsia. En efecto, es imposible el hacer consistir la causa próxima de la eclampsia en una lesion material de los centros nerviosos accesible á nuestros sentidos: la irritacion sanguinea ó la congestion no es necesaria para su produccion y en muchos casos en que deja esta señales en el cadáver, es mas racional el atribuir la hiperemia á la eclampsia que *vice-versa*. La causa próxima de esta enfermedad es pues una modificacion de la inervacion desconocida en su naturaleza y que puede desarrollarse en una multitud de circunstancias diferentes y aun opuestas: nada hay pues de constante en la influencia de estas condiciones; su existencia no es indispensable y cuando tiene lugar no ocasiona necesariamente un efecto idéntico; pues que la misma causa lejana que en un sujeto promoverá las convulsiones, en otro determinará el delirio ó desórdenes mas complexos de las funciones nerviosas. Sin embargo para establecer en lo posible las conexiones del mal con sus causas se han dividido las convulsiones en *esenciales*, *simpáticas* ó *sintomáticas*. Las primeras y segundas son aquellas que no pueden explicarse por lesion alguna sensible de la sustancia nerviosa, y se diferencian entre si porque en las de la segunda especie su origen proviene de una modificacion fisiológica ó patológica de un órgano que no corresponde á los centros nerviosos; al paso que en las primeras la causa perturbatriz ha obrado sin intermedio en estos: las sintomáticas son las que producen lesiones materiales apreciables en ellos, como la congestion, la inflamacion, un tumor, etc.; y sin embargo en algunos de estos casos la lesion no basta, en razon de su sitio ó naturaleza, para explicar la produccion de las convulsiones, que entonces participan de los caracteres de las esenciales ó idiopáticas.

SÍNTOMAS. La afeccion convulsiva se manifiesta bajo formas tan variadas que nos sería imposible el describirlas todas sin pasar de los límites propios de este tratado. Cuando es *parcial*

puede hallarse en muchos músculos diferentes y ocasionar perturbaciones en la locomocion con respecto al músculo afecto; y asi es que el estado convulsivo de uno ó muchos músculos del ojo produce el *estrabismo*, el de los espiratorios ocasiona el *hipo*, la *risa*, los *estornudos*, etc. Estas convulsiones parciales son por lo menos tan frecuentes en la infancia como en una edad mas adelantada, en la cual, en jeneral, no se notan sino en las mujeres histéricas. Es sabido que el estrabismo empieza casi siempre en una edad muy tierna, pero debe notarse que, propiamente hablando, es efecto de una contraccion mas ó menos permanente, mas bien que de una convulsion clónica; y lo mismo debe decirse de las demás convulsiones parciales, que escepto el hipo, tienen bastante tendencia en trasformarse en contracturas crónicas. Sin detenernos en su descripcion, diremos solamente que, como las demás formas de la afeccion convulsiva, pueden ser sintomáticas de una enfermedad con lesion material de la sustancia nerviosa, ó ser completamente independientes de ella. En el primer caso pueden acompañarlas desarreglos de las funciones nerviosas que caracterizan otra enfermedad; pero algunas veces no se presentan estos, y entonces el práctico se encuentra en la alternativa de admitir la esencialidad de los movimientos convulsivos ó de atribuirlos á una lesion muy circunscrita de las fibras medulares; y es claro que en muchísimos casos es imposible este diagnóstico diferencial.

La afeccion convulsiva propiamente dicha, que se ha llamado *eclampsia*, se manifiesta por accesos que á veces principian repentina é inesperadamente, y en otras lenta y gradualmente precedidos de algunos síntomas pródomos, de los cuales son los principales los siguientes: el niño está irritable, impaciente y ajitado, su fisonomía indica mal estar, inquietud, descontento y sufrimiento; sus ojos son vivos y brillantes y sus miradas hurañas ó fijas; algunas veces hay abatimiento y somnolencia, en otras insomnio y un sueño muy ligero, durante el cual el niño se levanta con sobresalto, gritando como suele hacerse cuando se tienen sueños pesados, y se observan, como tambien en estado de vijilia, estremecimientos, algunas contracciones espasmódicas de los músculos de la cara, rechinar de dientes, rijidez y algunos movimientos involuntarios

en los miembros superiores; algunas veces dan quejidos lastimeros, ya interrumpidos, ya continuos, y en muchos niños de poca edad se nota que llevan las manos á las narices como para frotárselas, circunstancia que el vulgo suele atribuir siempre á las lombrices. Todos los síntomas que acabamos de enumerar no terminan siempre en un ataque de eclampsia; pues, apreciados en su justo valor por un práctico que sepa hacer desaparecer sus causas, pueden desvanecerse, pero en muchos se aumentan mas ó menos rápidamente hasta que aparecen las convulsiones, las cuales pueden tambien sobrevenir sin que los pródomos hayan tenido este aumento progresivo.

El ataque de eclampsia se caracteriza por los movimientos desordenados é involuntarios de un gran número de músculos; los miembros se doblan y se estienden sucesivamente; los dedos de las manos y de los piés se apartan y se acercan; las manos se ponen en estado de pronacion y de supinacion; los miembros, sobre todo los superiores, ejecutan por momentos movimientos generales muy estendidos; la caeoz se estiende hácia atras y se inclina hácia adelante, á izquierda ó á derecha, y ejecuta algunas veces movimientos rápidos é irregulares de rotacion; los músculos de las rejiones superior é inferior del hióides elevan y abajan alternativamente la larinje, imprimiendo tambien algunos movimientos á la mandíbula inferior; la lengua tiembla y, cuando se pueden mantener las mandíbulas apartadas, se ve que se mueve en diferentes sentidos; algunas veces se coloca entre los dientes que la hieren; en ciertos casos parece que se efectúa una especie de deglucion, pero muy irregularmente; á menudo se hallan tambien convulsos los músculos intrínsecos de la larinje, pues que parece estrechado el conducto por el cual debe pasar el aire y asi dificultan la respiracion; falta la voz, ó presenta un timbre singular; los ojos ruedan en sus órbitas, pierden su paralelismo, se hacen prominentes entre los párpados ligeramente abiertos, ó bien se inclinan con violencia hácia arriba de modo que el párpado superior tapa la córnea y solo se vé la esclerótica; los párpados se aproximan ó se separan, los músculos de la cara hacen variar las facciones en diferentes sentidos, y sobre todo desfiguran la boca tirando los labios y produciendo esos visajes variados y estravagantes, algunos de los

cuales han recibido el nombre de *risa sardónica* ó *cinica*. Las mandíbulas se hallan cerradas, y hay crujimiento y rechinaamiento de dientes. Los músculos del raquis ocasionan la tension y la rijidez de esta columna ósea, ó flexiones alternadas á derecha é izquierda que acercan las espaldas á las nalgas; los de las rejiones anteriores alternan con sus contracciones con los precedentes, y hacen acercar el pecho con la pelvis. La respiracion no se ejecuta con regularidad; los músculos inspiratorios y espiratorios anulan reciprocamente su accion; las paredes del pecho experimentan una inmovilidad activa, y en otros momentos se acelera la respiracion que se vuelve corta y superficial. Las violentas convulsiones del diafragma y de los músculos del abdómen imprimen á las paredes de esta cavidad y á los órganos contenidos en ella, mutaciones de lugar, movimientos undulatorios y sacudimientos que pueden apreciarse con mucha facilidad con el tacto; y algunas veces ocasionan tambien la deplecion del estómago, de los intestinos y de la vejiga. Todos estos fenómenos raras veces se encuentran reunidos en un mismo sujeto, sino es en el mas alto grado de la afeccion, en cuyo caso el enfermo no puede resistir por mucho tiempo á tan graves accidentes: mas á menudo las convulsiones ocupan solamente los miembros, siendo mas frecuentes en los superiores que en los inferiores, algunos músculos del tronco, y en particular los de los ojos y de la cara, que se hallan convulsos en casi todos los casos; es raro que no sean mas manifiestos en uno de los lados del cuerpo que en el otro, y regularmente lo son en el izquierdo; á menudo se suceden en las diferentes partes, pasando de las unas á las otras.

Cuando las convulsiones son fuertes y ocupan muchos músculos, suelen acompañarlas ciertas perturbaciones de la inteligencia, de los sentidos y de las funciones orgánicas. La inteligencia en ciertos casos se halla poco perturbada, en algunos es del todo intacta, y en otros se halla enteramente perdido el conocimiento: estos diferentes grados son muy difíciles de apreciar en los niños muy pequeños y mayormente en los de teta, en los cuales solo puede conocerse el grado en que se halla modificada la accion del cerebro escitando sus sentidos ó las facultades instintivas; asi por ejemplo, se les coloca una luz viva delante los ojos, se procura un ruido fuerte y

brusco cerca de su oído, se les pone cerca de la nariz sustancias de olor fuerte ó se les pellizca, y se conoce que por algun acto voluntario procuran sustraerse de estas impresiones; ó bien cuando al introducir algun líquido ó el pezón en su boca se vé que maman y degluten, puede concluirse de ello que no están abolidas todas las funciones cerebrales, pues que todavía se ejerce el instinto, y que se conserva la impresionabilidad del sensorio: sin embargo pueden faltar estos actos sin que esté perdida la sensibilidad, pues si se halla del todo suspendida la voluntad instintiva, el dolor producido por aquellas impresiones, en lugar de promover actos rejidos todavía por el influjo nervioso voluntario, solo ocasionará fenómenos jenerales y vagos de dolor, como una espresion jeneral de padecimiento en la fisonomía ó un aumento en las convulsiones, la contraccion instantánea de la pupila á causa de la impresion de la luz, etc. Por fin en el mas alto grado de la afeccion convulsiva se halla completamente abolida la accion de todos los sentidos, y el cuerpo permanece inerte á todos los estímulos mas fuertes de la sensibilidad animal.

Los desórdenes de las funciones vejetativas presentan las mayores variedades: la mayor parte de ellos son consecutivos y resultan indirectamente de las perturbaciones de la locomocion. La circulacion raras veces se halla en estado normal; el pulso es frecuente, está desarrollado, lleno y duro, y en otros casos es concentrado y pequeño; los latidos del corazon son tumultuosos, irregulares é intermitentes; los capilares esternos bastante á menudo se hallan conjestionados, mayormente los de la cara que está lívida como en la cianosis y turjesciente. En otros casos no hay apariencia alguna de conjestion, y la detencion de la sangre venosa es siempre mas manifesta cuando se halla dificultada la respiracion, en cuyo caso ésta es frecuente, entrecortada, suspirosa y lastimera: las inspiraciones y espiraciones se suceden sin regularidad. Cuando el acceso dura desde mucho tiempo la respiracion se vá volviendo siempre mas lenta, congojosa y débil; los músculos inspiradores, cuyas fuerzas se agotan, parecen que no pueden levantar el pecho, el cual se abaja luego, siendo enteramente pasiva la respiracion. En los casos lijeros se efectúa todavía la deglucion, pero en los graves es difícil y aun imposible, ó

se repite con una grande frecuencia, como si la garganta se hallase embarazada con un cuerpo extraño: algunas veces sale de la boca una saliva espumosa, colorada ó no por la sangre que dan las heridas que los dientes han hecho en la lengua, y hay vómitos, hipo, diarrea ó una constipacion rebelde. Las secreciones se suprimen y no reaparecen hasta que ha terminado ó se halla próximo á terminar el acceso. La piel, cuyo calor se halla aumentado ó disminuido en todo el cuerpo ó solamente en algunos puntos, al principio está seca; pero despues aparece un sudor de buena naturaleza cuando se halla próxima una terminacion feliz: cuando el ataque se prolonga, y el enfermo se halla postrado se manifesta un sudor pegajoso y frio en la cara y en los miembros. La orina, escrutada á veces al principio del acceso, no se segrega mientras dura, pero luego reaparece en abundancia, y por lo regular es clara, transparente y acuosa.

Con respecto á su duracion debe diferenciarse la de los accesos y la de la disposicion á las convulsiones. Los accesos mas intensos no pueden durar mas de algunas horas, y si lo son mucho necesariamente han de acabar pronto: muy á menudo solo duran algunos minutos; pero se repiten muchas veces al dia, y en sus intervalos solo dejan algunos accidentes muy lijeros, como lasitud, bostezos, y deseos de dormir; ó bien, en otros casos, el niño apenas recobra el conocimiento, hay delirio, agitacion, etc.; y estos síntomas deben hacer temer la muerte del enfermo en otro paroxismo. La duracion de la disposicion patológica que es la causa próxima de las convulsiones ofrece tambien grandes diferencias: asi la plétora puede ser pasajera y desvanecerse muy pronto; la anemia, aunque tarda mas en desaparecer, puede en ciertos casos modificarse pronto; y por fin la mala constitucion, la sobre-escitabilidad nerviosa y las enfermedades que pueden ocasionar las convulsiones en unos casos pueden prolongarse indefinitivamente asi como en otros pueden desvanecerse muy pronto.

TERMINACION. Bastante á menudo terminan las convulsiones con la muerte, la cual, como dice M. Brachet, sobreviene de dos maneras; ó bien empieza por el cerebro, que, hallándose demasiado sobre-escitado, cesa de obrar en los demás, y así se detiene la respiracion, no hay hematoxis y la muerte es

cierta; ó bien empieza por los pulmones, y entonce la respiracion, dificultada por las contracciones irregulares de los músculos respiratorios, se ejecuta imperfectamente; los pulmones se infartan; la sangre pasa solamente en parte por ellos; pronto se hace inminente la sufocacion que sobreviene, sino reaparece la regularidad en los movimientos para que efectúen debidamente la respiracion y la circulacion, y por fin puede sobrevenir un síncope y prolongarse lo suficiente para privar la restitution de los fenómenos vitales. En ciertos casos la muerte es aparente, de manera que en algunas eclampsias muy graves, los niños que se creian muertos han parecido recobrar la vida como por milagro: por consiguiente se necesita mucha prudencia y atencion antes de decidirse en tales casos acerca la realidad de la muerte.

Anuncia regularmente la curacion, la disminucion gradual de los accidentes convulsivos sin que sobrevengan fenómenos particulares. Esto es lo que sucede sobre todo en las convulsiones verdaderamente idiopáticas, y en las que dependen de la anemia. Mas de una vez se han visto terminar las convulsiones por una hemorragia, pero entonces es probable que dependian de la plétora. Se concibe tambien que los vómitos y la diarrea pueden parecer críticos cuando coincide con ellos la terminacion de las convulsiones; pero á menudo puede darse á ello otra interpretacion, pues es claro que si aquellas dependen de una indigestion, de la cargazon del estómago ó de una constipacion, es muy natural que las hagan desaparecer aquellas evacuaciones, porque desvanecen su causa, sin ser verdaderamente críticas en el sentido de esta palabra.

Pueden desaparecer las convulsiones dejando un estado de salud imperfecto. Todas las enfermedades que pueden producir las persisten á veces en un grado variable y ocasionan en adelante las recidivas tan frecuentes en esta afeccion; pero además, aun cuando es idiopática y esencial, la eclampsia puede ocasionar diferentes accidentes, como el estrabismo, la contractura de diferentes partes del cuerpo y aun la parálisis. La anatomía patológica ha demostrado que estos accidentes consecutivos á menudo dependen de lesiones de estructura, es decir, de enfermedades cerebrales que habian tambien causado las convulsiones; pero que se encuentran igualmente en

muchos casos en que no se halla ninguna de aquellas lesiones y son puramente nerviosas. En algunos casos quedan vivos dolores en los músculos afectos, despues de los accesos, los cuales pueden depender de desgarrros parciales de las fibras musculares y aponeuróticas ó de equímoses resultantes de ellos, pero en los mas de los casos son simplemente efecto de una lasitud idéntica á la que ocasionan los ejercicios musculares forzados. Por fin, bajo la influencia de las convulsiones se han visto producir distensiones de los ligamentos, luxaciones de las articulaciones y aun fracturas de los huesos.

A veces terminan felizmente las convulsiones, como ya lo indicó Hipocrates, con la aparicion de una calentura que por lo comun es efémera; pero en algunos casos persiste durante muchos dias acompañada de nuevos accidentes cerebrales, simulando ciertas formas de meningitis, como lo diremos al tratar de esta, ó mas bien de fiebre cerebral, y se cura bien con tal que se trate debidamente.

DIAGNÓSTICO. En los niños, en jeneral ofrece poca dificultad: no puede confundirse la eclampsia con las convulsiones tónicas ni la corea en vista de los caracteres de estas enfermedades que tenemos indicados; la catalepsia se diferencia tambien con mucha facilidad; y la hidrofobia, cuya distincion seria en ciertos casos mas difícil en los niños muy pequeños, por fortuna es una afeccion rara; y muy regularmente la hacen conocer las circunstancias conmemorativas, cuando se trata de la hidrofobia virulenta. En ciertos casos puede confundirse con la epilepsia cuando es intensa y vá acompañada de la abolicion completa de las facultades intelectuales y sensoriales; pero puede decirse con los Sres. Brachet y Gendrin que en la epilepsia la invasion es mas pronta, las convulsiones van acompañadas de mayor rijidez, el espumarajo de la boca es constante, el ataque jeneralmente dura menos, y cuando cesa el enfermo presenta un estado de estupor mas manifiesto; pero estas diferencias no son siempre tan marcadas que no puedan dar lugar á dudas y equivocaciones, y entonces deben investigarse los antecedentes del enfermo: si ha tenido otros ataques en los cuales no habia perdido el conocimiento, se ha declarado el paroxismo bajo la influencia de una causa apreciable y los padres no son epilépticos puede admitirse la exis-

tencia de la eclampsia. Cuando esta es menos violenta, el diagnóstico es fácil, porque entonces no es constante la pérdida de conocimiento, ó bien no continúa durante todo el acceso, y parece que no está enteramente suspendida la sensibilidad.

Conviene la distincion de estas enfermedades, pues en ellas es diferente el pronóstico y el tratamiento; pero lo que importa mas es el conocimiento exacto de la naturaleza y causa de las convulsiones. Las idiopáticas en general aparecen repentinamente, sobrevienen en medio de una salud perfecta, adquieren con prontitud una grande intensidad y desaparecen con la misma rapidez: en el intervalo de los ataques la salud á menudo es perfecta; dependen sobre todo de las causas directamente perturbadoras de la inervacion, como las emociones fuertes, el terror, la cólera, etc., y se alivian á menudo con los antiespasmódicos. Las sintomáticas se caracterizan por la coincidencia casi constante, mayormente cuando son jenerales ó intensas, de algunos otros accidentes cerebrales: asi cuando preceden á las convulsiones parciales ó jenerales una cefalalja fuerte y continua, una exaltacion ó disminucion de la sensibilidad jeneral y de los sentidos en particular ó de la intelijencia, una dificultad mas ó menos notable de hablar, una agitacion continua ó alternada con la somnolencia acompañada de llanto, de contorsiones de la cara, de un decúbito extraño, de una calentura mas ó menos marcada, á menudo irregular, con alternativas de rubicundez y palidez en la cara, y por fin de diferentes fenómenos dijestivos como el vómito y la constipacion, puede afirmarse que dependen aquellas de otra enfermedad de los centros nerviosos, que es las mas de las veces una meningitis simple ó tuberculosa, algun productó accidental, siendo el mas frecuente en la infancia un tumor tuberculoso, ó bien un derrame seroso mas ó menos dependiente de un estado inflamatorio. Entre todas las convulsiones sintomáticas las que dependen de la congestion ó de la anemia cerebral son las mas difíciles de distinguir de las idiopáticas, porque tienen una marcha mas rápida y no se complican con los síntomas que acabamos de nombrar. Entonces deben atenderse cuidadosamente las condiciones de la circulacion, las circunstancias anteriores al accidente, y el estado jeneral y habitual de la salud, de lo cual podrán deducirse indicios útiles

para la práctica. En las convulsiones simpáticas se notan siempre algunos otros accidentes á mas de los del sistema nervioso; y asi las distinguirán los síntomas de la denticion laboriosa, de las diaerisis y flegmasias gastro-intestinales, de la afeccion verminosa, de la indigestion, de la constipacion, de los cólicos y de los flatos abdominales, de la pneumonia, de la coqueluche y demás enfermedades del pecho, y por fin de las calenturas exantemáticas que, en su principio y en su curso, se complican bastante á menudo con las convulsiones. Las simpáticas con respecto á su marcha tienen mucha analogía con las idiopáticas; pero examinando cuidadosamente el estado de todas las funciones en jeneral, se distinguen con bastante facilidad.

Nada es mas difícil que el indicar de una manera jeneral el pronóstico de las convulsiones. No solamente está subordinado á la intensidad aparente de los síntomas, sino tambien á la naturaleza de sus causas. Las convulsiones son tanto menos peligrosas cuanto mas fácilmente se promueven; y por consiguiente, en igualdad de circunstancias, son menos temibles en los niños, como tambien en las mujeres y en jeneral en todos los individuos dotados de un temperamento nervioso: entonces á causa de la sobre-escitabilidad nerviosa habitual las convulsiones suelen depender de causas muy lijeras cuyo efecto se destruye fácilmente con un corto número de irradiaciones cerebro-musculares; en tales casos tienen tambien por resultado el disminuir momentáneamente á lo menos la movilidad nerviosa habitual que predispone á su desarrollo.

Con respecto á la naturaleza de sus causas, que es lo mas interesante para establecer la gravedad del pronóstico, en las idiopáticas, si la causa de la sobre-escitacion nerviosa no es persistente y puede conocerse luego y removerse inmediatamente con los recursos del arte, el pronóstico raramente es grave: asi es que el terror, la cólera, un dolor producido por un cuerpo extraño, un instrumento punzante que hiera la piel, etc., solo suelen ocasionar accidentes pasajeros. No puede decirse lo mismo de las que dependen de una enfermedad cerebral: cuanto mas antigua esta es y cuanto mas ha comprometido la sustancia nerviosa ó sus cubiertas por su naturaleza ó grado adelantado, tanto mas temibles son las convulsiones,

que ofrecen toda la gravedad de la afeccion que las causan, cuya terminacion fatal suelen adelantar. Las que son sintomáticas de la anemia ó de una congestion cerebral, aunque son graves, lo son menos que las precedentes; y por fin en los casos de lesiones traumáticas todo depende de la naturaleza de estas. Las simpáticas en general son menos peligrosas que las precedentes, y está subordinado el pronóstico á la gravedad de la afeccion principal: cuando esta puede curarse y se conoce á tiempo aquellas suelen ceder á un tratamiento adecuado. Entre estas enfermedades, en las que son francamente inflamatorias, como las flegmiasias agudas de pecho, y en todas las que han de seguir períodos constantes, por lo comun las convulsiones son menos graves cuando sobrevienen en el principio que hácia su fin. Esto se nota en particular en el principio de las calenturas eruptivas, en el cual consideraba Stoll á las convulsiones como un presajio feliz; lo que sin embargo no es siempre asi. Una de las enfermedades en las cuales los accidentes convulsivos nos han parecido tener mayor gravedad es la coqueluche, mayormente si se declaran despues que ya dura desde algun tiempo en niños debilitados ó que padecen al mismo tiempo una flegmiasia pulmonar. (V. la pág 101.)

TRATAMIENTO. La etiología de esta afeccion es la base en qué se fundan los principios de su curacion, pero á veces no puede ó tarda en conocerse la naturaleza de estas causas; y en otras, aunque se conozca perfectamente, no puede disiparse con prontitud; y en estos casos debe emplearse un tratamiento dirigido á las mismas convulsiones, ya para curarlas, ya para disminuir su intensidad.

El primer cuidado de un facultativo llamado para auxiliar á un niño convulso es el hacer que se le quiten sus vestidos para remover las causas que relativamente á ellos pueden promoverlos; luego se le coloca en buenas condiciones hijiénicas, si el aire es muy caliente se mandan apartar las personas inútiles, se abrirá con precaucion una puerta ó una ventana, y aun algunas veces se puede colocar al enfermo desnudo en una corriente de aire frio durante algunos momentos; medios sencillos que en algunos casos han tenido felices efectos. Luego de hecho esto es preciso que se informe aquel de los antecedentes, para hacerse cargo de la influencia bajo la cual se

han desarrollado las convulsiones, sin olvidar de examinar con atencion todos los fenómenos apreciables en el enfermo: el interrogatorio que se hace con este objeto exige mucha sagacidad por parte del práctico para valerse de todos los pormenores apreciables, sin hacer caso de las respuestas de ciertas personas que fácilmente emiten su opinion, atribuyendo las convulsiones á las lombrices, á una caída remota, etc., lo que pudiera prevenir el juicio del observador: este no debe olvidar el informarse del estado anamnético anterior, y de las demás circunstancias que puedan aclarar el diagnóstico. Si á pesar de las investigaciones mejor dirigidas no puede descubrir la causa de las convulsiones, en estos casos difíciles debe seguirse la conducta siguiente.

Supongamos en primer lugar que el ataque de eclampsia vá acompañado de accidentes circulatorios que indican una disposicion plétórica: entonces algunas veces es imposible determinar con seguridad si la congestion cefálica ha precedido y producido las convulsiones, ó si es un efecto de ellas; pero de todos modos deben ensayarse empíricamente las emisiones sanguíneas como un medio de diagnóstico, estando á la mira para continuarlas ó suspenderlas racionalmente en vista del efecto que produzcan. Una sangría moderada en los mas de los casos es inocente; si se aumentan con ella los accidentes el médico deducirá de ello que nada tiene que ver la plétora con su produccion; y si al contrario se vé que con ella se disminuyen aquellos, debe repetirse; pues es claro que se ha de combatir una hiperemia, pudiendo una segunda sangría desaparecer los accidentes que ha disminuido la primera. Siempre que es posible la flebotomia la consideramos preferible á las sanguijuelas y á las ventosas sajas que, á causa del dolor que ocasionan, pudieran tener inconvenientes; los cuales son sin embargo poco temibles en la eclampsia epileptiforme, en la cual es aun ventajoso el obrar estimulando la sensibilidad. La sangría jeneral desinfarta inmediatamente todo el sistema sanguíneo y se observa algunas veces que á medida que la sangre va fluyendo se van calmando los movimientos y recobrándose el conocimiento. Siempre proporcionada á la edad del niño, la primera sangría en jeneral debe ser poco copiosa, pues es mejor tener que repetirla al cabo de algunas horas

qua el hacer una muy abundante. Despues de una ó dos sangrías, ó bien en el principio si es imposible la flebotomia, se mandan aplicar sanguijuelas detrás de las orejas, en las sienas ó al rededor de los maléolos: aplicadas en el último puesto aumentan el efecto revulsivo de la evacuacion sanguínea, y las recomienda mucho M. Chauffard contra la mayor parte de las enfermedades de la cabeza; y los Sres. Guersent y Blache lo encuentran preferible para los niños muy irritables ó que tienen la cabeza muy grande y cuando la cara está conjestionada, porque entonces el dolor y la atraccion conjestiva producidas por la aplicacion de sanguijuelas á las sienas ó detrás de las orejas pudieran aumentar los accidentes.

En los casos de hiperemia cerebral parece que ha dado buenos efectos la compresion de las carótidas: sin embargo raras veces tiene buen éxito este medio y tal vez la razon de ello es porque se comprende en la compresion á la vena yugular interna, porque de esta manera se priva el descenso de la sangre que llega al cerebro por las arterias vertebrales; por consiguiente debe tenerse un cuidado particular en no comprimir esta vena pues así se aumenta la conjestion. En los casos bastante raros en que ha tenido buen efecto el medio de que hablamos, su accion ha sido instantánea; y así su inutilidad despues de algunos minutos de tanteearlo debe hacerlo abandonar.

Debe auxiliarse la accion de las emisiones sanguíneas con los revulsivos aplicados lejos de la cabeza; así se aplicarán sinapismos en las estremidades inferiores, se pasea en diferentes partes del cuerpo una esponja embebida en agua hirviendo, ó se ponen uno ó dos vejigatorios á los maléolos, etc., y por fin se usan las lavativas laxantes y purgantes. Cuando estos medios se han usado durante algun tiempo con poco ó ningun efecto, ó aun sin esperarlo, pueden tantearse las aplicaciones frias en la cabeza, es decir, el hielo machacado metido en una vejiga, cuyo contacto con el cráneo se prolonga, ó bien las afusiones de agua fria sobre la cabeza renovadas con algunos minutos de intervalo: se han aconsejado tambien las irrigaciones continuas dirigidas con preferencia sobre la fontanela en los niños pequeños; y por fin bastante á menudo tiene muy buen efecto la introduccion del niño en un baño

tibio, en el cual debe permanecer lo mas que se pueda, continuando en él las aplicaciones frias en la cabeza.

Al uso combinado y un poco prolongado de estos medios sigue la curacion en algunos casos; pero en otros se resiste el mal á ellos, y entonces no puede atribuirse á una hiperemia ni á una irritacion sanguínea del cerebro, y debe combatirse, como un estado nervioso esencial, con los antiespasmódicos y calmantes, entre los cuales ocupa el primer lugar el óxido de zinc, solo ó mezclado con el extracto de beleño, el almizcle, los éteres, la valeriana, la asafétida y los estupefacientes. M. Brachet dice que el óxido de zinc es uno de los mejores anti-espasmódicos que pueden usarse contra las convulsiones de los niños; regularmente lo une al extracto de beleño negro haciendo tomar, en 24 horas, á lo menos 2 granos de óxido de zinc y 4 granos del extracto de beleño, sin pasar nunca de 10 granos de cada una, en 4, 8, ó 12 tomas cada 2 ó 3 horas, en una cucharada de una pocion, tisana ó jarabe: en los casos graves pueden aproximarse mas las primeras tomas. Segun dicho autor solo se necesita reserva en el uso de este medicamento cuando las vias digestivas se hallan muy irritadas y aun en este caso conserva sus ventajas sin ser perjudicial si se asocia con algun calmante, como el beleño, el opio, la teriaca, etc. Los Sres. Guersent y Blache prefieren administrarlo solo porque «entonces, dicen, puede aumentarse progresivamente la dosis hasta á 18 y 20 granos por dia en un simple julepe gomoso, ó mezclado con azúcar en polvo dividido en 9 ó 10 tomas: algunas veces, añaden, lo hemos asociado sin embargo al almizcle y hemos obtenido resultados muy favorables.» El almizcle, muy preconizado por los médicos alemanes, se usa poco y lo mismo debe decirse del succinato de amoníaco que recomienda Goëlis en una forma particular de eclampsia que llama *fiebre azul* y que parece efecto de que, ocupando el estado convulsivo sobre todo los músculos respiratorios, se produce una detencion de la sangre venosa en la periferie del cuerpo y una especie de cianosis. El alcanfor, la valeriana y la asafétida gozaron de mucho crédito por bastante tiempo y no lo han conservado completamente: su sabor desagradable hace difícil su administracion, pero en lavativas, cuando los niños no las arrojan inmediatamente, pueden prestar grandes

servicios. Los éteres tienen una acción enérgica pero poco sostenida, detienen algunas veces ó disminuyen momentáneamente los movimientos convulsivos; pero deben repetirse con cortos intervalos, y en todos los casos un poco graves solo debe contarse débilmente con su eficacia: por otra parte tienen pocos inconvenientes. Como los niños los toman con dificultad, á causa de su olor, pueden administrarse en cuartos de lavativas casi frías, que suelen dar buenos efectos, ó al exterior echando muy á menudo una porción de ellos en los miembros: en este caso obran un poco como calmantes por absorción, pero principalmente como refrigerantes á causa de su evaporación instantánea, produciendo una impresión local y pronta de frío que puede modificar ventajosamente la sobreexcitación del sistema nervioso. El uso de los estupefacientes tiene grandes dificultades en la práctica. Los efectos bien conocidos del opio y de sus sucedáneos pueden hacer temer que ocasionen una congestión cerebral ó que aumenten la que tal vez acompaña al estado convulsivo, y este peligro, en igualdad de circunstancias, es mas temible en la infancia. Sin embargo los médicos ingleses los usan bastante á menudo, y en efecto el opio puede dar felicísimos efectos siempre que haya exaltación del sistema nervioso, acompañada de anemia, de una causa que obra directamente en el sistema nervioso sin modificar la circulación, y cuando un dolor vivo parece ser la causa de los accidentes: y al contrario se halla muy contraindicado cuando hay calentura, ó sin ella cuando hay somnolencia y los demás síntomas que indican una disposición á la congestión cerebral, la plétora jeneral, ó la hiperemia local en la cabeza. Por fin se han encarecido muchos otros medicamentos, entre los cuales unos corresponden á la clase de los antiespasmódicos y es dudosa su eficacia, y otros, que tienen una acción terapéutica diferente, como algun emético ó purgante, etc., los cuales solo pueden servir cuando combaten la causa de la afección convulsiva.

En las convulsiones sintomáticas, el tratamiento debe dirigirse y ser apropiado á la enfermedad que las produce como queda encargado en su lugar; y por consiguiente solo hablaremos con respecto á ellas, de las circunstancias particulares al tratamiento que no quedan indicadas en otras partes de esta obra.

Cuando es cerebral, produce por sí misma y esplica completamente las convulsiones; y el tratamiento debe dirigirse contra aquella y no á las convulsiones; pero cuando estas parecen que solo dependen de ella de una manera indirecta y accesoria, se halla indicado el método antiespasmódico, porque las convulsiones son por lo menos en parte esenciales.

La plétora que ocasiona á veces las convulsiones, puede ser simple ó febril. Con respecto á la que resulta del parto (*apoplejia de los recién-nacidos*) basta recordar su causa para conocer el tratamiento que debe oponerse á ella y que consiste en una evacuación de sangre proporcionada por el cordón, esperando á ligarlo cuando se haya desvanecido completamente el estado apopléctico y se halle bien establecida la respiración; ó bien quitando la ligadura con el mismo objeto, cuando se ha hecho demasiado pronto, y en fin, cuando es demasiado tarde y á pesar de la plétora no sangra el cordón, se sacan por medio de la sangría de una á dos onzas de sangre, ó se aplican una ó dos sanguijuelas: M. Brachet aconseja abrir la vena yugular. Contra la plétora simple, en todas las épocas de la infancia están indicadas las evacuaciones sanguíneas en cantidades mas ó menos elevadas según la edad de los niños y las demás circunstancias que deben tenerse presentes acerca este particular, como el temperamento, la constitución, las causas de la plétora, etc. Con respecto á la febril hemos enumerado ya las enfermedades en las cuales la calentura parece ser el origen de las convulsiones produciendo un cierto grado de congestión hácia la cabeza, pero hemos dicho tambien que en la mayor parte de estas enfermedades el estado nervioso podia depender igualmente de una lesión primitiva de inervación ó consecutiva á la alteración de la sangre, modo de acción que parece pertenecer á las calenturas exantemáticas y á todas las esenciales. En tales casos podremos hallarnos muy embarazados mayormente cuando sobrevienen pronto las convulsiones antes de que la enfermedad se halle bien caracterizada, como sucede algunas veces en las viruelas, la escarlatina y el serampion. Mas adelante insistiremos acerca las dificultades del diagnóstico y el tratamiento mas conveniente en tales casos y por ahora nos limitaremos á decir que, en jeneral, se necesita mucha reserva en el uso de las evacua-

ciones sanguíneas, las cuales si parecen útiles en algunos enfermos, es con la condicion de ser moderadas, y muchos prácticos han conocido que empleadas con demasiada estension, se vuelven funestas; reserva que es tanto mas necesaria quanto mas débil, delicada é irritable es la constitucion del niño. Los revulsivos cutáneos son preferibles y se han de aplicar, mientras se pueda, en los puntos en que tiende á aparecer la erupcion. Sin embargo cuando la constitucion es robusta y el sistema sanguíneo bien desarrollado puede sangrarse con mayor energía, pues que es sabido que una sangría practicada á tiempo hace cesar las convulsiones, y favorece la erupcion de las calenturas exantemáticas. En las enfermedades inflamatorias simples y locales la plétora cerebral que causa las convulsiones es otro de los elementos de la calentura y de los fenómenos de reaccion suscitados por la flegmasia: por consiguiente el tratamiento debe dirigirse directamente contra esta, y en jeneral basta el mejorarla para que cesen aquellas.

No puede modificarse con la misma prontitud que la plétora la anemia jeneral, y asi es que las convulsiones consecutivas á las hemorragias abundantes y al empobrecimiento de la sangre requieren mucho tiempo y la combinacion de muchas medicaciones; valiéndonos de los medios hijiénicos y farmacéuticos propios para restituir á la sangre sus buenas cualidades, como un régimen analéptico, un buen aire, la insolacion, la buena direccion de los ejercicios físicos y morales, etc.; y de los preparados de hierro, los amargos, los tónicos, y los astringentes sea interiormente, sea al exterior en fricciones, baños, etc.

Es indudable en los niños la influencia de las digestiones en la eclampsia; y en este caso la dificultad principal consiste en establecer el diagnóstico, pues una vez conocida esta causa es evidente la indicacion terapéutica, cuyo cumplimiento basta regularmente para conseguir una curacion completa. Debe pues el práctico en casos de convulsiones informarse con cuidado del régimen habitual del niño, de la cantidad y naturaleza de los alimentos que ha tomado recientemente, de la hora en qué ha comido, del estado de su salud antes de la invasion de aquellas; investigará si se queja de incomodidad y peso en la rejion del estómago, si tiene náuseas, eructos, vómitos, bor-

borismos, cólicos, etc., y examinará si la rejion abdominal es dolorosa á la presion y, con la percusion, el estado de plenitud del estómago, pues de este modo un práctico experimentado conoce bien si este órgano se halla distendido por gases ó por alimentos ó si está vacío y retraido. En algunos casos se ha visto continuar muchos dias la permanencia en el estómago de alimentos que lo irritan; y cesar las convulsiones con la evacuacion por vómito de sustancias comidas algunos dias antes. Luego que del modo dicho se está bien cierto de la plenitud del estómago, y aun cuando hay solamente probabilidades de ello debe procurarse inmediatamente el vómito. Como en la eclampsia algunas veces las mandíbulas están cerradas con fuerza y la deglucion es difícil, puede esto oponerse á la administracion del emético. En tales casos ¿debe practicarse una emision sanguínea, como lo aconsejan algunos médicos, y aprovechar el momento de la suspension del insulto para administrar los evacuantes por arriba ó por abajo? Nos parece que en ciertos casos esta tentativa podria, no solamente ser inútil, sino aun perjudicial, y que, si la sangría no se halla especialmente indicada por la forma de los accidentes, en rigor seria mejor separar á la fuerza las mandíbulas ó bien introducir el vomitivo líquido por las fosas nasales. Una vez introducido este mas allá del velo del paladar, la deglucion, por imperfecta que sea, tiende mas bien á hacerlo bajar al estómago que arrojarlo por la boca: asi, cuando no puede introducirse por esta cavidad debe procurarse su introduccion en la cámara posterior con una cucharita ó aun con una jeringa convenientemente dispuesta: este último medio nos parece cómodo y seguro en los niños muy pequeños. Puede oponerse tambien á la pronta administracion de un emético un estado de debilidad muy grande, porque para el vómito se necesita que el enfermo tenga una cierta potencia de reaccion: en tal caso, antes de provocarlo, se han de reanimar las fuerzas por medio de estimulantes cutáneos y haciendo tragar á los niños algunas gotas de éter ó de cualquier alcohólico. Previas todas las precauciones dichas puede darse el tártaro emético ó la ipecacuana en polvo, solos ó mezclados ambos, ó una solucion del primero en agua, segun haya de ser mas ó menos débil la administracion del emético, y al mismo tiempo se favore-

cen las evacuaciones alvinas con los purgantes ó con lavativas.

Cuando debe atribuirse la eclampsia á la constipacion se han de administrar pronto los purgantes, como el aceite de ricino, los calomelanos solos ó unidos al ruiubarbo, una gota de aceite de croton tiglio, ó las lavativas purgantes; ó se introducirá un supositorio de jabon en el recto. La *retencion del meconio* no exige el uso esclusivo de los purgantes. Baumes ha demostrado bien que, prescindiendo de los casos en qué el ano está imperforado, la retencion puede depender de la debilidad del recién-nacido y reclama entonces las fricciones tónicas y aromáticas sobre la columna vertebral y sobre el vientre, algunos lijeros tónicos al interior, una mezcla de agua de flores de naranjo y de un poco de vino, una agua lijeramente cardíaca, á los cuales se asocia un poco de jarabe de achicorias ó algu otro purgante suave. Cuando el niño está robusto y sin embargo no puede espeler el meconio, se procura hacerle tomar una tisana simplemente diluente ó con un poco de miel, de maná ó de aceite de almendras dulces, medicamentos que pueden administrarse tambien en lavativa. Por fin, segun Baumes, puede haber tambien un espasmo del ano, un principio del cual, dice, es el espasmo de la piel: en un caso de esta naturaleza, que cita, el uso de los fomentos emolientes procuró la salida del meconio. Cuando las convulsiones parecen efecto de un desarrollo de gases en los intestinos, se emplean los diferentes medios conocidos contra las pneumatoses; y sobre todo se puede usar con ventaja una cánula grande de goma elástica introducida bastante en el recto, á la cual se adapta una jeringa para hacer el vacío, al mismo tiempo que se aprieta moderadamente el vientre (Guersent y Blache). Por fin lo que tenemos dicho acerca las malas cualidades que puede adquirir la leche, requiere que cuando una nodriza ha experimentado alguna emocion fuerte de cólera, tristeza, etc., debe por precaucion vaciarse los pechos y tardar algo en darlos al niño, y así mismo cuando la alteracion de la leche depende de las otras causas dichas deben removerse; la supresion de un flujo normal ó patológico reclama su nueva reparacion ó la reproduccion de otra secrecion supletoria, que se consigue con los purgantes, los revulsivos, los exutorios, etc., así como deben moderarse con los medios propios los flujos escesivos:

y de la misma manera deben destruirse las demás causas de las convulsiones, cumpliendo las indicaciones que reclama su naturaleza, debiendo en ciertos casos recurrir á las operaciones quirúrgicas, como la seccion completa de un nervio punzado, contundido y dislacerado; la estraccion de un cuerpo extraño venido de afuera ó desarrollado en el interior del cuerpo, como por ejemplo un cálculo vesical, y la estirpacion de ciertos tumores dolorosos que obran irritando localmente los nervios y por consecuencia de ello al sistema nervioso central. En la práctica de todas las operaciones cruentas, en la reduccion de las luxaciones y en el tratamiento de las quemaduras, el cirujano procurará prevenir en cuanto pueda los efectos perniciosos del dolor: teniendo presente que es sobre todo antes de la calentura traumática cuando el opio y los estupefacientes tienen mayores ventajas y menos inconvenientes.

En cuanto al tratamiento profiláctico todos los preceptos pueden reunirse diciendo que es preciso apartar todas las causas actuales de la enfermedad y prevenir las que pueden sobrevenir: una higiene bien dirigida puede bastar para disminuir y aun disipar radicalmente la predisposicion convulsiva, ya sea hereditaria, ya adquirida.

§ III.

De la corea, ó baile de San Vito.

Es una afeccion convulsiva, apirética, caracterizada por movimientos irregulares, no coordinados, en parte involuntarios, parciales ó jenerales, del sistema muscular y principalmente de los miembros.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. En algunos casos se han encontrado diferentes lesiones cerebrales en los cadáveres de los sujetos que han muerto padeciendo la corea; pero como estas no son las mismas y por otra parte como en los mas de los casos no se ha encontrado lesion alguna, debe deducirse de ello que aquellas resultaban de simples coincidencias ó complicaciones; y que la enfermedad que nos ocupa corresponde á las neuroses.

CAUSAS. La corea es una enfermedad de la segunda infancia, es decir, se padece casi esclusivamente de los 6 á los 15

cen las evacuaciones alvinas con los purgantes ó con lavativas.

Cuando debe atribuirse la eclampsia á la constipacion se han de administrar pronto los purgantes, como el aceite de ricino, los calomelanos solos ó unidos al ruiubarbo, una gota de aceite de croton tiglio, ó las lavativas purgantes; ó se introducirá un supositorio de jabon en el recto. La *retencion del meconio* no exige el uso esclusivo de los purgantes. Baumes ha demostrado bien que, prescindiendo de los casos en qué el ano está imperforado, la retencion puede depender de la debilidad del recién-nacido y reclama entonces las fricciones tónicas y aromáticas sobre la columna vertebral y sobre el vientre, algunos lijeros tónicos al interior, una mezcla de agua de flores de naranjo y de un poco de vino, una agua lijeramente cardíaca, á los cuales se asocia un poco de jarabe de achicorias ó algú otro purgante suave. Cuando el niño está robusto y sin embargo no puede espeler el meconio, se procura hacerle tomar una tisana simplemente diluente ó con un poco de miel, de maná ó de aceite de almendras dulces, medicamentos que pueden administrarse tambien en lavativa. Por fin, segun Baumes, puede haber tambien un espasmo del ano, un principio del cual, dice, es el espasmo de la piel: en un caso de esta naturaleza, que cita, el uso de los fomentos emolientes procuró la salida del meconio. Cuando las convulsiones parecen efecto de un desarrollo de gases en los intestinos, se emplean los diferentes medios conocidos contra las pneumatoses; y sobre todo se puede usar con ventaja una cánula grande de goma elástica introducida bastante en el recto, á la cual se adapta una jeringa para hacer el vacío, al mismo tiempo que se aprieta moderadamente el vientre (Guersent y Blache). Por fin lo que tenemos dicho acerca las malas cualidades que puede adquirir la leche, requiere que cuando una nodriza ha experimentado alguna emocion fuerte de cólera, tristeza, etc., debe por precaucion vaciarse los pechos y tardar algo en darlos al niño, y así mismo cuando la alteracion de la leche depende de las otras causas dichas deben removerse; la supresion de un flujo normal ó patológico reclama su nueva reparacion ó la reproduccion de otra secrecion supletoria, que se consigue con los purgantes, los revulsivos, los exutorios, etc., así como deben moderarse con los medios propios los flujos escesivos:

y de la misma manera deben destruirse las demás causas de las convulsiones, cumpliendo las indicaciones que reclama su naturaleza, debiendo en ciertos casos recurrir á las operaciones quirúrgicas, como la seccion completa de un nervio punzado, contundido y dislacerado; la estraccion de un cuerpo extraño venido de afuera ó desarrollado en el interior del cuerpo, como por ejemplo un cálculo vesical, y la estirpacion de ciertos tumores dolorosos que obran irritando localmente los nervios y por consecuencia de ello al sistema nervioso central. En la práctica de todas las operaciones cruentas, en la reduccion de las luxaciones y en el tratamiento de las quemaduras, el cirujano procurará prevenir en cuanto pueda los efectos perniciosos del dolor: teniendo presente que es sobre todo antes de la calentura traumática cuando el opio y los estupefacientes tienen mayores ventajas y menos inconvenientes.

En cuanto al tratamiento profiláctico todos los preceptos pueden reunirse diciendo que es preciso apartar todas las causas actuales de la enfermedad y prevenir las que pueden sobrevenir: una higiene bien dirigida puede bastar para disminuir y aun disipar radicalmente la predisposicion convulsiva, ya sea hereditaria, ya adquirida.

§ III.

De la corea, ó baile de San Vito.

Es una afeccion convulsiva, apirética, caracterizada por movimientos irregulares, no coordinados, en parte involuntarios, parciales ó jenerales, del sistema muscular y principalmente de los miembros.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. En algunos casos se han encontrado diferentes lesiones cerebrales en los cadáveres de los sujetos que han muerto padeciendo la corea; pero como estas no son las mismas y por otra parte como en los mas de los casos no se ha encontrado lesion alguna, debe deducirse de ello que aquellas resultaban de simples coincidencias ó complicaciones; y que la enfermedad que nos ocupa corresponde á las neuroses.

CAUSAS. La corea es una enfermedad de la segunda infancia, es decir, se padece casi esclusivamente de los 6 á los 15

años, aunque puede verse antes y despues de esta época en casos raros: la pubertad á la que han atribuido algunos autores mucha influencia en la produccion de esta afeccion, suponiendo que era mas frecuente en sus inmediaciones, lo que no es cierto, solo la tiene secundaria; pues la corea se refiere mas bien á la reunion de las condiciones que predisponen á los niños á las diferentes enfermedades convulsivas, y en particular el establecimiento de la facultad de coordinar los movimientos. No es una enfermedad muy frecuente, y puede atacar con mayor frecuencia al sexo femenino en la proporcion de 5 á 2, siendo probable que esta mayor predisposicion que tienen á ella las niñas depende de qué mas á menudo tienen el temperamento nervioso é irritable; y además pudiera explicarse esta diferencia admitiendo que la pubertad y la menstruacion obran de una manera mas activa en ellas. En todos los casos las causas predisponentes mas manifiestas y poderosas son, como en las demás afecciones nerviosas, una constitucion débil y una sobre-escitabilidad nerviosa congénita ó adquirida. La corea en algunos casos ha parecido transmitirse hereditariamente, circunstancia que es rara; pero muy á menudo los padres de los hijos afectados de corea han padecido otras enfermedades nerviosas, como las convulsiones, el histerismo, la epilepsia, la hipocondría, etc.; las que padecen tambien muy á menudo los hijos mas adelante. La influencia de los climas calientes, que casi no puede dudarse, en la produccion de las afecciones nerviosas, en jeneral, parece poco poderosa con respecto á la corea, que es muy rara en aquellos; sin embargo, en nuestro país, los meses mas calientes del año son los mas favorables á su desarrollo; por lo menos asi resulta de las investigaciones de los Sres. Ruz, Dugés y Blache. Algunas veces parece haber sido epidémica, segun lo refieren algunos autores.

La mayor parte de las causas determinantes que hemos señalado para las convulsiones, lo son tambien de la corea, pudiendo decirse que la diferencia de estos efectos resultantes de una misma causa ocasional á menudo solo proviene del influjo de las predisponentes, como de la edad por ejemplo; asi el miedo, que es la causa mas comun de la corea, y las demás emociones de animo, como la cólera, la tristeza, los zelos,

etc., que tambien pueden producirla, en jeneral ocasionarán las convulsiones en un niño de dos ó tres años, y una corea en uno de diez á doce. Los trabajos intelectuales parecen tener poca influencia en su produccion, y en cuanto á la de la imitacion de qué han hablado algunos autores, parece muy rara: la de la masturbacion y de las cercanías de la pubertad es mas efectiva en algunos casos. Por fin, pueden tambien ocasionarla las causas patológicas, como la diacrisis verminosa que se ha exajerado mucho y que en los mas de los casos falta; la supresion de una diarrea ó de otro flujo habitual, la plétora, la anemia, una contusion en la cabeza, las flegmasias gastro-intestinales en cuyo tratamiento se ha abusado de los debilitantes, una calentura tifoidea de muy larga duracion, etc.

SÍNTOMAS. La corea puede ser *parcial* afectando solamente los músculos de un miembro ó de una rejion determinada, como la cara, el cuello, etc.; ó *jeneral* ocupando los cuatro miembros y algunos músculos del tronco. En las jenerales regularmente se halla mas afectado uno de los lados del cuerpo, como en la eclampsia; predominio que se nota en las mas de las veces en el izquierdo, en el cual suelen observarse tambien los movimientos anormales con mucha mayor frecuencia que en el derecho en las coreas parciales laterales.

En los mas de los casos la invasion es lenta y gradual. Se empieza notando que el niño es mas impresionable, que se irrita é impacienta por la menor causa, sus movimientos son mas vivos, se renuevan con mayor frecuencia, sus jestos y su fisonomía tienen una espresion estraña, y aun ejecuta ya jestos que sus padres creen á veces voluntarios y le reprenden por ellos. Sydenham vió empezar el mal por una especie de cojera ó de debilidad de una pierna que arrastraba el enfermo al andar: hemos observado un caso semejante. En otros enfermos se afecta primeramente el brazo y despues la pierna y el resto del cuerpo. Por fin en algunos niños, y mayormente en los que están sometidos á una causa instantánea y enérgica principia repentinamente ó bien bastan algunas horas para que los síntomas adquieran una grande intensidad.

Una vez declarada la enfermedad, los movimientos desordenados que la caracterizan varían segun su sitio: asi los brazos se mueven en diferentes sentidos de adduccion ó de ab-

duccion; el antebrazo se dobla y luego se estienda, se pone en supinacion y en pronacion, y la mano y los dedos se mueven tambien sin la menor regularidad. Los movimientos son mas notables por su prontitud que por su fuerza; y basta el oponerles una cierta resistencia exterior, sino para impedir la contraccion de los músculos, por lo menos para retener los miembros en una inmovilidad aparente: la voluntad del enfermo tiene aun bastante accion sobre los músculos para impedir al miembro de ejecutar grandes movimientos y asi es que solo pueden conocerse bien las contracciones involuntarias de los músculos tocándolo ó observándolo muy de cerca. Cuando el enfermo quiere ejecutar un movimiento estenso y complejo que requiere energia, persistencia en las contracciones, y sobre todo una coordinacion y una especie de equilibrio entre ellas, como se necesitan por ejemplo en los movimientos de cojer alguna cosa, las anomalías de estos son mas aparentes; así cuando el enfermo querrá cojer algun objeto, su mano irá mas lejos de este, ó bien se inclinará á su parte derecha ó izquierda antes de alcanzarlo, y cuando lo tenga no conseguirá colocarlo en un puesto determinado, sino despues de repetidos esfuerzos; lo que se nota cuando quiere beber, en la introduccion de los alimentos en la boca, para lo cual es preciso á veces ayudarles, etc. Cuando reside el mal en los miembros inferiores, la marcha es difícil y algunas veces imposible; en lugar de caminar el enfermo en línea recta, el niño se desvia hácia uno de los lados, se para repentinamente, vuelve á caminar de golpe y en general se puede decir que corre mas bien que camina. Este último modo de progresion, exijiendo menos duracion en las contracciones musculares, parece que le es mas fácil que una marcha lenta y mesurada; no puede permanecer inmóvil; sus piernas se doblan y luego se enderezan; quiere hacer algunos pasos hácia adelante y el pié se levanta del suelo mucho mas de lo regular, y en lugar de inclinarse directamente hácia adelante, describe un semi-círculo como si una pierna fuese mas larga que la otra; luego que este pié se apoya sobre el suelo se levanta el otro moviéndose de la misma manera: todos estos movimientos irregulares ocasionan una especie de resbalones, de zancadas y de saltos que se parecen al paso de un baile irregular

y mal acompasado que ha valido á esta enfermedad el nombre de baile ó salto de San Vito. Cuando se halla en alto grado, la combinacion de los movimientos irregulares de los miembros de la cabeza y del cuello hace asemejar á los niños hasta á un cierto punto, segun la comparacion de M. Ruz, á esas figuritas pintadas sobre un carton que se hacen mover con un hilo para juguete de los niños. Por fin puede ser imposible la progresion, y los enfermos caen y se arrastran por tierra sin poderse levantar; están obligados á acostarse y para mantenerlos en la cama se necesita sujetarlos en ella. Su agitacion continua causa frotaciones que escorfan todas las partes prominentes del cuerpo y mayormente las que soportan principalmente su peso. Con respecto á la cara, la corea da á la fisonomia una movilidad singular, que ocasiona visajes continuos que dan á las facciones sucesivamente la expresion del gozo, de la tristeza, del terror, de la ironía, del placer, del dolor, etc.; los ojos hacen continuamente movimientos de rotacion; las cejas, la piel de la frente y las alas de la nariz se contraen y relajan sucesivamente; abren y cierran la boca, la lengua se mueve en esta cavidad, golpea al paladar y produce una especie de ruido como si bebiese á lengüetadas, se coloca entre los dientes en el momento en qué se apartan las mandíbulas y cuando estas vuelven á cerrarse á veces aquellos la cojen en medio y la hieren; en algunos casos son tan enérgicas las convulsiones de los músculos masticatorios que los dientes crujen y se rompen. El sonido de la voz está cambiado; la articulacion de las palabras es difícil; se nota una verdadera tartamudez y algunos enfermos hacen una especie de ladrido. La larínge, tirada por los músculos estrínsecos, se mueve hácia arriba y abajo; los músculos del cuello imprimen á la cabeza movimientos de flexion hácia adelante ó á los lados, los cuales alternan con otros de estension hácia atrás; y algunas veces los de rotacion se efectúan tambien con una rapidez extraordinaria. Los músculos del pecho y del abdómen hacen desviar el tronco en diferentes sentidos, y por sus contracciones irregulares dificultan el juego de la caja del pecho perjudicando al ejercicio de la respiracion: la deglucion en algunos casos se halla tambien dificultada y hay enfermos que se quejan de palpitaciones y de borborismos en el abdómen, lo que dejaria creer

que los músculos de la vida orgánica participen del estado convulsivo en que se hallan los de la animal.

Tales son los principales desórdenes musculares que determina la corea. La descripción mas exacta no es capaz de procurar una idea tan fiel de ella como la vista de un solo enfermo que la padezca, pues basta observarla una sola vez para apreciar la verdadera naturaleza de esta forma singular de las enfermedades convulsivas. La ajitación de la corea se aumenta cuando los enfermos experimentan alguna pasión como la cólera, la tristeza, el terror, y aun solamente la incomodidad que les causa al ver que los observan personas estrañas: al contrario el sueño calma los movimientos y los suspende del todo, menos cuando la enfermedad tiene mucha intensidad; siendo un fatal presajio un insomnio casi continuo.

A pesar de qué la corea consiste esencialmente en una perturbación de la inervación cerebro-muscular, la sensibilidad y la inteligencia raras veces se hallan intactas: los enfermos tienen un humor muy variable; algunas veces lloran y se incomodan sin el menor motivo, movilidad moral que es á menudo análoga á la que experimentan las histéricas; pero raras veces pasa de estos límites y solo en casos escepcionales hay delirio; siendo menos raro el que haya pérdida ó disminución de la memoria y aun un cierto grado de imbecilidad. La debilidad intelectual ha sido negada por M. Ruz, pero existe indudablemente en algunos enfermos, mayormente cuando la afección es jeneral y tiene alguna intensidad. Las anomalías de los sentidos, como los de la inteligencia, raras veces son intensas, y nada tienen de constante: en algunas hay cefalalja que suele sentirse en la parte posterior é inferior del cráneo; en otras una raquialja mas ó menos estensa que nada tiene de fijo en su sitio con relación á las diferentes rejiones de la coluna vertebral. Los sentidos especiales casi nunca presentan perturbaciones notables. En cuanto á las funciones de la vida vejetativa, en los mas de los casos no efrecen tampoco novedad alguna: aun cuando la corea es intensa y muy aguda, con tal que sea simple, el pulso permanece lento y regular y la piel fresca; la respiración solo se halla dificultada secundariamente como lo hemos dicho, por las contracciones irregulares de los músculos respiratorios; el enfermo dijere bien y

no tiene diarrea ni constipación rebelde.

La MARCHA es aguda ó crónica; en el primer caso la ajitación no conserva constantemente el mismo grado durante todo el curso del mal, y tiene alternativas de disminución y de recrudescencia: cuando se inclina á la curación, los accidentes disminuyen poco á poco y casi nunca cesan repentinamente.

Su DURACION varia entre uno y tres meses; y en los mas de los casos dura de siete á ocho semanas. Pasados tres meses se vuelve crónica y entonces su duración puede llegar á ser indefinida, si así puede decirse: se han visto coreas durar diez, veinte años y aun toda la vida. Entonces regularmente son parciales y se hallan limitadas á un solo lado del cuerpo ó una sola rejion, á los músculos del cuello, etc. Cuando la corea crónica es muy estensa ó general ocasiona á menudo una debilidad de la inteligencia y aun un idiotismo muy manifiesto. Los músculos que desde mucho tiempo se hallan ajitados por movimientos córicos se atrofian, se contraen y se acortan; y los enfermos privados casi habitualmente del sueño, se enflaquecen y á la larga se debilitan, y acaba alterándose y debilitándose su salud jeneral. En algunos casos la corea tiene una marcha intermitente, y en tal caso puede considerársela como una especie de calentura larvada mas bien que como una verdadera corea. Sean cuales fueren sus complicaciones casi nunca ejercen una influencia bien apreciable en la marcha de aquella; así se ven recorrer sus períodos con regularidad las calenturas exantemáticas, la pneumonia y las afecciones gastro-intestinales sin que modifiquen en manera alguna á la corea.

PRONÓSTICO. El baile de San Vito regularmente termina por la curación; pero suele dejar á menudo una grande impresionabilidad nerviosa, bajo cuya influencia á la menor ocasión, recidiva: Sydenham pretendia que los que la habian tenido volvía á manifestarse en el año siguiente. La curación de la corea no es siempre completa; Georget habla de las neuraljias convulsivas de la cara, de los ojos ó de los párpados que la siguen; y puede decirse que estos constituyen verdaderas coreas parciales que se observan tambien algunas veces en los músculos que mueven la cabeza y en los de un miembro. Las coreas parciales primitivas ó consecutivas son mas á menudo incurables que las jenerales; pero estas ocasionan la

muerte en casos por fortuna muy raros aun sin que haya complicacion alguna. La presencia de ciertas complicaciones hace que el pronóstico haya de ser mas grave: si las perturbaciones de la intelijencia y de la sensibilidad son considerables, debe temerse que no acompañen alguna lesion orgánica del cerebro, aguda ó crónica, cuyo tratamiento no pueda vencer.

El diagnóstico casi siempre es fácil; solo en el principio pueden hallarse algunas dificultades, mientras que los movimientos coreicos son poco manifiestos; pero una vez son estos algo intensos, su forma singular y las contorsiones ridículas de los miembros y de la fisonomía bastan para que el práctico pueda reconocer la enfermedad á primera vista.

TRATAMIENTO. Se han encarecido una infinidad de remedios contra la corea. Como métodos jenerales y capaces de tener buen resultado en los mas de los casos, la esperiencia ha indicado los baños frios y los sulfurosos. Dupuytren decia que la corea nunca se resiste á los baños frios por inmersion ó por sorpresa; pero este elogio es un poco exajerado: se administran del modo siguiente. Dos hombres vigorosos cojen al enfermo uno por los brazos y otro por las piernas y lo zambullen en el agua á una temperatura de 12° á 18° cent.; sumerjiendo la cabeza lo mismo que el resto del cuerpo: á la salida del baño el enfermo debe hacer ejercicio, y si anda con dificultad ó la temperatura del aire es demasiado fria, se le mete en una cama muy caliente con el objeto de escitar la transpiracion cutánea. En lugar de este baño por inmersion pueden emplearse las afusiones, colocando al enfermo desnudo en un baño vacío, arrojándole sobre el cuerpo uno tras otro dos ó tres cubos de agua fria ó aun mas cuando no es demasiado molesta la impresion del frio. Por fin el medio mas sencillo es el uso del baño comun á la temperatura de 15° á 18° cent., que toma el enfermo todos los dias permaneciendo una hora en él. Este último procedimiento es el que mas se usa en el hospital de niños, en el cual se ha conocido que, obrando por sorpresa, el agua fria afecta mucho á los niños. Por otra parte, sea cual fuere el procedimiento que se use, antes de recurrir á él, debe examinarse el estado de los órganos: la irritabilidad del pulmon y de los bronquios, la menstruacion, ciertas enfermedades en las cuales deba temerse el producir ó

aumentar una conjestion visceral, y las estaciones rigurosas son contraindicaciones que deben respetarse. Los baños sulfurosos, que empleó el primero M. Banelocque contra la corea, tienen resultados felicísimos que los hacen preferir á los baños frios, y además su administracion es mas fácil en los niños; sin embargo no siempre es asi y aun en algunos casos se han visto agravar los accidentes con su uso obligando á suspenderlos. Se preparan con mas de 4 onzas de sulfuro de potasa concreto en 8 tantos de agua: el enfermo toma un baño todos los dias permaneciendo en el una hora á corta diferencia.

En Inglaterra se usan mucho los purgantes. El Dr. Hamilton atribuye la corea á la constipacion y al mal estado de las vias digestivas; divide su marcha en dos periodos, dá en el 1.º los purgantes suaves con intervalos proporcionados, y en el 2.º otros mas enérgicos sin interrupcion hasta la terminacion de la curacion: afirma que bastan de 10 á 15 dias para conseguir la curacion; y los purgantes que prefiere son los calomelanos asociados á la jalapa, el aloé y la coloquintida. M. Blache dice que ha visto usar esta medicacion con muchas ventajas por M. Guersent, solo que este se valia de purgantes menos activos; y el Dr. Chapman, hablando de ella, dice que no conoce otra que cure con mayor prontitud la corea. M. Breschet, guiado por el ejemplo de los italianos, administra al tártaro estibiado á la dosis de 4 ú 8 granos ó mas, siempre mezclado con el opio, é incorporado en una infusion muy aromática para evitar el vómito; y al mismo tiempo hace tomar píldoras compuestas con el aloé ó la guta gamba, la escamonea y la jalapa; empezando por una píldora por dia y se aumentan despues gradualmente. A pesar de las ventajas que este práctico atribuye á esta medicacion no parece que la haya adoptado ninguno de los médicos franceses como método jeneral; y M. Blache la encuentra demasiado enérgica para emplearla en los casos regulares.

Entre los antiespasmódicos, la valeriana y la asafétida parecen ser los que merecen mejor los elogios que se les han tributado; la valeriana se dá en polvo á la dosis de 20 granos y despues mas por dia, incorporada con miel ó confitura, condicion indispensable para ocultar el sabor desagradable de esta sustancia: la asafétida difícilmente se puede hacer tomar á

los niños por la boca, y como no guardan siempre las lavativas es en ellos una medicación á menudo infiel. Si debe creerse á los autores que han escrito recientemente de la corea, los estupefacientes merecen poca confianza; pero es sabido que Stahl y Murray emplearon con éxito el uno el extracto de belladona y el otro el de estramonio; y los Sres. Trousseau y Pidoux, cuya conducta debe ser imitada mayormente en los casos graves y rebeldes, dicen que han obtenido felicísimos efectos con el uso del opio á alta dosis, de un grano á 20 por día; y solo en una vez por cada 14 no se ha curado el mal con rapidez: hacen tomar medio grano de opio cada hora, hasta que se han calmado notablemente los movimientos y que empiece á manifestarse la embriaguez; y despues siguen manteniendo al enfermo en el mismo estado de intoxicación durante 5, 6 y aun 8 días; entonces lo suspenden y prescriben algunos baños; y despues de algunos días vuelven á empezar de nuevo el tratamiento; siendo raro que al cabo de 15 días no se halle ya modificada la corea en términos de que la naturaleza sola pueda completar la curación en poco tiempo.

Entre los tónicos, los ferrujinosos ocupan el primer lugar. El subcarbonato, dado á la dosis de 2 á 4 dracmas por día, segun la edad de los niños, ha dado muy buenos efectos; y segun Elliotson es siempre inocente con tal que se mantenga la libertad del vientre. La quina se usa menos, y sin embargo puede convenir como tónica cuando deben levantarse las fuerzas de una constitución deteriorada, y como antiperiódica cuando la corea tiene una marcha intermitente. Los demás tónicos amargos solo ofrecen una utilidad accesoria.

Algunos prácticos han empleado la electricidad y en general solo se ha tanteado cuando no habian servido los demás medios; y así ha podido tener buen efecto en casos desesperados. Parece que en las coreas simples é idiopáticas conviene menos que en las complicadas con el histerismo, la epilepsia ó la amenorrea, etc.; y que en las parciales, que son tan rebeldes á las demás medicaciones, es en las que sirve mejor. Por fin la mayor parte de las observaciones que se han publicado acerca este particular se refieren á sujetos de alguna edad y no á los niños; y en efecto nos parece probable que estos deben sopor-
tar menos bien que los adultos todos los medios escitantes, en-

tre los cuales la electricidad es uno de los mas enérgicos. En cuanto á la manera de administrarla, Addison se sirve de una máquina eléctrica regular; hallándose el enfermo sentado en un asiento aislado se establece la comunicación entre el primer conductor de la máquina y el cuerpo del enfermo; y se pasa una bola de cobre, guarnecida de un hilo de hierro ó de una cadena que está en relación con la tierra, de arriba abajo, en la dirección de la columna vertebral, á la distancia de una pulgada de la piel á corta diferencia. Puesta la máquina en acción, el cuerpo del enfermo se carga de electricidad que pasa continuamente acompañada de chispas, en la bola de cobre y de allí al suelo por el hilo ó la cadena: de esta manera se mantiene una rápida sucesión de chispas que se hace durar hasta que sobreviene una erupción que tiene el aspecto del liquen urticatus, cuya producción varía segun los enfermos de 5 á 10 minutos. En los casos citados por el Dr. Bird, se empleó el baño eléctrico y se promovieron las chispas en la región vertebral. Cuando se quiere obrar en los órganos uterinos, como por ejemplo cuando la amenorrea parece sostener la corea, se atraen las chispas en la periferia de la pelvis; y por fin cuando se quieren promover conmociones se emplea la botella de Leyde. La pila tiene tambien un uso muy conveniente si se tiene el cuidado de colocar los dos polos de manera que la corriente siga cuanto se pueda la médula espinal. Se asemeja al de la electricidad el uso de la estrienina, que obra como un escitante local del raquis. Este medicamento, usado desde algunos años por M. Rougier, ha procurado muchas curaciones muy notables; y segun lo que este práctico apreciable ha tenido la bondad de comunicarnos verbalmente, parece que, para que tenga efecto esta medicación, es preciso que sea bastante grande la dosis del extracto de nuez vómica ó de la estrienina para aumentar considerablemente los accidentes coreicos y aun para producir una especie de tétano, que se disipará cesando el uso del remedio. El temor de los accidentes graves en tales casos es evidentemente la causa que retrae á los prácticos que quisieran ensayar esta medicación, hasta que los primeros médicos que han concebido la idea probablemente feliz de tantearla, nos hagan conocer con exactitud las precauciones que deben tomarse; hasta entonces solo nos

atreveríamos á emplearla en casos graves, en los cuales la enfermedad se ha resistido á todas las demás medicaciones conocidas.

Debemos hablar ahora de los métodos compuestos. Sydenham empezaba el tratamiento con las sangrías y despues daba los purgantes, y por fin los tónicos: muchísimos prácticos han combatido el uso de las sangrías que, en jeneral, solo se emplean al presente en ciertos casos en qué la corea vá acompañada, sino de plétora jeneral, por lo menos de un cierto grado de hiperemia encefálica que indican regularmente la cefalalja y una perturbacion mas ó menos marcada de la inteligencia. M. Serres que atribuye la corea á una irritacion sanguínea de los tubérculos cuadrijéminos, y los que consideran ser su causa una lesion análoga del cerebello, considerado por ellos como el órgano del equilibrio y de la coordinacion de los movimientos voluntarios, hacen aplicar sanguijuelas en la nuca: hemos visto un buen éxito de este método en un caso de poca gravedad pero no hemos podido apreciar todavía su valor por falta de observaciones; y asi solamente podemos decir que por ahora no ha obtenido la sancion de los mas de los prácticos que han escrito acerca la corea. Por lo demás el método de Sydenham, separadas las sangrías y reducido á los purgantes y tónicos, puede procurar felicísimos efectos; pues estos medicamentos, aun cuando se usan aisladamente, suelen ser muy eficaces. El Dr. Bardsley, despues de haber ensayado casi todas las medicaciones jeneralmente empleadas, se ha declarado por el uso combinado de los purgantes y de los antiespasmódicos: despues de haber procurado muchas evacuaciones alvinas prescribe el almizcle y el alcanfor (4 granos de cada uno) cada cinco horas, y añade por la noche una lavativa compuesta de mas de 4 onzas de mixtura de asafétida con 20 ó 30 gotas de láudano de Sydenham. Por fin seria nunca acabar si quisieramos indicar todos los medicamentos en qué han fundado su reputacion diferentes prácticos honorables, dando su nombre á las fórmulas especiales bajo las cuales han preconizado su administracion: asi la tintura de Chrestien de Montpellier, que no es otra cosa que el linimento de Rosen, se compone de 2 onzas 2 escrúpulos de espiritu de nebrina, con aceite de clavo de especia, y bálsamo de nuez moscada, de cada uno 40 granos; y se emplea en fricciones en la coluna verte-

bral; los Sres. Stambio en Italia y Byrne en América, aconsejan hacerlas con la pomada estibiada; Richerand pasaba por lo largo de esta rejion cauterios y vejigatorios; y por fin las píldoras de Mérat (nitrate de plata, alcanfor, almizcle y opio) han gozado y gozan todavía de una cierta reputacion.

A pesar de qué la naturaleza de la corea casi es desconocida, seria un empirismo grosero y ridículo el emplear á ciegas cualquiera de los métodos de qué hemos hablado, cuya eleccion debe fundarse en la etiología del mal, apreciando debidamente sus causas predisponentes y ocasionales; asi la constipacion y cualquiera otro estado morboso de las vias digestivas, indicará el uso de los purgantes, de los eméticos y de los antielmínticos; una constitucion débil y delicada, el temperamento linfático y un estado anémico y clorótico reclamará los tónicos, el uso del vino amargo y jeneroso y todos los medios hijiénicos propios para contribuir á desvanecer aquellos estados; los antiespasmódicos y los estupefacientes convendrán sobre todo en las coreas esenciales que á menudo no son mas que el mas alto grado de una sobre-escitacion nerviosa habitual aumentada por una causa moral, como por ejemplo el terror; no deben omitirse los antiflojísticos cuando haya un estado plétórico evidente ó probable, y empleadas con medida en los niños robustos la sangría ó las sanguijuelas tendrán de tanto en tanto mucha utilidad; por fin, en falta de indicaciones suministradas por el estudio profundo de las causas, en jeneral deberá empezarse el tratamiento con los baños frios, cuya accion directamente sedativa del sistema nervioso no puede negarse, y tambien deben ponerse en primer lugar los baños sulfurosos; y solo despues de haber empleado sin efecto las demás medicaciones deberemos recurrir á la electricidad y á los preparados de nuez vómica que, como queda indicado, hasta que se hayan reunido otras observaciones reclaman mucha reserva, mayormente si es muy pronunciado el eretismo nervioso y los sacudimientos musculares son continuos y fuertes.

ARTÍCULO III.

DE LA HIPEREMIA Y DE LA HEMORRAJIA DE LOS CENTROS NERVIOSOS.

En la infancia conviene estudiar simultáneamente las hiperemias y las hemorragias del cerebro y de la médula espinal, porque el derrame sanguíneo en el espesor del tejido nervioso, ó lo que es mas comun en la superficie de las meninges, no se efectúa en jeneral sino en el mas alto grado de la congestión de dichos órganos. En una edad adelantada la hemorragia depende con frecuencia de una causa próxima especial, es decir, de una lesion de tejido, de la osificación y de la friabilidad de las arterias ó de un reblandecimiento de una naturaleza particular de la pulpa nerviosa, que M. Rochoux ha descrito con razon con el nombre de *hemorrhagipare*: á menudo el centro de la circulación se halla afectado tambien de lesiones orgánicas que determinan mecánicamente la detención de la sangre venosa en el cerebro, ó aumentan la enerjia de la impulsión arterial. La ausencia de estas circunstancias en la infancia hace que sean muy raras en ella las hemorragias intersticiales, es decir, las verdaderas apoplejias: y apenas se observan en ella sino las apoplejias meníngeas. Para mayor claridad, separaremos la historia de estas enfermedades segun se observen en el recién-nacido y en una época de la infancia mas adelantada.

La *congestión cerebral* sobreviene con frecuencia como síntoma ó como elemento de muchas enfermedades, y sobre todo en todas las febriles y en las que, sin tener reacción pirécica, se hacen sentir en el aparato central de la inervación á causa del dolor ó de las simpatías. Á menudo, pero no siempre, deben atribuirse á un cierto grado de congestión la agitación, el insomnio, el delirio, la somnolencia y el abatimiento, ó las convulsiones que se manifiestan en el curso ó mas bien en el principio de las flegmasias torácicas y abdominales, y de aquellas que, situadas en los órganos vecinos del cerebro, modifican fácilmente la circulación capilar de este órgano: parece que se desarrolla tambien con mayor facilidad en la

infancia la congestión cerebral, en las afecciones jenerales, como las calenturas exantemáticas y tifoideas. En estas diferentes circunstancias la disposición del encéfalo á las congestiones activas se explica por la preponderancia de la circulación arterial que, en el sistema nervioso de los niños, se halla en perfecta relacion con la actividad de la nutrición que exigen su mayor volúmen y la precocidad de su desarrollo. Como basta la intervencion de una enfermedad que escite la circulación para que este estado fisiológico pase al de congestión morbosa, es claro que este paso puede igualmente tener lugar por la sola influencia de una escitacion cerebral idiopática: entonces la congestión se llama *esencial* y en este caso con frecuencia es pasajera y apenas constituye una enfermedad; y si, al contrario, persiste origina casi inevitablemente una alteración mas profunda, es decir, una flógosis. Estas consideraciones nos dispensan de entrar en la descripción de una historia completa de las hiperemias encefálicas en los niños que tienen mas de un mes; y por otra parte en la descripción de las enfermedades que contiene esta obra hemos indicado siempre los accidentes cerebrales que suelen acompañarlas, y queda dicho tambien que las hiperemias primitivas ó secundarias son algunas veces la causa de la afección convulsiva cuya forma es entonces mas grave. En otros casos indican la congestión otros accidentes mas lijeros, como la cefalaljia, la somnolencia, la perversion efémera de la intelijencia, el delirio, y por fin en algunos que son raros adquiere tambien la forma apopléctica análoga á la que se observa mas á menudo en una edad adelantada, y tambien algunas veces cuando la plétora depende de las inmediaciones de la primera menstruación.

Las hemorragias del cerebro y de la médula espinal que tienen su sitio en el espesor de la sustancia nerviosa, son infinitamente mas raras que las congestiones; las pocas observaciones que se han recojido de casos de esta naturaleza no dejan trazar un cuadro completo de la *hemorragia cerebral* en los niños. Segun los casos de *apoplejia simple* conocidos hasta el presente, nada han presentado de particular, que no se observe jeneralmente en el adulto, los síntomas y la marcha de la enfermedad. En cuanto á las hemorragias que se complican con lesiones tuberculosas de la pia-madre y del cerebro, segun

M. Becquerel, debe hacerse en su sintomatología la distinción siguiente: cuando se complican con una meninjitis tuberculosa aguda, se confunden los síntomas de ambas enfermedades y no puede diagnosticarse la hemorragia; pero cuando se complica con una meninjitis tuberculosa crónica, ocasiona síntomas cerebrales que pueden apreciarse, pero que no son suficientemente distintos ni manifiestos para que pueda hacerse el diagnóstico cierto.

Las hemorragias de las meninges son un poco mas comunes que las del tejido cerebral; se efectúan por exalacion, ya en la cavidad de la aracnoidea, ya en los ventrículos, ya en el tejido sub-aracnoidal. Entre la dura-madre y la hoja parietal de la serosa solo pueden hacerse pequeños equímosos ó manchas sanguíneas; pero nunca colecciones considerables de sangre. A las hemorragias de las meninges se refiere la *apoplejia meningea* de M. Serres. La historia de estas hemorragias en los niños, exceptuando los recién-nacidos, no presenta particularidad alguna importante que no se note en una edad mas adelantada, y en particular en la vejez, en la cual esta afeccion es muy frecuente. M. Becquerel solo admite como causas bien demostradas de ella en la infancia las contusiones ó una caída de cabeza y la existencia de una diátesis hemorrágica; creemos que todas las causas de la congestión cerebral pueden ocasionar la hemorragia que muy á menudo no es mas que el mas alto grado ó la consecuencia de aquella. Lo que hemos dicho acerca las hemorragias cerebrales, debe aplicarse á las de las meninges, á saber que los hechos observados hasta al presente son insuficientes para describir sus síntomas; y solo por induccion puede admitirse que cuando se han producido aquellas, deben manifestarlas los síntomas de una compresión estensa del encéfalo; pero como la libre comunicacion de las cavidades ventriculares y la estension de la aracnoidal permiten á la sangre exalada el esparramarse en una grande superficie, es preciso que la hemorragia sea abundante para que sean evidentes los síntomas de compresion; y sin esta condicion pudiera pasar la enfermedad sin ser conocida. En la mayor parte de los casos es difícil el distinguir entre los síntomas los que pertenecen á una simple congestión de las meninges y de la sustancia cerebral de los que pudieran resultar

de una hemorragia difusa, y sobre todo cuando esta se reduce á una infiltracion sero-sanguinolenta sub-aracnoidal: por fin en algunos casos produce los mismos efectos un derrame seroso; siendo difícil el establecer un diagnóstico aun aproximativo.

La historia de las congestiones y de las hemorragias presenta particularidades mas importantes en los recién-nacidos. Las hemorragias de la sustancia nerviosa son escesivamente raras; sin embargo M. Valleix cree que esta afeccion ataca mas á menudo á los recién-nacidos que en un período de la infancia mas adelantado. Las observaciones de apoplejia cerebral que se han recojido en los recién-nacidos en jeneral no se han publicado circunstanciadamente; de manera que hasta ahora no conocemos sino los tres casos referidos por Valleix que lo hayan sido con las minuciosidades suficientes para poder deducir de ellos alguna consecuencia. En ninguno de estos casos la enfermedad ha parecido causada por violencias que hubiesen obrado sobre la cabeza durante el parto, y sus causas han permanecido muy dudosas. En uno de ellos los síntomas fueron muy marcados y el diagnóstico muy fácil; porque se notó una hemiplejia de las mas bien caracterizadas, y se observó tambien que la sensibilidad jeneral y especial no se habia abolido y aun tal vez no se habia disminuido, por lo menos mientras que la exploracion pudo hacerla probar: la enfermedad marchaba rápidamente hácia la curacion, cuando sobrevino la muerte bajo la influencia de una enfermedad torácica independiente de la afeccion primitiva: en la autopsia se encontró un foco apoplético en el punto de conjuncion del tálamo óptico con el cuerpo estriado del lado derecho, y la parálisis habia existido en el izquierdo. En el 2.º caso la hemorragia ocupaba el cuerpo estriado, pero los síntomas se habian perdido entre los que habia ocasionado el edema de los recién-nacidos, pues que la muerte debió atribuirse principalmente á esta enfermedad: entre ellos el único que pudo indicar la hemorragia fué la inmovilidad de los miembros. El 3.º es perfectamente semejante al precedente con respecto á los síntomas que, ofuscados por los del edema, no dejaron establecer un diagnóstico exacto; pero la lesion anatómica era diferente; pues en lugar de encontrar un foco hemorrágico se hallaron muchísimos, que eran muy pe-

queños y constituían la forma de apoplejía que se ha llamado *capilar*; de manera, dice Valleix, que se encuentran en el recién-nacido todas las formas de la apoplejía.

No se refiere á esta enfermedad la que han descrito los autores con el nombre de *apoplejía de los recién-nacidos* la cual consiste en una hemorragia de las cavidades serosas del cerebro, y es muchísimo mas frecuente que todas las demás especies de hemorragia habiéndose confundido con frecuencia con la *asfixia de los recién-nacidos*. M. Cruveilhier ha hecho numerosas investigaciones acerca esta afección que considera como la causa de la muerte de mas de un tercio de los niños que mueren poco antes del parto ó durante él, no siendo siempre fácil de determinar su causa. A menudo parece que no es mas que una consecuencia directa del estado apopléctico ó, por mejor decir, pletórico, en que se hallan ciertos niños al nacer, y es sabido que esta plétora no solamente se observa despues de los partos largos y difíciles, sino tambien despues de los que han sido prontos y fáciles; y en este caso se explica por la compresion del cordón umbilical y por la del cuello que ejerce el cordón y algunas veces el cuello de la matriz. Entonces fácilmente puede explicarse la hemorragia, pero no es así cuando sobreviene despues del primer día de la vida cuando ya parece bien establecida la respiración, de lo cual se citan algunos casos; y acerca de ello M. Desormeaux se espresa del modo siguiente: «El estado apopléctico se repite algunas veces y aun aparece por primera vez despues del establecimiento de la respiración. Lo he visto sobrevenir, sin causa apreciable, el día siguiente al del nacimiento: entonces algunas veces reconoce por causa algun obstáculo que ha encontrado la sangre para atravesar el pulmón; y en efecto cada vez que el niño da gritos violentos y prolongados la cara se hincha, y adquiere un color violáceo ó azulado muy pronunciado mayormente al rededor de los labios, los pies y las manos adquieren tambien este color, etc.»

En la apoplejía de los recién-nacidos se encuentra la cavidad de la aracnoidea ocupada por un derrame de sangre líquida ó en parte coagulada, formando una capa mas gruesa en las partes declives, es decir, al rededor del cerebello y de los lóbulos cerebrales posteriores. Nunca ó casi nunca se pue-

den descubrir las aberturas de las venas superficiales que pudiera presumirse que han suministrado la sangre derramada; y debe admitirse que se ha exalado gota á gota. El derrame se encuentra mas raramente en los ventrículos; pero M. Cruveilhier ha visto casi siempre á la dura-madre del raquis distendida por sangre líquida, contenida tambien en la cavidad de la aracnoidea y en el tejido celular sub-aracnoidal. Estos derrámenes á menudo están acompañados de cefalomatoma y de equimoses en el pulmón, en el timo y en otros órganos; y se encuentran tambien hemorragias en las vías digestivas y sobre todo infartos sanguíneos del hígado, bazo etc. La coincidencia de estas lesiones prueba que la hemorragia meníngea es de la misma naturaleza y depende de la misma causa, que es la plétora.

Fácilmente puede conocerse la reunion de los efectos que resultan de este estado pletórico jeneral: la escosiva plenitud del sistema sanguíneo no puede vaciarse en la placenta, con la cual no tiene ya comunicacion el niño; por otra parte la respiración que lo desinfartaria no puede entrar en ejercicio porque la compresion del cerebro paraliza la acción de los músculos y en particular la de los respiratorios. En algunos casos en que todavia no existe esta parálisis, el obstáculo que priva la respiración puede ser una acumulacion de moco en la boca, en la nariz ó en las vías aéreas, ó de cualquiera otra circunstancia análoga. Como quiera que sea, la turjescencia venosa que produce la compresion del cerebro; y consecutivamente la parálisis del pecho, tienden á persistir á su turno bajo el influjo de estas dos condiciones, de manera que estos tres fenómenos, á saber, la plétora, la congestion cerebral y la asfixia, son recíprocamente causa y efecto el uno del otro; y además en el mas alto grado de este estado es cuando se efectúan las hemorragias.

La plétora ó el estado apopléctico del recién-nacido se conoce fácilmente. La piel de todo el cuerpo y sobre todo la de la cara y de la parte superior de él, tiene un color lívido, difuso, salpicado de manchas azules; la cabeza está hinchada y caliente; los labios están lívidos, hinchados y renversados; los ojos son prominentes; la lengua, infartada de sangre, llena la boca y permanece pegada al paladar, y todas las membranas

mucosas exteriores se hallan congestadas como la piel: se nota un abotagamiento jeneral sensible, mayormente en la cara; las carnes son duras pero todos los músculos están sin acción y todo el cuerpo inmóvil; los latidos del corazón, al principio fuertes y duros cuando la plétora es muy reciente, se vuelven gradualmente menos perceptibles, mas concentrados, siendo todavía duros, y mas tarde débiles é inapreciables; el cordón se halla infartado de sangre y los caracteres de sus pulsaciones corresponden á los diferentes estados del corazón que acabamos de indicar.

Cuando este estado plétórico es muy intenso sobreviene pronto la muerte sino se combate aquel oportunamente; cuando no es rápidamente mortal y se conoce y combate á tiempo, regularmente es poco grave y cede con rapidez á un tratamiento racional; pero si hay derrame de sangre en la sustancia cerebral ó, lo que es mas comun, en sus cavidades serosas internas ó externas, se aumenta la gravedad; siendo probable que son pocos los niños que se curan.

Los señales especiales del derrame son muy inciertos, y se parecen á los de una simple congestión; sin embargo debe sospecharse su existencia cuando, habiéndose desvanecido la plétora jeneral espontáneamente ó por los auxilios del arte, persisten los síntomas de la compresion cerebral; siendo importante el procurar distinguir estos estados, porque segun ellos varian un poco el pronóstico y el tratamiento.

Cuando debe combatirse una plétora jeneral, la indicacion es evidente y consiste en desvanecer la compresion del cerebro y el infarto de los pulmones; lo que se consigue cortando con prontitud el cordón umbilical y dejándolo sangrar durante algunos instantes. En jeneral, luego que ha fluido un poco de sangre se establece la respiracion, disminuye y desaparece el color asfético de todo el cuerpo, el niño empieza á moverse, etc.; si hay mucosidades que obstruyan la garganta, deben quitarse con cuidado con el dedo. La circulacion está algunas veces tan debilitada, ó mas bien el sistema arterial se halla tan completamente vaciado en el venoso, que las arterias umbilicales no dan sangre; entonces debe exprimirse entre dos dedos el cordón desde su insercion hasta al lugar de la seccion, ó aun es mejor volverlo á cortar en un punto mas inmediato

al ombligo; y se puede favorecer la efusion de la sangre introduciendo al recién-nacido en un baño tibio: si ninguno de estos medios tienen efecto se aplica una sanguijuela debajo de cada oreja, ó bien se puede abrir la vena yugular. Cuando despues de la desaparicion del estado plétórico jeneral y del establecimiento de la respiracion persiste un estado comatoso, la inmovilidad y la resolucion de los miembros, la disminucion ó la abolicion de la sensibilidad, debe creerse racionalmente la existencia de una hemorragia intra-craniana; y en algunos casos, particularmente en uno referido por M. Valleix, esta ha ocasionado convulsiones; pero este autor nota con razon que son todavía poco numerosos los hechos de esta naturaleza para que pueda ponerse fuera de duda una relacion de causa con el efecto entre las convulsiones y la hemorragia meníngea: este caso entra tal vez en lo que hemos dicho en otra parte de ciertas eclampsias que, coincidiendo con lesiones materiales apreciables de los centros nerviosos, no las esplican estas completamente; pues no son un verdadero síntoma de ellas, y conservan algo de la naturaleza de las convulsiones idiopáticas ó esenciales. Como sea, el tratamiento de la apoplejía meníngea sólo indica el uso de las evacuaciones sanguíneas mientras no ha desaparecido la plétora jeneral ó queda aun una hiperemia cerebral; y si faltan estas indicaciones se han de usar los revulsivos cutáneos y aun los intestinales para oponerse á que la hemorragia dejenerare consecutivamente en una flogosis aguda: los tópicos rubefacientes y vesicantes, algunos laxantes y los diuréticos suaves favorecen la reabsorcion de la sangre derramada ó la organizacion de un quiste al rededor del coágulo; y asi, en algunos casos felices, conseguir la curacion de una enfermedad que siempre es muy grave.

Las hemorragias del raquis que sobrevienen en el recién-nacido, en estos últimos tiempos han sido el objeto de investigaciones interesantes, que sino han fijado el estado de la ciencia acerca la enfermedad que los autores han llamado *tétanos de los recién-nacidos*, por lo menos han añadido algo á nuestros conocimientos acerca este particular, hasta ahora muy incompletos. Esta enfermedad parece estremadamente rara en nuestro país, en el cual no ha podido estudiarse completamente, y asi nos queda todavía mucha incertidumbre

acerca su naturaleza. ¿ Es idéntico al tétanos de los adultos? ¿ Es como este ora dependiente, ora extraño á una lesion material de la médula espinal? Todo nos hace creer que estas dos especies de tétanos se encuentran en los recién-nacidos; pero no habremos adquirido la demostracion de ello hasta que se hayan hecho otras investigaciones: la existencia del tétanos esencial requiere nuevas observaciones para que no pueda negarse. En cuanto al *sintomático* de la hemorragia, M. Olivier d' Angers, que ha demostrado claramente su existencia en el adulto, no duda de su identidad, en los mas de los casos, con el de los recién-nacidos. Este ha sido estudiado recientemente por M. Matuszinski que ha recojido la mayor parte de sus observaciones en el hospital de Stuttgard. En 848 niños entrados en él desde el año 1828 á 1835 ha sido observado el tétanos 25 veces. Segun el Dr. Finck parece cierto que esta enfermedad se observa mucho mas á menudo en el medio día de Alemania que en las demás comarcas de Europa. En San Petersburgo, Doepp no la ha observado sino 20 veces en 45000 niños espósitos.

En 20 autopsias, el Dr. Matuszinski ha encontrado 16 veces en la coluna vertebral un líquido semi-coagulado, entre la dura-madre y las láminas vertebrales; en algunos casos el derrame se hallaba limitado á una de las rejiones cervical, dorsal ó lumbar; en muchos de ellos, la capa de la sangre coagulada, igualmente gruesa en todas las partes, separaba las membranas de la médula espinal en toda la circunferencia del conducto óseo; la dura-madre se hallaba sana, exceptuando uno ó dos casos en los cuales estaba roja y engrosada; de la misma manera se halló la aracnoidea; y la pia-madre casi siempre estaba muy inyectada y algunas veces engrosada; en dos casos la médula estaba muy roja, en uno solo se halló reblandecida, en otro endurecida y sana en todos los demás. Casi constantemente se encontró derrame en el cráneo que ocupaba con preferencia el tejido celular sub-aracnoidal, los ventrículos y los plexos coróides: las membranas nada presentaban de notable excepto una inyeccion mas ó menos intensa, y el cerebro en jeneral estaba sano. Nada se halló importante en los demás órganos, y las arterias y vena umbilicales no presentaban alteracion alguna. En vista de lo que precede se vé

que hay la mayor analogía entre la apoplejía meníngea encefálica y la hemorragia, con la sola diferencia de que en esta la sangre se halla algunas veces entre la dura-madre y los huesos, lo que no sucede nunca en la primera.

M. Matuszinski ha hecho todos los esfuerzos posibles para asimilar, con relacion á sus causas, el tétanos de los recién-nacidos con el traumático que se observa en todas las edades. Segun él, debe atribuirse aquel á la úlcera del ombligo consecutiva á la caída del cordon y á la accion del frio. Esta opinion no nos parece suficientemente demostrada. En el adulto la existencia de una herida unida á la accion del frio produce un tétanos casi siempre nervioso, es decir, independiente de la hemorragia; y en el recién-nacido esta es la lesion primitiva, y no es fácil el comprender su desarrollo bajo la influencia de la úlcera umbilical y del frio; y parece que seria mas sencillo el esplicar dicha hemorragia por las mismas causas de la de las meninges encefálicas. Como quiera que sea, debe decirse que muchas veces se ha notado la inflamacion del ombligo antes de la invasion del tétanos, y que el invierno es la estacion mas favorable á su desarrollo, pues que todos los casos observados por M. Matuszinski, excepto tres, acaecieron en los meses de enero, febrero, marzo y abril.

Su principio tiene lugar regularmente en la primera semana, por pródromos poco característicos, como el llanto, la agitacion, el despertarse con sobresalto, y los párpados permanecen entreabiertos durante el sueño: M. Matuszinski dice que el llanto reaparece periódicamente y tiene un carácter particular, que no describe. El niño coje con ansia el pezon y luego lo suelta, y la succion se hace difícil é imposible; siempre hay desarreglo en las funciones digestivas, eructos, vómitos ó flatos y diarrea de materias verdosas. Pronto se van agravando los síntomas; la cara manifesta lo que padece el niño, se pone contraída é hipocrática; el trismus, al principio débil é intermitente, se vuelve mas intenso y continuo; la lengua se pone rígida; el espasmo gana luego los músculos del cuello y del tronco y ocasiona las mas veces el *opistótonos*. En este estado el niño á ratos parece que se halla tranquilo y dormido, teniendo la respiracion libre, aunque acelerada, y la cara pálida; pero en otros ratos, se halla agitado por convulsiones

violentas, grita, la respiracion es difícil, la cara encendida, las conjuntivas inyectadas y los labios cubiertos de espuma. Los intervalos que separan estos accesos ván haciéndose mas cortos, y las convulsiones tetánicas por fin se hacen permanentes; bastando la impresion de la luz, del ruido ó el contacto de un cuerpo extraño para aumentar su intensidad. Cuando este estado ha durado medio dia ó uno lo mas el niño cae en el de colapso; el enflaquecimiento es estremado, la cara azulada ó pálida, el pulso insensible, la respiracion se vuelve estertorosa, la deglucion imposible, y el niño muere con una postracion completa. En el último período á veces hay calentura, y á menudo se percibe un calor acre en la rejion dorsal, al paso que las estremidades están heladas. Entre los recién-nacidos, como en los adultos, hay algunos sujetos que están demasiado débiles para poder pasar del período del *trismus*. Por fin con frecuencia se observa que se detiene la cicatrizacion del ombligo; la superficie de la úlcera se inflama, se marchita y da un pus de mala calidad. A menudo sobreviene la ictericia antes de la invasion del tétanos ó durante su curso.

La duracion de la enfermedad varia regularmente de 30 á 50 horas. M. Matuszinski la ha visto durar en 15 casos menos de 50 horas; en 5, 3 dias; en 2, 5 dias; en uno, una semana; en otro 9 dias, y una sola vez 31 dias.

« Es una cosa verdaderamente triste con respecto al diagnóstico, dice este autor, que las enfermedades por lo comun mas fáciles de conocer son las que prometen menos esperanzas de curacion. El tétanos de los recién-nacidos es un ejemplo de ello. El grito característico del enfermo, la cara hipocrática, el *trismus*, las contracciones de los miembros, y sobre todo la coincidencia de estos fenómenos con la inflamacion y la supuracion del ombligo, bastan para quitar cualquiera duda acerca la existencia de esta afeccion. »

En cuanto al pronóstico es estremadamente peligroso. Nada es mas raro que la curacion de esta terrible enfermedad que causa grande mortandad en las Antillas y en jeneral en todos los paises calientes.

La insuficiencia de la terapéutica es deplorable. Unos prácticos prefieren las evacuaciones sanguíneas y otros los antiespasmódicos: ambas medicaciones han sido inútiles en todos

los casos observados en el hospital de Stuttgard; los antiespasmódicos, y sobre todo el almizcle, han parecido prolongar solamente la vida de los enfermos algo mas que los otros medios. Sin embargo, segun M. Ollivier d'Angers, las alteraciones cadavéricas son tan características y la indicaciones tan evidente, que siempre se debe recurrir, desde el principio, á las emisiones sanguíneas locales sobre el raquis ó en las apófisis mastoideas cuando solamente hay *trismus*. Tal vez el poco efecto que se ha obtenido con las sangrias locales depende de que se teme el sacar una cantidad demasiado grande de sangre en los niños tan tiernos. M. Ollivier cree que las ventosas sajasadas son preferibles á las sanguijuelas.

Hemos manifestado la opinion de M. Matuszinski que atribuye una grande influencia á la inflamacion del ombligo y á la accion del frio, y si bien que la creemos poco demostrada, como no parece inverosímil, debe tenerse un particular cuidado, como medio profiláctico, en procurar que se efectúe debidamente la cicatrizacion del ombligo, evitando la accion del frio en él y las demás causas que puedan inflamarlo.

ARTÍCULO III

DE LAS FLEGMASIAS DEL CEREBRO Y DE LA MÉDULA ESPINAL.

Consideradas de una manera jeneral y comparativa entre los niños y los adultos, las flegmasias de qué vamos á tratar presentan muchas diferencias importantes, relativas á su sitio y naturaleza. Nada es mas raro en los niños que la inflamacion franca y primitiva de la sustancia cerebral: en ellos casi nunca se observa la *encefalitis* propiamente dicha *difusa* ó *circunscrita*, en una palabra tal como se presenta en las demás edades. Los señales de flogosis que á menudo se encuentran en la pulpa nerviosa en las autopsias, coinciden casi siempre con los de las meninges, de cuya inflamacion parecen consecutivas; de manera que todo lo que debe decirse de la inflamacion de los centros nerviosos, puede comprenderse en la descripcion de la meningitis. Esta se encuentra con frecuencia en la infancia, siendo una de las enfermedades que por su fre-

cuencia en esta época de la vida nos obliga á describirla con toda la estension debida en párrafos diferentes con relacion á su diferente naturaleza.

El *reblandecimiento cerebral* que se observa en los adultos y sobre todo en los viejos es una afeccion casi estraña en la infancia, y no conocemos ningun ejemplo positivo de él. No deja de encontrarse en algunos niños el reblandecimiento de la pulpa nerviosa, pero entonces es casi siempre un efecto constantemente secundario de la inflamacion de la pia-madre, de un derrame ventricular, ó de tumores tuberculosos; y su descripcion pertenece enteramente á la de estas diferentes enfermedades. Sin embargo, hemos observado algunos casos que presentaron algunas circunstancias especiales sin formar no obstante una escepcion absoluta de lo que acabamos de decir, pues que se encontraron al mismo tiempo señales de una *meningitis tuberculosa aguda*; pero el reblandecimiento presentó caracteres anatómicos diferentes, y en dos casos, síntomas tambien distintos de los que son propios de la *meningitis*, y sobre todo las perturbaciones de la movilidad y de la intelijencia presentaron un aspecto enteramente particular; la cefalalja, los vómitos y la constipacion indicaron la invasion como en los casos comunes; pero pronto fué imposible el referir los síntomas cerebrales al tipo de la *meningitis*, y en la autopsia se encontró un vasto reblandecimiento que pareció haber eclipsado en parte los efectos de la flegmasia menínjea, y no presentó carácter alguno de los que tiene cuando es de naturaleza inflamatoria. Esta circunstancia de pronto nos indujo á pensar que tal vez era solamente un fenómeno cadavérico debido á la imbibicion de la sustancia cerebral por el líquido ventricular; pero la análisis de los síntomas y la circunstancia de ser mas pronunciado el reblandecimiento en los lóbulos anteriores, apesar de que el cadáver habia estado siempre echado de espaldas no nos dejaron atribuirlo á una simple maceracion cadavérica, y lo atribuimos á uno de esos casos de reblandecimiento blanco idiopático cuya naturaleza es tan poco conocida. Algunos autores han citado casos mas ó menos análogos, pero con pocas minuciosidades para que puedan sacarse de ellos consecuencias jenerales.

La *mielitis* no es menos rara en la infancia que la *encefali-*

tis propiamente dicha, y por consiguiente no consideramos propia de esta obra su descripcion.

§ PRIMERO.

De la meningitis é hidrocefalo agudos simples.

La enfermedad que se ha conocido con los nombres de *calentura cerebral*, de *hidrocefalo agudo*, de *aracnoiditis*, de *meningitis aguda*, etc., ha sido el objeto de interesantísimas descripciones, pero á los recientes progresos de la anatomía patológica se debe la distincion importante de las *meningitis* é *hidrocefalos* en *simples* y *tuberculosas*; y en los últimos 15 años se ha demostrado con muchísimas observaciones que la tuberculosa es infinitamente mas frecuente en los niños que la simple, y que debe referirse á aquella la mayor parte de lo que se ha escrito en todos tiempos acerca las inflamaciones é *hidropesías* de los centros nerviosos. Con las mismas observaciones se han manifestado las circunstancias particulares de la *meningitis* é *hidrocefalo tuberculosos*, se ha conocido el grado de importancia que debe darse á estas enfermedades cuando son simples en un tratado de patología infantil, importancia que es mucho menor de la que se le ha atribuido jeneralmente, pues que en realidad no pertenece á la infancia por su frecuencia, pues la padecen poco los niños; asi como pasada la pubertad, y en particular de 16 á 45 años la *meningitis* se encuentra casi siempre en estado agudo. En los niños de teta es mas frecuente la *meningitis* simple que de uno á 15 años, ó por lo menos su frecuencia es mayor que la de la tuberculosa.

Por consiguiente no es necesaria la descripcion completa de la *meningitis* simple, pues bastará separar de la historia de la tuberculosa todo lo que corresponde al elemento tuberculoso de lo que es propio del flogístico, porque esta enfermedad resulta de la combinacion de estos dos elementos, hágase pues abstraccion en la anatomía patológica de todo lo que diremos acerca de las granulaciones menínjeas; asi como en la etiología se ha de suprimir la influencia de las circunstancias que contribuyen al desarrollo de los tubérculos, atribuyéndola mayor á las causas directas de la inflamacion. Con respec-

to á los síntomas es imposible describirlos separadamente, porque á corta diferencia son iguales; y la marcha de ambas afecciones solo manifiesta diferencias marcadas en un corto número de casos como lo indicaremos al tratar de su diagnóstico; y por fin por lo que toca al tratamiento solo deben suprimirse las indicaciones que reclama la naturaleza tuberculosa y que son muy secundarias en esta enfermedad. Estas dos especies de meningitis no se diferencian pues, prescindiendo de su naturaleza, sino por su terminacion y pronóstico; pudiéndose esperar la curacion de la simple en bastantes casos; al paso que es escesivamente rara la de la tuberculosa y aun es dudoso que se haya podido nunca asegurar auténticamente.

Con respecto á los *hidrocéfalos agudos esenciales* todos los autores que se han dedicado en nuestra época al estudio de la anatomía patológica están acordes en afirmar que son escesivamente raros. Creen que los derrámenes serosos de las cavidades encéfalo-raquidianas coinciden casi constantemente con otras enfermedades de qué son efecto, siendo la mas comun de estas la meningitis, mayormente en los niños: en una edad mas adelantada, y en particular en la vejez, es sabido que la hemorragia y el reblandecimiento se acompañan bastante á menudo de un derrame de serosidad cuya formacion rápida le ha hecho llamar *apoplejia serosa*. Sin embargo no puede negarse completamente la existencia del hidrocéfalo agudo idiopático; pues se hallan ejemplos positivos de él descritos por autores recomendables. Sin embargo, á pesar de la confianza que estos se merecen, es permitido el preguntar si han sido siempre bien completas sus investigaciones y si ha sido suficientemente minucioso el exámen para que no se haya escapado alguna lesión inflamatoria; lo que puede dudarse por lo menos con respecto á algunos casos en quienes faltan los detalles suficientes; y creemos que el total de los hidrocéfalos agudos sin lesion orgánica es estremadamente mínimo; y que son aun mucho mas raros tal vez que las hidropesías esenciales de las demás cavidades serosas.

Se han considerado bastante á menudo como casos de hidrocéfalo agudo esencial ciertos derrámenes ventriculares coincidentes con el reblandecimiento del cepto lúcido y del trígono cerebral. Abercombrie que refiere muchos casos de esta

naturaleza no duda en considerar á este reblandecimiento como de naturaleza inflamatoria y cree que el derrame seroso no es el fenómeno morboso primitivo. Estas observaciones son poco concluyentes porque datan de una época en qué no se conocia la importancia de las granulaciones ni las precauciones necesarias para conocerlas cuando son poco numerosas ó se hallan situadas en las partes ocultas de la pia-madre: en vista de algunas observaciones creemos que basta un corto número de ellas para ocasionar un aumento en la exalacion ventricular, asi mismo como se observa que, en falta de otras lesiones, un corto número de tubérculos situados en la pleura, peritoneo ó grande epiploon, y hallándose todavía en estado naciente ocasionan un derrame seroso en la cavidad de estas membranas. El reblandecimiento de las partes blancas centrales nunca nos ha presentado caracteres que nos lo hayan dejado considerar como inflamatorio, y como la causa primitiva del derrame.

A veces sobreviene el hidrocéfalo sin que haya lesion alguna apreciable en el encéfalo, siendo una fraccion de la hidropesía jeneral que puede depender de un obstáculo en la circulacion de la sangre en los grandes vasos, causa frecuente en los viejos y muy rara en los niños, ó bien que sigue á un exantema y en particular á la escarlatina, siendo esta causa mas especial á la infancia. Los hidrocéfalos escarlatinosos ora son meningitides simples en las cuales el derrame es una consecuencia de la flógosis y reclama los antiflojísticos regulares, ora constituyen una hidropesía sin inflamacion, análoga á la del tejido celular y de las demás cavidades serosas; el derrame se ha efectuado sin ningun carácter inflamatorio local, y puede durar asi muchos dias en estado de hidropesía esencial, es decir, independiente de alteracion alguna del encéfalo. Al tratar de la hidropesía escarlatinosa en jeneral, demostraremos mejor la verdad de este aserto; y sépase entre tanto que en este caso el tratamiento no reclama siempre en primer lugar las sangrías, y que el hidrocéfalo puede curarse como el anasarca con los diuréticos, los diaforéticos y los purgantes hidragogos: los antiflojísticos se hacen mas necesarios en un 2.^o período, porque entonces se desarrolla la inflamacion y une sus efectos á los del derrame.

Creemos que debe referirse á los hidrocéfalos escarlatino-

sos lo que han escrito los ingleses en estos últimos tiempos acerca los accidentes cerebrales que sobrevienen en las enfermedades de los riñones, es decir, en la *nefritis albuminosa ó enfermedad de Bright*. Esta afeccion, de la cual es un carácter esencial la hidropesia del tejido celular y de las cavidades serosas, coincide en efecto bastante á menudo, particularmente en los niños, con una escarlatina anterior, y se conoce muy bien que la aracnoidea y la serosa ventricular, como las demás cavidades exalantes, son el sitio de esta hidropesia, como lo demostró el primero el Dr. Bright. Luego el Dr. Addison pretendió que ciertos síntomas cerebrales se refieren á una alteracion de los riñones, aun en los casos en que no hay edema ni es coagulable la orina. Mas tarde se conoció que se encuentran con tanta ó tal vez mayor frecuencia en los niños despues de la escarlatina que en los adultos. Por fin, el Dr. Bird se ha propuesto últimamente investigar si pudiera encontrarse en los caracteres propios de estos síntomas cerebrales la existencia de una alteracion de los riñones. Este práctico emite primeramente la opinion de que las enfermedades de los riñones ocasionan mas á menudo de lo que se cree accidentes cerebrales. La escarlatina pasa mas de una vez sin apercibirse en los niños pobres, á menudo se toma por un simple romadizo ó por una anjina. Con frecuencia se llevan al hospital enfermos en los cuales la palidez de la cara y el abotagamiento de los párpados hacen sospechar una alteracion de los riñones que puede conocerse examinando la orina, y como no puede adquirirse indicio alguno acerca sus antecedentes, debe buscarse en los caracteres de los síntomas la naturaleza real de la afeccion. Entre los niños observados por Bird los hubo en quienes la presencia de la albúmina en la orina bastó para hacer sospechar la alteracion de los riñones aun cuando no habia edema en las estremidades inferiores; en otros la calma particular del estupor, comparable al que produce un veneno narcótico, la palidez de la cara, el abotagamiento que circunda los ojos, y la falta del grito parecian indicar que la enfermedad tenia el mismo orijen. El autor cree que estos accidentes pueden desarrollarse en los niños que no han tenido anteriormente la escarlatina; y de dos observaciones que refiere la segunda es relativa á un niño de ocho dias en el cual

los accidentes cerebrales parecieron resultar de la imposibilidad de desempeñar los riñones su funcion, á causa de un obstáculo mecánico á la escrecion de la orina. Creemos un poco aventurada esta última interpretacion de M. Bird; pero no ponemos en duda la influencia de la enfermedad llamada de Bright, sea ó no consecutiva á la escarlatina, en el desarrollo de ciertos hidrocefalos agudos.

No puede pues dudarse la existencia del hidrocefalo agudo independiente de la meningitis.

Estamos muy poco adelantados acerca la etiolojia y la sintomatolojia de esta afeccion, con respecto á lo cual no podemos hacer mas que aplicarle, en los mas de los casos, los conocimientos que poseemos acerca la meningitis. Sin embargo, generalizando los hechos mejor observados que desgraciadamente son aun poco numerosos, se conoce que los derrámenes serosos idiopáticos se presentan en jeneral bajo dos formas diferentes. En la 1.ª, haciéndose el derrame mas lentamente, los síntomas, que son muy análogos á los del principio de la meningitis, se caracterizan por fenómenos de escitacion, como la cefalalja, el delirio, la agitacion, los gritos, y los movimientos convulsivos: este período dura de algunas horas á muchos dias pero raras veces es tan largo como el 1.º y 2.º de la meningitis aguda reunidos. En la 2.ª apariencia de la forma de hidrocefalo que nos ocupa los síntomas precedentes son reemplazados por la abolicion de la intelijencia y de los sentidos, el coma, la amaurosis, la sordera, la insensibilidad de la piel y la resolucion de todos los movimientos voluntarios; sin embargo este último síntoma no es constante porque á menudo en medio del colapso hay convulsiones muy violentas y verdaderos accesos epileptiformes. En la 2.ª forma del hidrocefalo agudo falta el 1.º período y los fenómenos del 2.º se declaran de pronto: entonces es cuando puede considerarse la enfermedad verdaderamente como una apoplejía serosa, y es sobre todo la que sobreviene en el curso de una hidropesia escarlatinosa.

El tratamiento de los hidrocefalos agudos no debe ser igual en todos los casos; pero la imposibilidad de distinguirlos de la meningitis simple ó tuberculosa conduce al práctico al uso de los remedios que convienen contra esta enfermedad. Sin embargo si aclara el diagnóstico la forma apopléctica, la coinci-

dencia de una hidropesía en las demás partes del cuerpo, el estado de la orina y los antecedentes, se verá claramente la necesidad de emplear en primer lugar las medicaciones que reclama regularmente la hidropesía escarlatinosa, es decir, los diaforéticos, los diuréticos y los purgantes hidragogos. La gravedad de los accidentes impondrá la obligación de obrar con energía y de añadir á los medios precedentes el uso de los revulsivos cutáneos muy activos, como los vejigatorios; y como la experiencia ha parecido demostrar que las emisiones sanguíneas son útiles aunque el hidrocéfalo no sea en realidad una afección primitivamente inflamatoria, deben emplearse las sangrías generales ó locales, según las circunstancias y aun á veces unas y otras.

§ H.

De la meningitis aguda tuberculosa.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Las lesiones mas importantes pertenecen á las meninges y á los ventriculos encefálicos.

La meninge parietal, es decir, la dura-madre doblada de su hoja serosa casi siempre está intacta. Su superficie interna es lisa y unida, libre de adherencias, exenta de inyección, en una palabra, tal como se halla en estado normal; en algunos casos su superficie participa de la sequedad y del estado pringoso que indicaremos pronto en la hoja visceral de la aracnoidea. Los senos venosos contenidos en la dura-madre se encuentran á menudo llenos de sangre con coágulos ó líquida; acumulación de sangre venosa que coincide regularmente con un cierto grado de inyección de los vasos de las meninges y de la sustancia nerviosa.

La acumulacion de un líquido seroso en la gran cavidad de la aracnoidea es bastante rara; sin embargo se la encuentra algunas veces ya en la convexidad ya en la base del cráneo. Esta serosidad, en los mas de los casos, es pura y clara; en otros es turbia, blanquecina, y aun puriforme; algunas veces se encuentran en ella copos pseudo-membranosos ó bien falsas membranas flotantes, delgadas y que tienen mucha estension. En otros casos no hay serosidad ó se halla en muy poca cantidad; y entonces las falsas membranas, que nada separa de

las dos hojas serosas, contraen adherencias siempre blandas y débilmente organizadas á menos de que sean antiguas. Por fin, en los casos mucho mas comunes en que la cavidad de la aracnoidea está vacía, la superficie de esta membrana, en lugar de ser húmeda y resbaladiza, como en el estado sano, está seca y mas ó menos pegajosa.

Las lesiones mas considerables y mas características se hallan por lo regular en la pia-madre, lo que se explica perfectamente por su estructura esencialmente vascular. Para que no se escape ninguna de estas lesiones no debemos limitarnos á examinar la superficie del cerebro cubierta por esta meninge, porque las circunvoluciones que se hallan inmediatas ocultan á la vista las porciones de la pia-madre que por lo comun están mas alteradas. En primer lugar es preciso hacerse cargo de si hay inyección en los vasos visibles debajo de la aracnoidea, y si hay infiltración al nivel de los grandes espacios sub-aracnoidales de la base y de las anfractuosidades. Se examina si el líquido sub-aracnoideo ha dejado el puesto á concreciones plásticas cuya forma y naturaleza se estudia; y despues de concluido este exámen, para el cual no se necesita disección alguna, se incinde y se desgarrá la aracnoidea á lo largo de las cisuras de Silvio y de las anfractuosidades, de modo que se ponga en descubierto las partes profundas de la pia-madre que tapizan las superficies contiguas á las circunvoluciones: esta especie de disección debe estenderse á todo el cerebro, y es la sola que no deja desconocer nunca las alteraciones ocultas en la profundidad de las anfractuosidades, como lo están en ciertos casos las granulaciones.

La inyección sanguínea ocupa principalmente las ramificaciones venosas; en jeneral se halla tanto mas pronunciada cuanto mas pronto ha sobrevenido la muerte. Cuando la inflamación ha pasado del primer grado está caracterizada por la infiltración de una serosidad turbia y blanquecina y otras veces roja y sanguinolenta, ó bien por una cierta cantidad de pus algunas veces líquido, mas á menudo concreto, y que tiene el aspecto de una materia lardácea ó pseudo-membranosa, de un color blanco bajo ó verdoso. Estos diferentes productos de una plasticidad mórbosa se encuentran sobre todo en los grandes espacios sub-aracnoidales, es decir, delante de los pedún-

dencia de una hidropesía en las demás partes del cuerpo, el estado de la orina y los antecedentes, se verá claramente la necesidad de emplear en primer lugar las medicaciones que reclama regularmente la hidropesía escarlatinosa, es decir, los diaforéticos, los diuréticos y los purgantes hidragogos. La gravedad de los accidentes impondrá la obligación de obrar con energía y de añadir á los medios precedentes el uso de los revulsivos cutáneos muy activos, como los vejigatorios; y como la experiencia ha parecido demostrar que las emisiones sanguíneas son útiles aunque el hidrocéfalo no sea en realidad una afección primitivamente inflamatoria, deben emplearse las sangrías generales ó locales, según las circunstancias y aun á veces unas y otras.

§ H.

De la meningitis aguda tuberculosa.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Las lesiones mas importantes pertenecen á las meninges y á los ventriculos encefálicos.

La meninje parietal, es decir, la dura-madre doblada de su hoja serosa casi siempre está intacta. Su superficie interna es lisa y unida, libre de adherencias, exenta de inyección, en una palabra, tal como se halla en estado normal; en algunos casos su superficie participa de la sequedad y del estado pringoso que indicaremos pronto en la hoja visceral de la aracnoidea. Los senos venosos contenidos en la dura-madre se encuentran á menudo llenos de sangre con coágulos ó líquida; acumulación de sangre venosa que coincide regularmente con un cierto grado de inyección de los vasos de las meninges y de la sustancia nerviosa.

La acumulacion de un líquido seroso en la gran cavidad de la aracnoidea es bastante rara; sin embargo se la encuentra algunas veces ya en la convexidad ya en la base del cráneo. Esta serosidad, en los mas de los casos, es pura y clara; en otros es turbia, blanquecina, y aun puriforme; algunas veces se encuentran en ella copos pseudo-membranosos ó bien falsas membranas flotantes, delgadas y que tienen mucha estension. En otros casos no hay serosidad ó se halla en muy poca cantidad; y entonces las falsas membranas, que nada separa de

las dos hojas serosas, contraen adherencias siempre blandas y débilmente organizadas á menos de que sean antiguas. Por fin, en los casos mucho mas comunes en que la cavidad de la aracnoidea está vacía, la superficie de esta membrana, en lugar de ser húmeda y resbaladiza, como en el estado sano, está seca y mas ó menos pegajosa.

Las lesiones mas considerables y mas características se hallan por lo regular en la pia-madre, lo que se explica perfectamente por su estructura esencialmente vascular. Para que no se escape ninguna de estas lesiones no debemos limitarnos á examinar la superficie del cerebro cubierta por esta meninje, porque las circunvoluciones que se hallan inmediatas ocultan á la vista las porciones de la pia-madre que por lo comun están mas alteradas. En primer lugar es preciso hacerse cargo de si hay inyección en los vasos visibles debajo de la aracnoidea, y si hay infiltración al nivel de los grandes espacios sub-aracnoidales de la base y de las anfractuosidades. Se examina si el líquido sub-aracnoideo ha dejado el puesto á concreciones plásticas cuya forma y naturaleza se estudia; y despues de concluido este exámen, para el cual no se necesita disección alguna, se incinde y se desgarrá la aracnoidea á lo largo de las cisuras de Silvio y de las anfractuosidades, de modo que se ponga en descubierto las partes profundas de la pia-madre que tapizan las superficies contiguas á las circunvoluciones: esta especie de disección debe estenderse á todo el cerebro, y es la sola que no deja desconocer nunca las alteraciones ocultas en la profundidad de las anfractuosidades, como lo están en ciertos casos las granulaciones.

La inyección sanguínea ocupa principalmente las ramificaciones venosas; en jeneral se halla tanto mas pronunciada cuanto mas pronto ha sobrevenido la muerte. Cuando la inflamación ha pasado del primer grado está caracterizada por la infiltración de una serosidad turbia y blanquecina y otras veces roja y sanguinolenta, ó bien por una cierta cantidad de pus algunas veces líquido, mas á menudo concreto, y que tiene el aspecto de una materia lardácea ó pseudo-membranosa, de un color blanco bajo ó verdoso. Estos diferentes productos de una plasticidad mórbosa se encuentran sobre todo en los grandes espacios sub-aracnoidales, es decir, delante de los pedún-

culos cerebrales, en toda la rejion que corresponde al plano inferior del tercer ventrículo, despues en las cisuras de Silvio, hácia atrás al rededor de los pedúnculos cerebrales siguiendo la hendedura de Bichat hasta á los tubérculos cuadrifémios, y en el vértice del cerebello. En la convexidad se les encuentra mas bien al nivel de las anfractuosidades que en el vértice de las circunvoluciones. El tejido propio de la pia-madre está engrosado, endurecido, en algun modo fibroso, pero quebradizo y sin elasticidad. La linfa plástica que se ha formado en sus mallas está dispuesta en forma de tramas ó de láminas mas ó menos anchas á lo largo de las arterias. Estas diferentes alteraciones se prolongan muy á menudo al rededor de la protuberancia ó aun del bulbo del raquis, algunas veces ocupan tambien la pia-madre del cerebello principalmente al nivel del cuarto ventrículo y al rededor de los pedúnculos del cerebello.

En el tejido de la pia-madre se forman las granulaciones que se encuentran en la mayor parte de las meningitis de los niños: las unas se hallan diseminadas en el espesor de la materia lardácea sub-aracnoidal, que las forma como una especie de ganga, y las otras se hallan aderidas á los filamentos céfalo-vasculares de la primera sin señales de inflamacion al rededor de ellas. Estas últimas representan las granulaciones miliars del pulmon y de las membranas serosas al rededor de las cuales nada indica el mas ligero grado de flogosis. A menudo se necesita una diseccion muy minuciosa y una inspeccion atenta para no desconocer su presencia, mayormente cuando son muy pequeñas y del mismo color que las partes contiguas: con frecuencia las hay que están mas adelantadas y tienen ya el volúmen de una cabeza de alfiler, opacas, blancas ó amarillentas, otras en fin son perfectamente semejantes á los tubérculos crudos y en ciertos casos nada es mas fácil que el apreciar una transicion insensible entre estos diferentes aspectos, que se refieren evidentemente á las fases sucesivas de la evolucion del tubérculo, tan bien conocidas en los demás órganos. Con respecto á su sitio en la pia-madre, unas se hallan esclusivamente en el entretejido de ella, otras desarrolladas en los puntos en qué esta membrana se halla en contacto con la aracnoídea, se adieren á esta, hacen cuerpo con ella y aun la levantan y le hacen formar relieve; al contrario,

en otros casos las granulaciones se hunden en la sustancia cerebral y la deprimen, y entonces pudiera creerse que han nacido en el mismo cerebro; pero si se advierte que se adieren siempre por algunos puntos de su periferie con la pia-madre, mayormente con las prolongaciones que esta envía al fondo de las anfractuosidades, no se puede equivocar su verdadero oríjen. Por fin hemos visto en algunos casos raros, verdaderas granulaciones miliars, semi-transparentes, cristalinas, análogas á las que se encuentran algunas veces en la superficie de las pleuras y del peritoneo, desarrolladas en la superficie interna de la aracnoídea, adiriéndose solamente con ella por uno de los puntos de su periferie. Creemos pues, al contrario de lo que han escrito los observadores mas modernos, que la pia-madre no es el sitio esclusivo, sino solamente el mas comun de las granulaciones menínjeas, pues que estas pueden desarrollarse en la superficie libre de la aracnoídea: no creemos habernos equivocado acerca esto tomando por estas granulaciones ciertas asperezas estremadamente pequeñas, confluentes, apenas visibles, pero muy apreciables y rugosas al tacto como la piel que se llama zapa, que se encuentran algunas veces en la superficie libre de la aracnoídea y mas á menudo aun en la membrana ventricular en sujetos afectados de meningitis crónica. Estas asperidades no tienen la menor analogía con las granulaciones tuberculosas, y constituyen una especie de inflamacion crónica que puede encontrarse en las membranas serosas cerebrales como en las del pecho y del abdomen, pues que hay pleuresías y peritonítides granulosas que no son tuberculosas. Las granulaciones tampoco pueden confundirse con las glándulas de Pacchioni, las cuales no se hallan sino en las inmediaciones de la grande cisura mediana, son siempre interiores á la grande cavidad de la aracnoídea, y se observan indiferentemente en los sujetos muertos de meningitis ó de cualquiera otra enfermedad. Las granulaciones tuberculosas son mas numerosas en la base, son sub-yacentes á la aracnoídea y no se observan sino en los sujetos tuberculosos, y por fin ván acompañadas de todos los demás señales de la meningitis que faltan en tantos casos en qué existen las glándulas de Pacchioni.

Despues de las alteraciones de la pia-madre, el elemento

anatómico mas importante de la meningitis es el derrame ventricular. Muchos autores le han atribuido la mayor importancia en la producción de los síntomas, y lo han considerado como el carácter esencial de la enfermedad; investigaciones mas recientes han probado que estas opiniones eran exajeradas; y efectivamente falta esta coleccion preternatural en muchas meningitides que han seguido una marcha regular; pues no puede admitirse la presencia real de aquella sino cuando se encuentran por lo menos en los ventrículos reunidas de onza y media á dos onzas de serosidad, y en algunos casos se han encontrado hasta tres onzas y media y aun mas. Las mas de las veces se halla en cantidad igual en ambos ventrículos y en casos mas raros en uno de ellos es mayor. El líquido en los mas de los casos lo es tanto y es tan claro como la serosidad en el estado normal; raras veces es sero-sanguinolento; pero bastante á menudo es un poco turbio y tiene en suspension filamentos ó copos blanquecinos que resultan del reblandecimiento de las paredes ventriculares y de las partes blancas centrales. En algunos casos mas raros la serosidad es lactescentes y purulenta como en los derrámenes de la pleura; se hallan copos de linfa plástica sin ninguna adherencia precipitados por su peso especifico en el fondo de la cavidad, ó bien adheridos á las paredes que presentan en el mismo punto una especie de erosion. Dejando aparte estos casos verdaderamente escepcionales y que hemos observado mas bien en las meningitides simples que en las tuberculosas, la superficie interna de las paredes de los ventrículos presenta su apariencia normal; de manera que la exalacion de la serosidad ha sido aumentada sin dejar lesion alguna apreciable de la membrana que tapiza las cavidades encefálicas, y apenas puede conocerse que es lijeramente mas gruesa y mas resistente que en el estado sano; y aun en los mas de los casos no protege, contra la accion emoliente del líquido, á la bóveda y cepto sobre que se estiende, pero en donde no tiene sino un lijero espesor.

Considerado con relacion á su volumen y á su disposicion. el cerebro presenta á menudo una exuberancia que dá á la dura-madre no incindida una tension muy sensible. Luego que esta se ha abierto, aquel forma hernia, y cuando se ha descubierto completamente la convexidad de los emisferos, ad-

mira el aplastamiento de las circunvoluciones que están amontonadas, apretadas unas con otras y parece que han desaparecido las anfractuosidades que hay entre sí, aplastamiento que prueba bien que el cerebro ha estado comprimido. Dos causas pueden ocasionar esta compresion, la una es el derrame ventricular, y la otra la turjescencia sanguínea que habia durante la vida; y como el derrame falta bastante á menudo, debemos entonces recurrir á la segunda causa para explicarla. Sin embargo esta conjestion de los vasos del cerebro que todo hace admitir durante la vida no deja siempre despues de la muerte señales evidentes. En muchos casos no hemos encontrado la picadura sanguínea de la sustancia blanca, ni la rubicundez surcada de la sustancia gris, que anuncian el primer grado de la inflamacion. Se comprende bastante bien este resultado considerando que en este caso la enfermedad primitiva es la de las meninges. La conjestion cerebral es consecutiva á ella, y desde entonces no modifica la vitalidad de los vasos tan profundamente como si era primitiva. Todo se reduce al paso de una grande cantidad de sangre al través de los vasos de la sustancia nerviosa; hay simple aumento, mas bien que perversion, de la circulacion capilar, y desde que ha acabado la vida, habiendo desaparecido la irritabilidad morbosa, la contractilidad de los pequeños vasos que, como es sabido, persiste algun tiempo despues de la muerte, es todavia bastante poderosa para arrojar la sangre á las venas de cierto calibre: entonces la acumulacion de la sangre en los vasos exteriores del cerebro ó aun en los senos, es el único señal, que se encuentra en la autopsia, de una hiperemia que durante la vida se hallaba en el sistema capilar. Sin embargo en muchos casos se conocí la conjestion cerebral despues de la muerte por la inyección de la sustancia nerviosa; pero es muy raro el encontrar en ella lesiones mas profundas que esta hiperemia, sino es en la sustancia cortical del cerebro, la cual, en los puntos en que se halla sub-yacente á pedazos de meninges gravemente alteradas, presenta una rubicundez viva y un reblandecimiento muy marcado en términos que no puede levantarse la membrana sin que arrastre una capa de sustancia gris de media á una ó una y media líneas de grosor. En los puntos en que la meninge alterada está en contacto con la sus-

tancia blanca, como por ejemplo en la protuberancia y al redor de los pedúnculos, se puede levantar mas fácilmente sin arrastrar la sustancia sub-yacente menos dispuesta á reblandecerse que la gris.

En general, el núcleo central de los emisferios, es decir, el centro oval de Vieussens, el cuerpo estriado y el tálamo óptico no presentan en su espesor coloracion anormal ni disminucion de consistencia. No puede decirse lo mismo del triángulo cerebral, del septo lúcido, y de toda la capa de sustancia blanca ó parduzca que tapiza la cavidad de los ventrículos. Todas estas partes, y en particular las primeras, presentan en mas de la mitad de los casos un reblandecimiento blanco cremoso, á menudo en tal grado que su sustancia cae en porciones, y en copos semi-líquidos que enturbian la serosidad cerebral. Este reblandecimiento, cuyo valor patológico ha sido exagerado muchas veces y en particular por Abercrombie que forma de él una variedad de la encefalitis, casi siempre nos ha dado la idea de un resultado puramente cadavérico: casi nunca se le encuentra sin que los ventrículos contengan una cierta cantidad de serosidad: y si bien seria temeridad el afirmar que este reblandecimiento no es mas que un efecto de una maceracion cadavérica, con todo es muy cierto que, si se produce durante la vida y resulta de una alteracion patológica, no ocasiona modificacion alguna notable en la reunion de los síntomas; pues se encuentran meninjitides sin reblandecimiento perfectamente semejantes á otras que lo presentan. Ténganse sin embargo presentes los casos escepcionales de que hemos hablado en el párrafo anterior.

Hemos dicho que entre las granulaciones meníngeas á menudo se encuentran algunas bastante adelantadas para representar verdaderos tubérculos, y aun algunas veces estos tienen un volumen considerable y forman pequeñas masas por su acumulacion. En muchos casos se encuentran tambien tubérculos en la sustancia cerebral ó bien grandes masas de la misma naturaleza que, desarrolladas primitivamente en las meninges, se han huido en la sustancia nerviosa que los rodea casi de todas partes y parecen haberse desarrollado en su espesor. Mas adelante describiremos con mayor estension los tubérculos encefálicos.

En los sujetos que mueran á causa de una meninjitide tuberculosa se encuentran casi siempre lesiones de la misma naturaleza en el pecho y abdomen; las cuales en los mas de los casos se hallan todavia poco adelantadas y aun á menudo en estado de granulaciones miliars; siendo los órganos en que se encuentran con mayor frecuencia los ganglios bronquiales, los pulmones, los ganglios mesentéricos, las pleuras y la membrana serosa abdominal. Su coincidencia con las granulaciones en las meninges es un indicio de los mejores acerca la naturaleza de estas, difícil de determinar en ciertos casos en que son poco numerosas y se hallan todavia en estado naciente.

La naturaleza de la meninjitide tuberculosa es pues tan conocida como la de las pleuresías y peritonitides tuberculosas. La diferencia esencial entre estas enfermedades consiste en que la localizacion de la afeccion jeneral que las produce se efectúa mas á menudo de una manera sorda y latente en la pleura y en el peritoneo, al paso que en las meninges se desarrolla una inflamacion muy intensa; y asi esta meninjitide es mucho mas aguda que las pleuresías y peritonitides tuberculosas; siendo infinitamente mas raro el encontrar granulaciones no acompañadas de flógosis en las meninges que en los demás órganos. Estas consideraciones nos conducen á establecer que en la meninjitide tuberculosa la inflamacion tiene una parte mucho mayor en los síntomas y marcha del mal que en las tises torácicas y abdominales, lo que es lo único que puede servir de base á las indicaciones racionales que reclama su tratamiento.

CAUSAS. Son de dos especies: las unas son lejanas y tienen por efecto primitivo la diátesis tuberculosa, y son todas las que hemos descrito en la página 137, y las otras obran directamente en los centros nerviosos, y ocasionan la localizacion de la enfermedad jeneral en estos órganos, al mismo tiempo que favorecen el desarrollo de la flógosis concomitante.

Todos los sujetos en quienes se desarrolla esta enfermedad deben pues considerarse como previamente afectos por la caquexia tuberculosa á un grado variable; y su localizacion en el sistema nervioso, cuando es prematura y se halla en un grado mas adelantado que en los demás órganos, se esplica por ciertas causas fisiológicas ó accidentales que modifican el estado de este sistema y lo predisponen á esta localizacion, y

que son mas enérgicas en la infancia. Entre las fisiológicas deben contarse la energía funcional y la grande actividad nutritiva del cerebro en esta época, la exalacion serosa que parece tambien en ella mas activa, la naturaleza eminentemente vascular de la pia-madre, que es mayor en la niñez, y que favorece tanto á la produccion de los tubérculos como á la de la llogosis, la escitabilidad mayor de los centros nerviosos y su vascularidad. Por estas condiciones y por la frecuencia de las enfermedades tuberculosas en los niños se esplica el porqué es mas frecuente en ellos la meningitis tuberculosa, que se padece tambien sin embargo en la juventud y en la edad media en algunos casos que son raros; y su mayor frecuencia se nota de los 5 á 11 años, lo que corresponde á lo que dijimos acerca las afecciones tuberculosas en jeneral; sin embargo debe notarse que la meningitis tiene mayor tendencia á desarrollarse en los niños mas jóvenes, al paso que la tisis abdominal pertenece un poco mas especialmente al período medio de la infancia, y la torácica al último. En 109 casos de meningitis tuberculosa que hemos recojido comprendiendo en ellos nuestras observaciones y otras de diferentes autores, corresponden 44 á niños de 5 años; 43 al período de 5 á 10, y 22 al de 10 á 15.

Lo mismo que las demás afecciones tuberculosas, y como las enfermedades cerebrales en jeneral, la que nos ocupa parece mas frecuente en los niños; pero no se halla todavía esto bien probado por datos estadísticos, siendo empero muy presumible en vista de los que se han recojido. En los mas de los enfermos de ella se nota el temperamento linfático y una constitucion primitivamente débil, propios para predisponer á la caquexia, y además debe admitirse tambien que un temperamento nervioso y una sobre-escitabilidad nerviosa habitual favorecen, en los sujetos predispuestos á la enfermedad tuberculosa, su localizacion en el aparato de la inervacion. Con respecto á la influencia hereditaria nada debe añadirse á lo que tenemos dicho acerca de ella al tratar de la caquexia tuberculosa y de las convulsiones. Por fin creemos, con M. Guersent, que las estaciones que mas favorecen al desarrollo de la meningitis tuberculosa son la primavera y el verano.

Solo en casos raros puede admitirse la influencia de las causas traumáticas en la produccion de esta enfermedad; la de la

insolacion es tal vez un poco mas frecuente pero solamente obra como causa ocasional, pues si obraba sola con bastante energía para desarrollar una meningitis, esta no seria tuberculosa. La deftercion laboriosa, la diacrisis verminosa y las mas de las enfermedades abdominales raras veces ocasionan la meningitis; y si bien es verdad que bastante á menudo sobreviene esta en ciertos niños afectados de una enfermedad crónica esterna ó interna, ó recientemente de calenturas exantemáticas, de erupciones herpéticas, ó de una coqueluche rebelde, es porque estas enfermedades ó bien son de naturaleza tuberculosa ó han contribuido á la produccion de la caquexia que despues se localiza en el cerebro por las causas que hemos indicado. Sin embargo, como en ciertas circunstancias estas afecciones ejercen una accion directa en los centros nerviosos y desarrollan en ellos conjestiones é inflamaciones simples, no debe dudarse que pueden tambien ocasionar en algunos casos la meningitis tuberculosa.

SÍNTOMAS. En los mas de los casos la invasion de la enfermedad es bien marcada y rápida; en algunos la preceden fenómenos crónicos, en vista de los cuales puede sospecharse que hay desde mucho tiempo lesiones tuberculosas que no han irritado enérgicamente la accion del encéfalo. Si estas lesiones son considerables pero circunscritas en una sola rejion lateral del cerebro, pueden ocasionar síntomas bastante bien caracterizados que describiremos mas adelante; y al contrario, si se hallan diseminadas en muchos puntos de las meninges ó de los centros nerviosos, sus efectos son mas jenerales, y son comunmente una cefalalja mas ó menos continua y regular, un estado gradualmente creciente de apatía y de somnolencia, un delirio sordo, etc., siendo raro que á ellos no siga al cabo de algunos dias una meningitis aguda y que ocasionen la muerte sin tomar su forma crónica. Como quiera que sea, hayan ó no precedido estos síntomas á la invasion de la meningitis, esta se caracteriza por tres accidentes que son la cefalalja, regularmente frontal y que solo algunos enfermos la han aquejado en el vértice de la cabeza, ó en sus rejiones posterior ó temporales, siendo continua, con exacerbaciones de corta duracion que arrancan quejidos ó gritos á los enfermos; los vómitos, que casi nunca faltan y varian mucho con respecto á su

cantidad y calidades, siendo á veces de materias alimenticias ó bebidas cuando se efectúan luego despues de su injeccion, en otras de materiales mucoso-biliosos, y en otras de moco ó de bilis pura; y la constipacion, que es tal vez aun mas constante que los vómitos, y que solo en rarísimos casos se ha visto substituida por una diarrea producida por una desorganizacion tuberculosa de los intestinos; que es la sola circunstancia que parece puede oponerse á la constipacion, y aun no en todos los casos en que existe. A estos tres síntomas esenciales se añaden siempre algunos otros mas ó menos característicos. El niño á ratos se halla ajitado y en otros está abatido y propenso á dormir, y aun empieza á delirar en este período; está irritable; los movimientos que se les imprimen parecen aumentar la cefalalja; dá gritos agudos que no pueden explicarse sino por un padecimiento interior, y cuyo carácter especial los ha hecho llamar por M. Coindet gritos *hidrencefálicos*: algunas veces hay rechinamiento de dientes, algunos movimientos convulsivos en los músculos de la cara y estrabismo; la cara está turjesciente y presenta alternativas de palidez y de rubicundez; con estas variaciones coinciden á menudo las exacerbaciones de la cefalalja. La retina se halla muy sensible á la impresion de la luz; las pupilas, ora dilatadas, ora contraidas, se hallan ajitadas por osilaciones; los párpados están cerrados, y cuando se les quiere apartar el enfermo los contrae con fuerza; el oido á menudo parece mas sensible que en el estado normal, de modo que un ruido un poco fuerte incomoda visiblemente al enfermo; la sensibilidad cutánea está aumentada, algunas veces hasta tal punto que el menor contacto parece doloroso, y el pellizco de la piel insoportable. A este estado con frecuencia prede atribuirse el dolor que ocasiona la presion en el epigastrio y en todo el abdomen, y que sin embargo puede ser real y depender, como los vómitos, de una lesion especial de inervacion: siempre es un síntoma equívoco cuando la sensibilidad de la piel está aumentada, y es muy insuficiente para probar la existencia de una gastritis como creen los Broussistas. El vientre en jeneral está flojo y retraido, pero puede hallarse en condiciones opuestas cuando el niño padece una tisis abdominal. Siempre hay anorexia, un poco de sed, y la lengua por lo comun no está encendida ni seca.

La frecuencia del pulso es casi constante, y á menudo presenta ya alguna irregularidad, como tambien la respiracion. La piel está mas caliente que en el estado normal y algunas veces hay epistaxis.

En el 2.º período desaparecen algunos de los síntomas que acabamos de enumerar; pero la mayor parte persisten aunque se modifican, y para examinarlos mas completamente hablaremos sucesivamente de todas las funciones.

Los desórdenes de la intelijencia son casi siempre apreciables aun en los niños muy pequeños, en los cuales no puede conocerse un verdadero delirio, pero, si se observan debidamente y se ha estudiado el grado de intelijencia que en el estado normal tienen los niños en las diferentes épocas de la infancia, puede conocerse siempre, aun antes de dos años, que la atencion y la percepcion, que son las facultades fundamentales de la intelijencia, se hallan mas ó menos desarregladas; pero debe tenerse cuidado en no atribuir á una enfermedad un efecto pasajero de la cólera ó de una irritabilidad moral. El delirio, que se manifiesta ya en el primer período mayormente durante la noche, y que algunas veces es el primer síntoma del mal, en jeneral se aumenta durante algunos dias, casi siempre es tranquilo análogo á los desvarios ó ensueños mezclados de palabras inconsecuentes mal articuladas y de una especie de musitacion; raras veces es furioso ni acompañado de gritos ni movimientos violentos, y casi nunca hay precision de sujetar á los enfermos: se nota menos locuacidad que en el delirio que se observa en muchas otras enfermedades y aun en la misma calentura tifóidea en ciertos casos. Esta forma de delirio no es especial á las meningitides de la base, como lo han creido Parent y Martinet; se le encuentra en muchos casos en que se hallan despues las falsas membranas en la convexidad, y es debida á la marcha bastante á menudo sub-aguda de la meningitis tuberculosa, ó mas bien quizás á que, en los niños, muchas de las facultades intelectuales, y notablemente la imaginacion, se hallan todavia poco ó nada desarrolladas. « Sin ser nunca continuo, dice M. Piet, el delirio alterna desde el principio con el coma. Escepto en los últimos dias ó en las últimas horas, se puede apartar fácilmente al enfermo de este estado que compara Odier á esa especie de entorpeci-

miento que se experimenta en la madrugada cuando uno ha dormido bien, y aun se quisiera dormir mas y lo impide alguna causa exterior. Cuando se le pregunta, contesta al caso, pero siempre con pocas palabras, cuyo tono no es áspero como lo es en las tifoideas porque fruncen la raiz de la nariz. Saca la lengua cuando se le ordena, y algunas veces parece que se la olvida fuera de la boca; pide el mismo satisfacer sus necesidades, y luego cae otra vez en su desvarío. A menudo la calma es tan completa y la espresion de la fisonomía tan tranquila que no pudiera creerse la inminencia de la muerte. » Los gritos hidrocéfálicos constituyen uno de los caracteres propios de este delirio; no dependen esclusivamente del hidrocéfalo, pues se observan en las meningitides sin derrame, y es muy difícil el determinar su naturaleza: algunas veces parecen ocasionados por punzadas dolorosas en la cabeza; en otras aparecen sin causa aparente en medio de la calma mas completa, y en el mismo momento en que el enfermo dice que no siente mal alguno. Entonces parecen resultar de una verdadera aberracion del entendimiento y de la voluntad: agudos en el principio, arrastrados ó tardos parecen salir de la cabeza, como se dice, y como rempujados á intervalos acaban con un murmullo sordo ó confuso ó se detienen repentinamente quedando el enfermo comatoso. Violentos y repetidos en los primeros días, se van disminuyendo y desaparecen á medida que se aumenta el sopor. Tales son los caracteres del delirio que se va disminuyendo á medida que á la somnolencia sigue el sopor, y á este un estado comatoso y carótico. En algunos casos poco numerosos falta el delirio en todos los períodos del mal, que empieza ya con el coma.

Las lesiones de la sensibilidad son aun mas constantes que las de la inteligencia, y pueden conocerse con mayor facilidad. La sensibilidad cutánea se vuelve mayor que en el 1.º período, en el principio del 2.º; y luego se va disminuyendo poco á poco. El enfermo casi no se queja mas de cefalalgia, sea que haya desaparecido realmente, sea que la perturbacion de las ideas se oponga á que el niño pueda manifestar bien sus sufrimientos. Hay diferentes lesiones del aparato ocular que pueden atribuirse á la irritacion jeneral de las partes del cerebro que presiden á la vision y á los movimientos del ojo;

pero tambien á menudo á que las porciones de la meninje contiguas á los nervios ópticos y á sus inmediaciones ó bien á los del 3.º 4.º 5.º ó 6.º pares, están inflamadas y engrosadas al rededor de estos nervios. Asi hay la irritabilidad de la retina, que es grande en el principio y disminuye á medida que, á la agitacion y al delirio, sigue el coma; dilatacion ó contraccion de las pupilas iguales ó desiguales en los dos ojos; á menudo hay estrabismo converjente de ambos ojos ó de uno solo, y mas raramente estrabismo hácia afuera; los párpados están medio cerrados y se contraen cuando se les quiere apartar y puede haber en un lado parálisis del elevador que obra todavía en el otro. El oido, regularmente exaltado durante el 1.º y 2.º períodos, las mas de las veces se conserva hasta la muerte. Por lo que toca al estado del gusto y del olfato, es difícil de apreciarlo.

Entre las lesiones de movimiento hemos hablado ya de las de los músculos de los ojos: en el resto del cuerpo se notan con frecuencia verdaderas convulsiones que suelen ser parciales y casi nunca generales y se encuentran con preferencia en los niños muy pequeños. Las contracturas son mas frecuentes que las convulsiones clónicas, y no pueden atribuirse á los reblandecimientos cerebrales: algunas veces ocupan los músculos del tronco y ocasionan el renversamiento de este ó la rijidez de la coluna vertebral; y en este caso, si son permanentes, indican regularmente que la inflamacion se ha estendido á la médula espinal y á sus membranas; se notan con preferencia en los miembros y mas bien en los superiores que en los inferiores, y consisten en una rijidez fija de una ó muchas articulaciones en la posicion de semi-flexion, y no deben confundirse con la resistencia voluntaria que opone el enfermo á los movimientos que se quieren imprimir á sus miembros. Pertenecen al 2.º período, se prolongan hasta el 3.º, y las sigue pronto la resolucion ó por lo menos alterna con ellas.

La *facies*, ya notable en el primer período, se hace mas característica en el 2.º Hemos hablado de las rubicundeces momentáneas que reemplazan, espontáneamente ó bajo la influencia de una escitacion cualquiera, la palidez habitual de la cara: esta se asemeja á la de una figura de cera por el color y por la inmovilidad y la falta de espresion de la fisono-

mía. Se nota una desviación permanente de la boca ó de la lengua; todo se reduce en los mas de los casos á algunos movimientos convulsivos de uno ó muchos músculos que producen algunos jestos pasajeros. Casi todos los enfermos hacen movimientos como si mascasen, y algun rechinar de dientes; y aun en algunos casos se observan fenómenos de trismus. En cuanto al decúbito, varia en los primeros dias; pero luego que se disminuye la agitación el enfermo muda con ménos frecuencia de posición en la cama, y se pone con preferencia de lado con las piernas y muslos en flexión, los brazos apretados contra el pecho, los codos en flexión y las manos aproximadas frente el estómago, cerca del menton, como cuando uno tiene frio. Cuando la enfermedad está mas adelantada y ya existen el coma y la resolución de los miembros, el decúbito regularmente es dorsal.

Es muy importante el conocer el estado del pulso, que nunca es normal en la meningitis aguda. En los mas de los casos es frecuente en el principio, luego se vuelve lento, y mas tarde se acelera de nuevo; en algunos solo es frecuente en el principio durante muy poco tiempo, y se retarda antes que los demás síntomas anuncien el 2.º período. El carácter del pulso que importa mas conocer es la irregularidad, que se conoce de muchas maneras, á saber, en qué de una hora á la otra se encuentra en el espacio de un minuto un número de pulsaciones á menudo muy desigual, y tambien en qué en cien pulsaciones seguidas las unas se suceden rápidamente y las otras con lentitud, y por fin á menudo en qué hay intermitencias. La misma irregularidad se manifiesta con respecto á la fuerza de las pulsaciones comparadas entre si, ya en el mismo instante ya en las diferentes horas del dia. El calor de la piel es muy variable y raras veces es continuo: á ratos se vuelve muy sensible y hay exacerbaciones febriles que en jeneral corresponden á los crecimientos de los síntomas cerebrales. Despues de estos paroxismos la piel se vuelve á menudo menos caliente que en el estado normal; entonces los enfermos parecen tener frio y se envuelven con las cubiertas de la cama como para calentarse. La respiración no es menos irregular que la circulación; habitualmente es mas lenta que en el estado normal, pero á ratos se acelera sin causa aprecia-

ble y se eleva de 16 ó 20 á 30 ó 40 dilataciones del pecho por minuto; estas ampliaciones son desiguales, las unas cortas é incompletas, las otras largas y profundas, á menudo entrecortadas por suspiros, y casi singultuosas. Con mucha frecuencia no hay relacion alguna entre las irregularidades de la respiración y las del pulso.

Los vómitos cesan regularmente en el 2.º período; la constipación al contrario persiste y aun se resiste algunas veces hasta á lo último á los purgantes mas enérgicos. En los casos en qué una enfermedad crónica ha desorganizado una parte de los intestinos, la diarrea, al principio suprimida, reaparece hácia el fin; y las evacuaciones se hacen algunas veces involuntarias. Por otra parte, en los casos simples, la palpación del abdómen, y el estado de la lengua, que nada presentan de particular, y la sed poco intensa, prueban que no se halla inflamado el tubo digestivo; y si algunas veces la lengua y los labios están secos y aun fuliginosos, es cuando la boca permanece habitualmente abierta y no se cuida de hacer beber á los enfermos: la misma causa y tal vez una falta de exalación de la mucosa pituitaria producen el aspecto pulverulento de las narices. La deglución, que se efectúa bien durante los dos primeros períodos, se vuelve mas difícil en el último, y algunas veces se arrojan los líquidos en parte por la nariz. En cuanto á las orinas, numerosas observaciones no han confirmado el aserto de M. Coindet que pretende que son micáceas: son bastante raras y á menudo sedimentosas; y hácia el fin de la vida su emisión se hace involuntaria, y de ahí depende el olor urinoso que arrojan los enfermos. Esta evacuación casi nunca se efectúa por rebosadura en los niños, al paso que en los adultos es casi siempre el efecto de la retención.

Los síntomas del 3.º período anuncian la abolición casi completa de la inteligencia, la disminución de la sensibilidad y la debilidad de la potencia locomotriz; y así se ha llamado *período de coma, de colapso y de resolución*. Desaparece el delirio y nada puede sacar al enfermo del profundo coma en qué se halla; y cuando se le pincha ó pellizca, apenas dá algun señal de sensibilidad ni tiene voluntad y fuerza para retirar el miembro que se somete á estas impresiones dolorosas; la vision está muy debilitada y aun abolida; la pupila, á menudo

muy dilatada, permanece inmóvil; hay desviacion de los globos del ojo mas ó menos permanente; los párpados separados dejan en descubierto la parte inferior de la córnea que se empaña, se cubre de una capa mucosa ó se ulcera; el oído se conserva mas que la vista como hemos dicho; las contracturas alternan con la resolucion de uno ó muchos miembros; á ratos se hace mas enérgica la irradiacion cerebro-muscular y produce algunas veces convulsiones parciales y jenerales, siendo raras las últimas, y cuando sobrevienen á menudo ocasionan súbitamente la muerte en una época en qué parece que el niño debía vivir aun algunas horas ó dias; en muchos casos se debilitan y se pierden poco á poco las fuerzas musculares, y los cuatro miembros se hallan en una resolucion completa; la respiracion se va volviendo mas irregular, lenta, congojosa y estertorosa; el pulso, apenas sensible, tiene una frecuencia estremada; sobrevienen sudores parciales frios en diferentes partes del cuerpo; la fisonomía varia considerablemente; el marasmo es estremado aun en los sujetos que no se hallaban debilitados antes de la invasion de la enfermedad, habiendo durado esta sino algunos dias; y por fin cesa la vida por esta estincion gradual de todas las funciones.

La DURACION de la meningitis aguda varia mucho: de 165 casos que hemos reunido con las observaciones de los Señores Green, Becquerel y las nuestras, en 40 ha terminado al 8.º dia, en 69 al 15.º en 46 al 21.º, y en 10 despues de esta época. Se vé pues que la duracion, considerada de una manera jeneral, ofrece grandes variaciones. Los tres períodos, considerados aisladamente, presentan tambien diferencias notables segun los casos: á veces el 1.º dura un dia y en otras pasa de 10 y aun de 15; en otras el 2.º pasa casi inapercibido, al delirio y los vómitos siguen el coma, y la parálisis, y apenas se nota durante algunas horas la lentitud del pulso; y por fin aun el 3.º puede faltar ó ser escesivamente corto, pudiendo ocasionar la muerte las convulsiones ó una resolucion repentina algunas horas ó algunos momentos despues de que todos los demás síntomas hacian pensar que la enfermedad solo se hallaba en el 2.º período. No debe pues exajerarse la importancia de la division que hemos admitido, porque no es aplicable sino á la pluralidad y no á la universalidad de los casos.

En resúmen podemos decir que la MARCHA de esta enfermedad bastante á menudo es aguda y con mayor frecuencia aun sub-aguda, como lo son, en jeneral, las flegmasias que dependen de la caquexia tuberculosa. En algunos casos es mucho mas lenta, y la meningitis puede considerarse como crónica; y de ella hablaremos mas adelante. Por fin, debe admitirse con M. Guersent que, en muchísimos casos, la meningitis tuberculosa se compone de dos períodos principales; uno primitivo crónico, y otro agudo que casi siempre es secundario. Cuando es asi, puede establecerse que las granulaciones tuberculosas han precedido á las lesiones flojísticas del estado agudo, y que este no se ha declarado hasta que, habiéndose hecho mas numerosas, han ocasionado aquellas una irritacion mas fuerte y mas estensa en las meninges. Hay otros casos en que se desarrolla de pronto una flogosis muy aguda, apesar de qué solo hay algunos tubérculos incipientes en el encéfalo.

DIAGNÓSTICO. Este es seguramente el punto mas difícil y mas obscuro de la historia de la meningitis: tiene poca importancia cuando se trata de distinguirla de otras enfermedades cuyo tratamiento debe ser idéntico; pero nada mas esencial, por las razones que son fáciles de conocer, que su distincion de las enfermedades que reclaman un tratamiento opuesto. De esto se deduce que cuando está bien manifestada una inflamacion cerebro-espinal no es indispensable el conocer si es una simple encefalitis, una meningitis, ó bien si coinciden á un mismo tiempo estas dos afecciones, pues en todos estos casos el tratamiento es á poca diferencia igual: y al contrario importa mucho el conocer una meningitis cuando existe sola ó acompañada de otra afeccion, asi como es peligroso el creer que existe cuando es simulada por cierta enfermedad que en realidad es muy diferente, pues que el tratamiento de aquella seria casi inevitablemente perjudicial ó por lo menos incompleto. Hablamos de la calentura tifoidea que durante mucho tiempo se ha confundido con la meningitis y cuyos caracteres distintivos hemos indicado en la páj. 329. Con respecto á su confusion con una inflamacion gástrica, á lo que han dado lugar los vómitos y la epigastraljia que se notan en ella, se distinguirán tambien perfectamente teniendo presentes los caracteres propios de las flegmasias gastro-intestinales. (V. la páj.

250.) Relativamente á la distincion de la meningitis simple de la que es tuberculosa, será fácil cuando se manifiestan los síntomas de esta caquexia; pero no siempre es así, pues que, cuando estos no se presentan porque aquella está poco adelantada ó se ha hallado completamente latente hasta el momento de la invasion de la meningitis, es difícil decidir á cual de estas dos clases pertenece, pues no se diferencia con respecto á los síntomas inflamatorios, y si bien es verdad que son mas comunes en la tuberculosa una marcha sub-aguda y una duracion mayor, como la simple puede marchar tambien con lentitud y durar mucho tiempo; esta diferencia solo puede hacer concebir probabilidades y no una certeza absoluta, mayormente en el principio del mal. Por fortuna solo influye esta distincion con respecto al pronóstico; pues el tratamiento es igual, salvas las indicaciones que puede reclamar la caquexia tuberculosa cuando es manifiesta. Todas las variedades del hidrocéfalo agudo se distinguen de la meningitis por la marcha rápida de los síntomas y porque presentan una forma grave desde el principio; así como en la meningitis los síntomas van manifestándose gradualmente y haciéndose mas caracterizados, y su duracion es mas larga. Entre las neuroses idiopáticas, la mayor parte se diferencian bien de la meningitis aguda pues las unas son intermitentes, como la epilepsia, el histerismo y las convulsiones en muchos casos, y basta este carácter para diferenciarlas de una afeccion esencialmente inflamatoria; otras, como la corea, constituyen una lesion limitada de la locomocion, carácter que no presenta la meningitis que, sino en el principio, por lo menos en el 2.º período, compromete la sensibilidad, la inteligencia y la movilidad; otras, como la eclampsia, cuando aparecen por primera vez y todavía no puede conocerse su intermitencia, principian tumultuariamente y con síntomas inmediatamente graves, lo que no sucede en la meningitis; por fin estas neuroses, en jeneral, no son febriles, al paso que la meningitis siempre vá acompañada de calentura.

A mas de estas enfermedades se nota á veces un estado nervioso, ora simpático, ora idiopático, que simula casi completamente la meningitis y al cual, en razon de esta semejanza, pudiera llamarse *pseudo-meningitis*. Si se juzgara por los sín-

tomos, se creeria que existe una verdadera meningitis; y sin embargo la anatomía patológica manifiesta bien que no es así, pues que no se encuentra lesion alguna apreciable en los centros nerviosos ni en las membranas que los cubren. Este estado nervioso existe frecuentemente como complicacion de diferentes enfermedades jenerales, como las calenturas tifoideas y eruptivas, y aun de las que se consideran habitualmente como locales, como lo hemos visto al tratar de la pneumonia y de muchas otras. El diagnóstico ofrece entonces grandes dificultades, porque muchos de los síntomas jenerales que caracterizan una meningitis idiopática pueden atribuirse á la enfermedad primitiva, y no se puede conocer si existe ó no una flogosis encefálica. Lo mismo se observa todos los dias en los casos de infeccion purulenta. La distincion se funda, en estos casos, en el estudio de la influencia de los accidentes cerebrales en la marcha y síntomas de los diferentes elementos que por su reunion constituyen las afecciones jenerales, ó de las enfermedades locales que complican; y así mismo, estudiando los efectos probables de estas afecciones jenerales ó locales mientras promueven las simpatías del cerebro y los que procuran los primeros medios terapéuticos que se han tanteado, se conseguirá mas fácilmente esta distincion que es muy importante para la práctica, porque así como debe combatirse la meningitis, con un tratamiento enérgico, la pseudo-meningitis, con tal que se combata oportunamente la enfermedad principal, solo reclama una medicacion espectante y antiespasmódica. Así en la calentura tifoidea, por ejemplo, se nota que la pseudo-meningitis, que se manifiesta despues de haberse notado los síntomas característicos del elemento abdominal, que constituye la esencia del mal, si así puede decirse, y los del elemento catarral de los bronquios, no modifica nunca tan profundamente la marcha y los efectos de estos elementos como lo hace la meningitis; así, cuando no hay mas que pseudo-meningitis, la diarrea, el calor y meteorismo del abdomen no se suprimen ni se modifican mucho, y se vé bien que la inflamacion de qué dependen no se ha disminuido bajo la influencia de los accidentes cerebrales; pero si hay una verdadera meningitis, esta ocasiona una derivacion poderosa con relacion á los demás elementos de la calentura tifoidea, se

pierden sus síntomas, la inflamacion intestinal se halla en gran parte destruida por la del encéfalo, y la actividad vital se concentra patológicamente en el órgano cuya lesion se ha vuelto preponderante. Una interpretacion análoga se presenta con respecto á las demás enfermedades jenerales; y relativamente á las locales debe tenerse presente que, cuando sobreviene una verdadera meninjitis durante el curso de una pneumonia, gastro-enteritis, etc., los síntomas de estas flegmasias suspenden su marcha y aun desaparecen completamente mientras progresa aquella; y por consiguiente cuando los accidentes cerebrales, por graves que sean, no modifican á estas flegmasias, deben aquellos atribuirse á una simple pseudo-meninjitis.

En otros casos mucho mas raros, se notan los síntomas y la marcha de una meninjitis sin que el enfermo padezca otra afeccion, y sin embargo no se encuentra vestigio alguno de aquella en los órganos de los sujetos que sucumben á causa de esta pseudo-meninjitis idiopática que debe considerarse como una neurosis, ó si se quiere, como una *calentura nervosa, cerebral ó frénitica*, como la llamaban los antiguos; siendo preciso confesar que es sumamente difícil su distincion de la verdadera meninjitis, no solamente en su principio, sino tambien durante todo su curso cuando su marcha presenta una cierta regularidad análoga á la de esta. El diagnóstico será menos difícil cuando hay mucha irregularidad y síntomas atáxicos; pero como no pueden conocerse bien estos caracteres sino despues de algunos dias de observacion, será aquel necesariamente tardío. Si la calentura cerebral empieza por un acceso de eclampsia, esta circunstancia sirve mucho para el diagnóstico, porque rarísimas son las veces en qué la meninjitis principia de esta manera. Es sumamente importante la distincion de la enfermedad en tales casos, por los cuales se conoce bien la necesidad de conservar en el cuadro nosológico á las *calenturas cerebrales esenciales*; pues que si despues de un acceso de eclampsia aparece un estado nervioso, que es seguramente un efecto de la conmocion que ha experimentado el sistema nervioso ó un indicio de qué no ha acabado su accion la causa de la eclampsia, y se le considera como una meninjitis incipiente empleándose por consiguiente el tratamiento antifofojístico, el estado nervioso se agrava, se exalta la sensibilidad patológica

de los centros nerviosos, y reaparecen precisamente los accidentes que se han manifestado al principio ú otros análogos bajo la influencia de aquella medicacion; siendo bastante probable que si se combatía el estado nervioso con los antiespasmódicos, los sedativos, los revulsivos y aun algunas veces con los tónicos, se conseguirian mejores efectos. La causa de este error, que es tan fácil de cometerse en este caso, viene en parte de qué á la eclampsia sigue á veces un estado febril que, al parecer, debe atribuirse á una afeccion inflamatoria, y que sin embargo no es mas que una calentura nerviosa que debe tratarse con los medios propios contra esta; pues la agravarian necesariamente los antifofojísticos. Solo debe considerarse como inflamatorio este estado febril cuando la eclampsia es tambien inflamatoria. Debe tenerse presente que cuando la causa, á menudo ignorada é inapreciable, de la eclampsia no ha agotado su accion por la produccion de las convulsiones, si es de naturaleza persistente, el estado nervioso, á pesar de la espectacion y de un tratamiento antiespasmódico jeneral, tiende á aumentarse y á reproducir, ora nuevos ataques de eclampsia, ora accidentes de la misma naturaleza: estos, á pesar de su forma mas vaga y de su intensidad mediana en apariencia, no son menos graves, porque anuncian entonces el golpe irreparable que ha recibido la accion del sistema nervioso. Cuando la afeccion de qué tratamos no principia con un ataque de eclampsia constituye tambien una calentura cerebral; bastando para ello que la causa patojénica haya obrado con menor enerjía; y esta calentura, combatida con los medios propios contra la meninjitis, se agrava y puede ser mortal.

PRONÓSTICO. No hay enfermedad alguna que sea mas grave que la meninjitis verdaderamente tuberculosa y por consiguiente el hidrocefalo agudo de la misma naturaleza; y en ninguna enfermedad son tan constantemente inútiles las medicaciones mas enérgicas y, al parecer, mas bien indicadas. Los casos de curacion de esta afeccion que se han referido cuando se hallaba en su primer período son todavia dudosos, porque en él á veces no se distingue bien de la meninjitis simple. Parece que la tuberculosa ocasiona la muerte de una 30.ª parte de los niños que mueren.

TRATAMIENTO. Tenemos dicho ya que la existencia de la

flógosis como elemento esencial y algunas veces preponderante en el hidrocéfalo agudo tuberculoso era la única base de las indicaciones terapéuticas; y esto establece la mayor conformidad entre el tratamiento de esta afección y el de la meningitis aguda simple. Las sangrías jenerales y locales son el primer medio que se presenta para detener la enfermedad en su marcha; ofrecen mejores esperanzas cuanto mas pronto se emplean, y ya no convienen ó por lo menos rarísimas veces hácia el fin del 2.º período y aun menos en el 3.º Deben proporcionarse á las circunstancias individuales del enfermo, haciéndose sobre todo mas abundantes y mas reiteradas cuando los síntomas jenerales y locales anuncian un raptus sanguíneo muy considerable hácia el cerebro. Se debe empezar con la flebotomía, y tal vez se usa demasiado esclusivamente la de brazo contra las hiperemias é inflamaciones cerebrales; pues la abertura de la yugular es ciertamente mas propia que cualquiera otra sangría para desinfartar directamente el sistema vascular de la cabeza y la de pié es mas ventajosa que la de brazo á causa de su acción derivativa. Las sangrías locales por medio de las sanguijuelas ó de las ventosas no deben usarse solas sino cuando es impracticable la flebotomía, ó la marcha de la enfermedad es verdaderamente sub-aguda y no va acompañada de un estado febril bien manifiesto: en los demás casos deben preceder á ellas una ó muchas sangrías jenerales, y como en estas, se ha de proporcionar el número de sanguijuelas ó ventosas y su reiteración al estado jeneral y local del enfermo y de la meningitis. Deben aplicarse en el ano ó en las estremidades inferiores en los niños muy irritables é impresionables que presentan la cara muy conjestionada y la cabeza caliente y dolorosa; y en condiciones opuestas es preferible aplicarlas lo mas cerca que se pueda de los órganos afectos, es decir en las sienas, detrás de las orejas, en la nuca, en la convexidad del cráneo ó á lo largo del seno longitudinal, segun el sitio principal de la cefalalja. Algunos prácticos han preconizado mucho la aplicación de las sanguijuelas en el interior de las narices; pero este medio debe ser de una aplicación muy difícil en los niños pequeños, y solo imperfectamente puede suplirse por medio de incisiones hechas en las partes accesibles de la membrana pituitaria; sin embargo como ha dado

felicísimos efectos en casos de meningitis, probablemente simple, debe tenerse muy presente para preferirlo, con las precauciones convenientes, en los adultos y en los niños bastante dóciles y bastante poco irritables para que puedan someterse á él.

Con respecto á la compresion de las carótidas téngase presente lo que hemos dicho en la página 394.

Las aplicaciones frias constituyen uno de los medios mas activos que pueden oponerse á la meningitis aguda, de cualquier modo como se usen. La sustracción de una cierta cantidad de calórico y el encojimiento de los vasos capilares de la parte sometida á la acción del frio, pueden detener el trabajo inflamatorio que afecta á los órganos cerebrales, ya sea que se transmita directamente á ellos esta doble acción, ya sea que ponga en juego las conexiones fisiológicas de las partes esternas del cráneo con aquellos, de la misma manera que se vé que las aplicaciones frias en las ingles y lomos destruyen una conjestion ó una hemorragia uterina. Para conseguir con ellas todas las ventajas que pueden tener es preciso que moderen y abatan la reaccion sin estinguirla completamente. Si no se ha disminuido un poco previamente con las emisiones sanguíneas podrá resistirse á los refrijerantes, y de ahí el consejo que dan todos los buenos prácticos de empezar el tratamiento con las sangrías. Por otra parte, toda vez que no debe estinguirse del todo la potencia de reaccion no debe emplearse el frio sino en los primeros períodos de la enfermedad, y se halla contraíndicado siempre que hay colapso, coma, y debilidad estrema de la inervación. Por fin deben examinarse cuidadosamente las disposiciones individuales, proporcionando el grado de sedacion que se quiere producir á las fuerzas del enfermo; pues si aquel es excesivo hay riesgo de producir un colapso peligroso, y si es demasiado débil puede ocasionar una reaccion mas fuerte: no hay remedio alguno que requiera mayor atención, mas tino y menos ideas concebidas anticipadamente y sin exámen que el que nos ocupa; y á pesar de los preceptos jenerales que acabamos de indicar, el práctico á menudo se halla reducido á obrar por tanteos que exigen al mismo tiempo un cierto arrojo y mucha prudencia. En jeneral se prefieren los refrijerantes locales á los jenerales y los primeros se emplean en aplicaciones, afusiones, é irri-

gaciones. Las aplicaciones se hacen por medio de compresas dobladas en muchos dobles aplicadas al rededor del cráneo y principalmente en la frente y sienas, con gruesas esponjas huecas en forma de casquete ó de gorro de dormir para envolver la cabeza, ó bien con vejigas llenas de un líquido frio, debiendo renovarse aquellas aplicaciones luego que este se caliente, y como esta elevacion de temperatura á veces es bastante rápida, resulta de ello si no se renuevan con bastante frecuencia, una variacion continua en la temperatura de la cabeza que favorece la reaccion y tal vez sostiene mas bien que no calma la escitacion cerebral. Las afusiones en la cabeza tienen los mismos inconvenientes, que no pueden evitarse sino repitiéndolas bastante á menudo para impedir que se establezca la reaccion: tienen tambien el de producir un pasmo mas enérgico que algunos enfermos no pueden soportar. Las irrigaciones, segun Guersent, son muy preferibles: en primer lugar tienen la ventaja de poderse emplear permaneciendo el enfermo acostado en una cama sin cabecera, al paso que las afusiones exigen cada vez un cambio de situacion desagradable é incómodo; y además en la irrigacion, una vez establecida, puede ser constante la temperatura de los líquidos. La irrigacion tiene pues una accion mas sostenida y mas uniforme; la sedacion que opera es mas profunda y mas prolongada; pero debe temerse el que sea excesiva para suspenderla antes que haya producido el colapso, pudiendo repetirse cuando aparece la reaccion y tiende á volver á hacerse superior. Para administrarla convenientemente se coloca encima de la cabeza del enfermo, á una pequeña elevacion, un cubo que tenga una canilla y lleno de agua fria; estando poco abierta la canilla se conduce el chorro de agua por medio de una cuerda destorcida ó de muchos hilos hasta á la cabeza del niño, sobre la cual se apartan con el objeto de rociar simultáneamente todos los puntos de la superficie del cuero cabelludo llegando así suavemente sobre la cabeza del enfermo, este no experimenta sorpresa desagradable, y la accion del frio está sostenida con igualdad. El niño está acostado de espaldas con la cabeza colocada en la parte superior del colchon que presenta un declive hácia atrás, á fin de que la tela encerada puesta debajo de aquel, conduzca naturalmente al líquido

que chorrea de la frente al occipucio en un vaso colocado á propósito debajo de la cama. Sea cual fuere el método que se prefiera se deben dar á los refrigerantes una temperatura tanto mas baja cuanto mas fuerte debe ser la sedacion. Siempre es bueno empezar por un frio mediano sin llegar sino gradualmente al agua helada. Hay algunos sujetos muy nerviosos, débiles é impresionables á la accion del frio que no pueden soportar el contacto del agua á la temperatura ordinaria y en los cuales solo puede emplearse el agua tibia. En cuanto á la duracion total de la medicacion ó de cada una de las afusiones, es preciso arreglarse siempre á los efectos obtenidos. Es imposible trazar otras indicaciones jenerales que las que hemos espuesto; sin embargo se debe tomar siempre en consideracion el efecto inmediato del frio sobre algunos de los síntomas, como sobre el estado del pulso, el calor de la piel, el delirio, la agitacion y sobre todo la cefalalja: esta regularmente se calma con bastante prontitud y los enfermos experimentan una disminucion en el mal estar jeneral. Estos cambios son de buen agüero; pero si duran poco y les sigue una sensacion de entorpecimiento y de frio en la cabeza, si esta incomodidad llega hasta tal punto que los enfermos pidan á gritos que se les quite el hielo y si se manifiestan los síntomas del colapso, en los mas de los casos es necesario suspender esta medicacion. Algunos prácticos han preconizado la aplicacion del frio en la superficie de todo el cuerpo, y entre ellos M. Gendrin que prefiere este método á los precedentes: puede practicarse con medios análogos á los que hemos descrito para su aplicacion en la cabeza.

Los purgantes son de un uso jeneral en el tratamiento de la meninjitis aguda, y el que se emplea mas es el mercurio dulce: sin embargo nada justifica su preferencia, pues no solamente es impotente en muchísimos casos para promover las evacuaciones alvinas, sino que, cuando se resiste á él la constipacion, su permanencia prolongada en el tubo digestivo puede comprometer su integridad; por lo menos así lo piensan algunos prácticos. El principal inconveniente que le atribuimos es el ocasionar la pérdida de un tiempo precioso en el principio de la meninjitis y así, en caso de que se crea preferible, debe prescribirse en una dosis doble, triple y aun

cuádrupla de la que se emplearía en un caso de constipacion regular; y si al dia siguiente no ha promovido evacuaciones, deben sustituirsele purgantes mas activos. Raras veces deben pues prescribirse los calomelanos solos, y pueden asociarse con el ruibarbo y la jalapa en polvo: cuando no hay mucha constipacion el aceite de ricino puede reemplazar ventajosamente á los calomelanos solos, pero cuando aquella se resiste á ellos con pertinacia debe usarse la resina de jalapa, el jarabe de espino cervino, las sales neutras y por fin el aceite de cróton. Creemos que seria igualmente útil una disolucion muy dilatada de tártaro emético, á pesar de la existencia de los vómitos y aun cuando este medicamento no obra solamente como catártico. Los purgantes se dan en todos los periodos de la enfermedad; en los casos simples producen en general mas bien menos que mas evacuaciones de las que se esperan, y hay pocos inconvenientes para emplearlos con energía: pero pueden estar tambien contraindicados por algunas complicaciones que afecten el aparato digestivo. La ipecacuana y el tártaro estibiado, dados como vomitivos, raras veces están indicados y solo en las meningitides no tuberculosas que van acompañadas de un estado saburral de las primeras vias. Laennec, Gendrin y otros prácticos han preconizado el uso del tártaro emético á alta dosis como contra-estimulante, pero de los hechos que citan no puede concluirse positivamente su eficacia que dudaremos hasta que se halle confirmada por nuevos hechos, mayormente para los casos de meningitis tuberculosa.

Muchos prácticos han recomendado las fricciones mercuriales que, en casos de meningitis simple, han procurado felices efectos; es una de las medicaciones mas activas con que puede combatirse, y tienen la ventaja de que no obliga á suspender el uso de los demás medios. Cuanto mas pronto se emplean, mejores efectos dan; se practican en el cuello, debajo los sobacos ó directamente en el cuero cabelludo previamente afeitado, muchas veces al dia, empleando por lo menos una onza del unguento napolitano en 24 horas; y solo se suspenden cuando han promovido una salivacion abundante.

Los revulsivos cutáneos tienen mayores inconvenientes que ventajas en el 1.º período á causa de la grande sensibilidad de la piel y del estado de escitacion jeneral que deben aumentar;

solo empiezan á estar indicados hácia lo último del 2.º y en el 3.º Primeramente se emplean los rubefacientes y los epispásticos aplicados en las estremidades; pero cuando el coma es profundo y el colapso completo es preciso colocar los vejigatorios sobre el cuero cabelludo; y si se quieren obtener con ellos efectos mas prontos se les aplica con el martillo de Mayor ó la pomada amoniaca: se han aconsejado tambien las moxas y el cauterio potencial; medios estremos que pueden tener buen efecto en casos desesperados. Los revulsivos cutáneos se hallan particularmente indicados cuando la enfermedad parece tener por orijen el retroceso de un impetigo, ó de un eczema de la cara ó del cuero cabelludo.

El uso interno de los opiados en jeneral está desechado: pueden emplearse algunas veces al exterior siguiendo el ejemplo de M. Guersent que, en la meningitis tuberculosa cuando las sangrias y los refrijerantes no han calmado la cefalalja, aplica, como medios paliativos, compresas embebidas en una solucion del cianuro de potasio en la frente ó sobre el cuero cabelludo, parchecitos de extracto de belladona y de opio en las sienes, ó sales de morfina por el método endérmico.

Las bebidas, que tienen poca importancia en esta enfermedad y que rehusan regularmente los enfermos porque no tienen sed, deben ser refrescantes, frias, acidulas ó emulsionadas, diluentes ó lijeramente laxantes. Siempre es necesario la dieta absoluta escepto cuando la marcha de la meningitis es sub-aguda y casi crónica; y entonces pueden permitirse los caldos, la leche y la jaleas, alimentos que, cuando no se vomitan, contribuyen á prolongar la vida del enfermo.

En la meningitis tuberculosa, el práctico debe ser mas sobrio en el uso de los antilójísticos y sobre todo de las evacuaciones sanguíneas y de todos los medios fuertemente debilitantes. Los refrijerantes siempre están indicados; pero debe tenerse cuidado con el colapso que pueden ocasionar con mayor facilidad; y se insistirá sobre todo en el uso de los revulsivos cutáneos, de las fricciones mercuriales y aun de los purgantes, cuando nada hace presumir las lesiones tuberculosas adelantadas en las vias digestivas.

Quando se halla ya declarada esta enfermedad, no puede combatirse directamente el elemento tuberculoso con medio

alguno; y no se podrá detener la localizacion de la caquexia tuberculosa en las membranas del cerebro hasta que se haya descubierto un tratamiento curativo verdaderamente eficaz contra la misma caquexia. Pero cuando esta no se halla todavía localizada en aquellos órganos, podremos oponernos á esta localizacion, ó mejor prevenirla, con la remocion de todas las causas ocasionales y determinantes de las afecciones cerebrales; y en esto consiste el tratamiento profiláctico de la meningitis tuberculosa.

Por otra parte, el práctico debe combatir la caquexia luego que se manifiestan sintomas positivos ó solamente probables de ella, sin esperar que ocasione en los órganos las alteraciones cuyas consecuencias son constantemente funestas.

§ III.

De la meningitis é hidrocefalo crónicos.

La meningitis crónica debe tambien distinguirse, como la aguda, en *simple* y *tuberculosa*. La 1.^a es verdaderamente rara en la infancia, y su estudio corresponde especialmente á la edad media, pues forma un carácter anatómico bastante frecuente en las alienaciones mentales. Solo hemos recojido en los niños un corto número de casos, en los cuales su edad no pasaba de dos años, habiéndose observado que en el primero se habia detenido el desarrollo de la inteligencia. En la mayor parte, las fuerzas musculares no se hallaban en estado de permitir la estacion y la progresion, pero no habia parálisis real; la sensibilidad jeneral se hallaba poco alterada, pero los sentidos especiales estaban lo mas á menudo obtundidos y poco desarrollados; los niños, al entrar al hospital, en jeneral estaban ilacos y débiles, y murieron en él despues de algunos dias ó de algunas semanas á causa de otras enfermedades. En la autopsia encontramos, en un caso, un derrame de serosidad roja en la gran cavidad de la aracnoidea acompañada de otros vestijios de inflamacion, y en los demás se halló al mismo tiempo un derrame seroso claro ó turbio en la aracnoidea, y hojas pseudo-membranosas adherentes á dos láminas serosas. La 2.^a es mas frecuente. Resulta de una inflamacion lenta

provocada por los tubérculos y por consiguiente hablaremos de ella mas adelante.

Muchos autores han considerado al hidrocefalo crónico como una forma particular de la meningitis. Aun cuando fuese así, lo que no creemos, el carácter inflamatorio es demasiado latente ó se borra demasiado, despues de un cierto tiempo, para que tuviese alguna ventaja el adherirse á esta opinion que solo puede ser verdadera con respecto á algunos casos; pues en los mas consiste aquel en una hidropesia análoga á la que se observa en todas las membranas serosas y en el tejido celular. En muchos casos el hidrocefalo crónico es congénito aunque no se note hasta despues de algunas semanas ó meses del nacimiento. Si en esta época la cabeza no tiene un volúmen extraordinario, como las funciones de la inervacion están demasiado poco desarrolladas para que pueda conocerse su perturbacion de una manera apreciable, es claro que la cavidad del cráneo puede contener una cantidad anormal de serosidad sin señal alguno aparente. Mas tarde, cuando las suturas y fontaneles todavía abiertas dejan ensanchar al cráneo á medida que se vá aumentando la hidropesia, se alarman los padres y llaman al facultativo, al que ya le es difícil decidir si el hidrocefalo es congénito ó adquirido; probablemente son muy frecuentes los errores acerca este particular, y creemos que la mayor parte de los hidrocefalos que se desarrollan antes de la oclusion de las fontanelas, y en los cuales se efectúa pronto y fácilmente la separacion de las suturas, deben considerarse como congénitos. Pensamos pues que el adquirido, del cual debemos tratar solamente, es una enfermedad rara que afecta sin embargo con preferencia á los niños; pues que no pasa regularmente año alguno sin que se observen en el hospital de niños algunos casos, aunque son pocos; siendo menos por su frecuencia que por su gravedad que ofrece interés el estudio de esta afeccion.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. La hidropesia se halla casi siempre en los ventrículos y solo mas raramente en la gran cavidad de la aracnoidea. El cráneo casi nunca adquiere dimensiones enormes como el hidrocefalo congénito, á menos de que la enfermedad empiece antes de la osificacion de las fontanelas ó de qué dure mucho tiempo. Por otra parte, la ampliacion

alguno; y no se podrá detener la localizacion de la caquexia tuberculosa en las membranas del cerebro hasta que se haya descubierto un tratamiento curativo verdaderamente eficaz contra la misma caquexia. Pero cuando esta no se halla todavía localizada en aquellos órganos, podremos oponernos á esta localizacion, ó mejor prevenirla, con la remocion de todas las causas ocasionales y determinantes de las afecciones cerebrales; y en esto consiste el tratamiento profiláctico de la meningitis tuberculosa.

Por otra parte, el práctico debe combatir la caquexia luego que se manifiestan sintomas positivos ó solamente probables de ella, sin esperar que ocasione en los órganos las alteraciones cuyas consecuencias son constantemente funestas.

§ III.

De la meningitis é hidrocefalo crónicos.

La meningitis crónica debe tambien distinguirse, como la aguda, en *simple* y *tuberculosa*. La 1.^a es verdaderamente rara en la infancia, y su estudio corresponde especialmente á la edad media, pues forma un carácter anatómico bastante frecuente en las alienaciones mentales. Solo hemos recojido en los niños un corto número de casos, en los cuales su edad no pasaba de dos años, habiéndose observado que en el primero se habia detenido el desarrollo de la inteligencia. En la mayor parte, las fuerzas musculares no se hallaban en estado de permitir la estacion y la progresion, pero no habia parálisis real; la sensibilidad jeneral se hallaba poco alterada, pero los sentidos especiales estaban lo mas á menudo obtundidos y poco desarrollados; los niños, al entrar al hospital, en jeneral estaban ilacos y débiles, y murieron en él despues de algunos dias ó de algunas semanas á causa de otras enfermedades. En la autopsia encontramos, en un caso, un derrame de serosidad roja en la gran cavidad de la aracnoidea acompañada de otros vestijios de inflamacion, y en los demás se halló al mismo tiempo un derrame seroso claro ó turbio en la aracnoidea, y hojas pseudo-membranosas adherentes á dos láminas serosas. La 2.^a es mas frecuente. Resulta de una inflamacion lenta

provocada por los tubérculos y por consiguiente hablaremos de ella mas adelante.

Muchos autores han considerado al hidrocefalo crónico como una forma particular de la meningitis. Aun cuando fuese así, lo que no creemos, el carácter inflamatorio es demasiado latente ó se borra demasiado, despues de un cierto tiempo, para que tuviese alguna ventaja el adherirse á esta opinion que solo puede ser verdadera con respecto á algunos casos; pues en los mas consiste aquel en una hidropesia análoga á la que se observa en todas las membranas serosas y en el tejido celular. En muchos casos el hidrocefalo crónico es congénito aunque no se note hasta despues de algunas semanas ó meses del nacimiento. Si en esta época la cabeza no tiene un volúmen extraordinario, como las funciones de la inervacion están demasiado poco desarrolladas para que pueda conocerse su perturbacion de una manera apreciable, es claro que la cavidad del cráneo puede contener una cantidad anormal de serosidad sin señal alguno aparente. Mas tarde, cuando las suturas y fontaneles todavía abiertas dejan ensanchar al cráneo á medida que se vá aumentando la hidropesia, se alarman los padres y llaman al facultativo, al que ya le es difícil decidir si el hidrocefalo es congénito ó adquirido; probablemente son muy frecuentes los errores acerca este particular, y creemos que la mayor parte de los hidrocefalos que se desarrollan antes de la oclusion de las fontanelas, y en los cuales se efectúa pronto y fácilmente la separacion de las suturas, deben considerarse como congénitos. Pensamos pues que el adquirido, del cual debemos tratar solamente, es una enfermedad rara que afecta sin embargo con preferencia á los niños; pues que no pasa regularmente año alguno sin que se observen en el hospital de niños algunos casos, aunque son pocos; siendo menos por su frecuencia que por su gravedad que ofrece interés el estudio de esta afeccion.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. La hidropesia se halla casi siempre en los ventrículos y solo mas raramente en la gran cavidad de la aracnoidea. El cráneo casi nunca adquiere dimensiones enormes como el hidrocefalo congénito, á menos de que la enfermedad empiece antes de la osificacion de las fontanelas ó de qué dure mucho tiempo. Por otra parte, la ampliacion

de esta cavidad regularmente se hace sin desjuntar las suturas y por una verdadera prolongacion de los huesos en todos sentidos. Despues de la muerte, como durante la vida, se conoce la prominencia de las abolladuras parietales y de la frente; la circunferencia horizontal del cráneo pasa alguna pulgada de las dimensiones que presenta en el estado normal; lo mismo debe decirse de la semi-circunferencia vertical superior y de los diámetros antero-posteriores y transversales tomados á una cierta elevacion sobre de la base del cráneo: los huesos pueden tener su grosor natural ó ser mas delgados; la dura-madre y las demás membranas casi siempre se hallan sanas. El líquido, tanto si se halla contenido en la cavidad de la aracnoidea como en los ventrículos, casi siempre es perfectamente claro y tiene todas las cualidades de la serosidad normal. Los efectos del derrame en el encéfalo se limitan á los de una compresion regular; las circunvoluciones están aplastadas y apretadas entre si, y las anfractuosidades se hallan borradas. La sustancia cerebral regularmente tiene un color pálido y contiene poca sangre. Cuando el derrame ocupa los ventrículos estas cavidades se hallan dilatadas; algunas veces esta dilatacion es enorme; pero es muy raro que iguale nunca á la que se nota en el hidrocefalo congénito; las paredes ventriculares se hallan apartadas en todos sentidos; se encuentra mas ó menos adelgazada la capa de sustancia blanca en que se implantan todas las circunvoluciones, y aun algunas veces las partes blancas centrales, el cepto y la bóveda, se hallan desgarradas por la distension que han experimentado y tal vez tambien á causa de la accion emoliente prolongada del líquido. La dilatacion se halla regularmente en todas las cavidades encefálicas, es decir, en los ventrículos laterales, como tambien en el 3.º y 4.º; el acueducto de Silvio se halla tambien siempre agrandado, y algunas veces se encuentra una cuchara de líquido y aun mas en el quinto ventrículo, entre las dos láminas del tabique transparente. La cantidad del líquido derramado varia de mas de tres onzas hasta cerca de tres libras es necesario que la enfermedad haya durado mucho tiempo para que se hallen mas de dos cuartillos de serosidad, ó bien que haya principiado aquella antes de la solidificacion del cráneo, y en los mas de los casos este se resiste bastante, y no se

encuentra en la autopsia casi mas que medio cuartillo ó uno de serosidad. Tales son los caracteres anatómicos del hidrocefalo crónico adquirido simple ó idiopático; pero en la mayor parte de los casos se encuentran otras lesiones de las meninges ó de la sustancia nerviosa de qué parece efecto la hidropesia y de las cuales hablaremos luego.

CAUSAS. Para apreciar debidamente la manera como obran las causas de esta afeccion, no basta distinguir al hidrocefalo congénito del adquirido, y es preciso dividir al último en muchas especies. Ora es esencial ó idiopático, análogo á las demás hidropesias esenciales, ora es sintomático de otra enfermedad. El 1.º parece mas raro y creemos que cada dia se estrechará mas el cuadro de las hidropesias esenciales de la cabeza, como sucede con las del pecho y vientre. En cuanto al 2.º, son muchísimas las alteraciones patológicas capaces de producirlo. En primer lugar deben señalarse las lesiones del cráneo, de las meninges, y de los centros nerviosos que suceden á las violencias traumáticas, tales como los golpes y caídas de cabeza, de las que se leen muchos ejemplos. Las demás causas patológicas son estremadamente variables; algunas veces se han encontrado vestijios de una meningitis crónica esterna ó ventricular que, en algunos enfermos, pero no casi siempre como han dicho ciertos autores, ha parecido ser la terminacion y la consecuencia de una meningitis aguda. Se han hallado tambien inflamaciones circunscritas, reblandecimientos y tumores de hidátides coincidiendo con el hidrocefalo crónico; pero la lesión orgánica que se ha encontrado mas á menudo en él es sin contradiccion una ó muchas masas tuberculosas en diferentes puntos del encéfalo. Las alteraciones patológicas que acabamos de enumerar, tanto si proceden de una causa interna como esterna, obran de dos maneras: ó bien su accion es del todo vital y consiste en un aumento de la exalacion serosa, ó bien es en algun modo física y mecánica, lo que sucede cuando procede el hidrocefalo de un obstáculo de la circulacion venosa del cráneo en uno ó muchos senos, á causa de su obliteracion, ó de la compresion producida por tumores tuberculosos, etc.; siendo infinitamente probable que entre las numerosas observaciones de hidrocefalo crónico no congénito que nos han referido los autores mas recomenda-

bles, hay algunas que pertenecen á la especie de hidrocéfalo que depende de la compresion del seno derecho, producida por tumores tuberculosos desarrollados en el cerebello; sin embargo la accion vital de las causas parece ser mas frecuente.

Los antiguos habian observado ya que el hidrocéfalo crónico adquirido se desarrolla las mas de las veces desde 2 á 7 años; y cabalmente en esta época es cuando son mas frecuentes los tubérculos cerebrales. Se ha notado tambien que es aquel mas frecuente en los niños de una constitucion débil y linfática y que coinciden á menudo con él diarreas y toses rebeldes; circunstancias semejantes á las que predisponen á los tubérculos ó que indican su existencia. Desde mucho tiempo se han señalado como causas de esta enfermedad ciertas lesiones orgánicas del encéfalo, como los tumores escirrosos ó tuberculosos, las colecciones enquistadas y otros productos morbosos formados en la sustancia del cerebello y de otros centros nerviosos; pero hasta ahora se habia desconocido el modo de formarse el hidrocéfalo mecánicamente, en algunos de estos casos, á causa de la compresion del seno derecho por estos ú otros tumores; lo que hemos notado bien en algunos casos de tumores tuberculosos del cerebello que hemos observado detenidamente. Para que pueda esplicarse bien la formacion de esta especie de hidrocéfalo, es preciso que el tumor tuberculoso ocupe el lóbulo mediano del cerebello, y que forme en la superficie superior de este una prominencia bastante considerable para levantar su tienda y comprimir al seno derecho. Pudieran encontrarse otras condiciones favorables para producir el mismo resultado; así puede suceder que la inflamacion haga adherir el tumor con la tienda del cerebello y que, propagándose sucesivamente hasta al interior del seno, ocasionese la formacion en él de un coágulo que se oponga al curso de la sangre que las venas de Galeno llevan á los ventrículos cerebrales; puede suceder tambien que estas venas se hallen comprimidas á su salida del canal de Bichat; y por otra parte es evidente que su obliteracion, como tambien la del seno derecho, no puede ocasionar sino el hidrocéfalo ventricular, pues que las venas que traen su origen de las paredes de estas cavidades forman un sistema que parece no tener comunicacion con las demás del cerebro.

Síntomas. Los primeros consisten casi siempre en perturbaciones de las funciones del sistema nervioso: la sensibilidad jeneral y espécial, la intelijencia y la locomocion se hallan perturbadas, pero en diferente grado. El estrabismo es casi constante; pero la direccion de los ojos varia mucho segun los sujetos: en la mayor parte se inclinan hácia arriba, en otros hácia abajo ó en diferentes sentidos; y algunas veces vacilan en las órbitas. La pupilas se van dilatando á medida que se va aumentando la compresion del cerebro; á menudo se va debilitando gradualmente la vista y por último se pierde; pero en algunos casos se conserva siempre. En los principios se nota una picazon dolorosa en la nariz; y mas tarde la pituitaria se vuelve seca é insensible á los olores. El oido, delicado en el primer período, pierde poco á poco su sensibilidad; y así cuando la enfermedad es antigua se nota que los enfermos solo sienten los ruidos muy fuertes y por último no oyen cosa alguna. El gusto se conserva siempre por mas tiempo y aun algunas veces permanece intacto hasta á los últimos dias. La sensibilidad cutánea, poco disminuida en el principio, se va tambien debilitando mas adelante. La intelijencia puede permanecer sana durante algun tiempo cuando, siendo fácil la dilatacion del cráneo, no es fuerte desde el principio la compresion cerebral; y aun algunas veces parece mas desarrollada é indica una mayor actividad del cerebro. Al cabo de algun tiempo se conoce que no se va aumentando como deberia hacerlo en razon de los progresos de la edad; se vuelve estacionaria y por fin retrógrada. El niño presenta el aspecto de un idiota, olvida y no sabe pronunciar las palabras que articulaba antes, no comprende lo que se le pregunta y no contesta ó contesta mal; á veces repite muchas veces una misma palabra, y no sabe concluir una frase que ha empezado; no puede manifestar sus necesidades ni sus sensaciones, y á lo último habla aun con mayor embarazo; pronuncia solamente algunas sílabas ó algunos sónicos casi incomprensibles, ó aun solo hace percibir una especie de gruñido ó refunfunamiento, y se pone comatoso, en un estado de inmovilidad permanente que nada puede desvanecer. La locomocion por lo regular se perturba mas pronto que las demás funciones relativas. En una época del mal todavía poco adelantada los enfermos tienen

menos fuerza en sus movimientos; la marcha y la estacion son mal aseguradas y vacilantes. Para andar ponen los piés el uno delante del otro cruzando las piernas é inclinando la punta de los piés hácia adentro, lo que les hace tropezar y caer; y asi se procuran siempre un punto de apoyo en los cuerpos inmediatos; poco á poco los movimientos de los cuatro miembros se vuelven trémulos y muy débiles, y los enfermos deben permanecer echados; sus músculos se atrofian, y á veces tienen convulsiones jenerales ó parciales. En un período mas adelantado del mal ni aun pueden permanecer sentados en la cama sin que les sobrevengan dolores de cabeza, vértigos, convulsiones, náuseas y vómitos, y por fin se hace completa la resolucion de los cuatro miembros; la parálisis gana los músculos de la farinje y dificulta la deglucion; la debilidad de los músculos del abdómen ocasiona la retencion de orina y la constipacion de vientre hasta á lo último, pues que entonces se paralizan los esfínteres y no oponen resistencia alguna á la salida de estas materias.

La circulacion y la respiracion permanecen intactas durante algun tiempo, lo mismo que la digestion, muchos enfermos tienen un apetito voraz y en apariencia dijeren bien, á pesar de qué la nutricion se altera ya, pues que aquellos se enflaquecen: algunos sujetos tienen vómitos mas ó menos repetidos. Mas tarde se alteran todas las funciones asimilativas: el pulso pierde su fuerza y se vuelve pequeño; se disminuye la calorificacion; la piel permanece seca y terrosa; hay difnea y algunas veces accesos de sofocacion; se disminuye el apetito; los enfermos comen y beben sin avidez los pocos alimentos que se les dán, el marasmo progresa, y por fin el enfermo, privado del ejercicio de las funciones relativas, se halla reducido á la vida vejetativa que á su turno se pierde gradualmente.

Tal es la MARCHA de la enfermedad que nos ocupa; pero además de los síntomas que acabamos de describir, son muy importantes los cambios que se observan en el volúmen y forma de la cabeza, los cuales, en igualdad de circunstancias, se efectúan con tanta mayor facilidad quanto mas pequeño es el niño, y son tanto mas considerables quanto mas tiempo hace que dura el mal. En algunos casos el cráneo se resiste á la presion escéntrica del líquido y mueren los enfermos sin ha-

ber presentado sino los síntomas racionales del hidrocéfalo, cuya marcha entonces es necesariamente muy rápida. En los mas de los casos, poco tiempo despues de la invasion de estos síntomas, se conoce que se aumenta el volúmen de la cabeza con mayor rapidez de lo que deberia hacerlo en razon del crecimiento regular del cuerpo; las madres y las nodrizas notan que los gorros de los niños les son demasiado estrechos en el espacio de algunos dias y pronto se advierte la prominencia de la frente y de las abolladuras parietales. Si el niño es todavía muy pequeño, palpando el cráneo se conoce que las fontanelas son mas dilatadas de lo regular, y que las suturas se hallan separadas; pero esto no sucede nunca ó poquíssimas veces cuando los niños pasan ya de uno ó dos años, en los cuales muy raramente adquiere la cabeza el volúmen enorme que le procura el hidrocéfalo conjénito. La cara no participa de este desarrollo anormal que la hace parecer mas pequeña relativamente al cráneo: la anchura de la frente le dá una forma triangular cuya base corresponde á los párpados y el vértice al menton, y si se añade á esto la prominencia de la frente, el estado particular de los ojos y la expresion de atontamiento y de idiotismo que presenta la fisonomia, se tendrá la reunion de las facciones que constituyen lo que se ha llamado *facies hidrocefálica*.

DIAGNÓSTICO. Regularmente es fácil cuando hay aumento de volúmen de la cabeza, y sobre todo cuando la separacion de las suturas y de las fontanelas dejan percibir la fluctuacion debajo de las membranas. La reunion de estos señales con la falta de los latidos de las arterias, sensibles al tacto, hacen distinguir siempre esta enfermedad del encefalocele y de todas las demás afecciones de la cabeza. El diagnóstico es mucho mas difícil cuando el hidrocéfalo se ha desarrollado sin aumentar el volúmen del cráneo; y entonces debe aclararse con la análisis atenta de todas las perturbaciones de las funciones que hemos descrito, entre las cuales M. Breschet considera como los señales mas ciertos la vacilacion de los músculos voluntarios y la imposibilidad de sostener en equilibrio al cuerpo y á la cabeza, la cual se inclina hácia el punto á que la arrastra su peso. ¿Es posible el distinguir el hidrocéfalo esencial del que acompaña á alguna otra enfermedad y

en particular del que depende de la compresion del seno derecho? En el lecho de los enfermos esta distincion es sobradamente difícil; sin embargo acerca este particular pueden hacerse las observaciones siguientes. Las enfermedades que causan ó complican al hidrocéfalo unas veces afectan toda la masa encefálica y otras solamente una parte de ella: las primeras, como una meningitis jeneral aracnoidea ó ventricular, confundirán casi siempre sus efectos con los de la hidropesía, y la distincion será imposible; pero las otras pueden determinar algunos síntomas parciales pertenecientes al movimiento y á la sensibilidad que no estén ofuscados por las perturbaciones jenerales producidas por la compresion hidrocefálica: así es que la parálisis de un miembro que preceda á la época de la resolucion jeneral, y una cefalalja limitada á una sola rejion del cráneo pueden hacer presumir la existencia de algun tumor ó de cualquiera otra lesion orgánica de una mitad lateral del encéfalo. Los tumores que se les encuentran mas comunmente en la infancia son los tuberculosos, y como raras veces existen los tubérculos en esta parte sin que los haya tambien en el pecho y vientre, es claro que esta coincidencia puede aclarar mucho el diagnóstico en esta parte.

Pronóstico. Sea cual fuere la naturaleza del hidrocéfalo, es una enfermedad de las mas graves y constantemente mortal. El conyénito á veces deja vivir á los enfermos algunos años; un corto número de ellos han podido pasar aun de la edad media; pero el adquirido regularmente ocasiona la muerte en el espacio de algunos meses, porque, oponiéndose la osificacion del cráneo á su desarrollo, debe ser muy fuerte la compresion cerebral. El que resulta de un tumor tuberculoso es doblemente grave por si mismo y por la naturaleza de su causa. El que nova acompañado de lesion orgánica *á priori* parece que debería ser susceptible de curacion; pero la esperiencia rarísimas veces ha comprobado la posibilidad de esta feliz terminacion.

Tratamiento. Se han aconsejado muchos métodos curativos contra el hidrocéfalo crónico, que son igualmente aplicables á los casos en que esta enfermedad es conyénita y á los en que es adquirida, con tal que en los primeros sea por lo menos probable que el cerebro no está desorganizado; pues si está destruido ó falta en su totalidad ó en parte, todos los

medios que posee el arte son inútiles. Estos medios pueden pertenecer á la medicina ó á la cirugía y todos son análogos ó los que se usan contra las demás hidropesías: así se han empleado los diuréticos, los sudoríficos, los purgantes y los revulsivos cutáneos. Entre todos los purgantes se ha preconizado mas jeneralmente el mercurio dulce, tal vez á causa de su accion alterante: á su uso se añaden tambien, en jeneral, las fricciones mercuriales practicadas en la cabeza previamente afeitada ó en cualquiera otra rejion del cuerpo. Gœlis ha encaecado mucho esta medicacion; practica las fricciones en la cabeza que mantiene luego cubierta con un gorro de lana propio para irritar al cuero cabelludo, y cree que conviene á todos los sujetos y en cualquiera edad y que puede administrarse como curativa en el principio, y mas tarde como paliativa sean cuales fueren sus complicaciones, esceptuado el escorbuto. M. Reid Clanny ha empleado los calomelanos á alta dosis, y ha sostenido que esta medicacion, empleada con toda la enerjía posible, es estremadamente eficaz: no descuida la prescripcion de las evacuaciones sangüneas por medio de las sanguijuelas y de las ventosas, ni la aplicacion de los vejigatorio y sinapismos; y prescribe los calomelanos á la dosis de 5 á 7 granos cada 4 ó 5 horas, continuándolos noche y dia hasta que se afectan las encías y que los intestinos y los riñones segregan una grande cantidad de líquido; y dice que desde que ha adoptado este tratamiento ha conseguido la curacion en unos 14 casos y que ha perdido un solo enfermo. Es difícil de creer completamente estas ventajas que no se hallan consignadas en observaciones bien detalladas. A la accion de los preparados mercuriales se asemeja la del iodo que parece haber tenido tambien buen efecto en algun caso. La coincidencia bastante frecuente del hidrocéfalo con la diátesis escrofulosa y raquítica, que en estos casos puede considerarse hasta un cierto punto como la causa próxima del mal, explica con bastante facilidad las ventajas obtenidas con el iodo y los demás anti-escrofulosos, como el aceite de hígado de bacalao, etc.

Se han aconsejado muchos y diferentes tópicos, entre los cuales la mayor parte no merecen que se haga mencion de ellos á causa de la poca actividad de que se hallan dotados. Los aromáticos y los espirituosos en rigor pueden prestar al-

gunos servicios; pero solo podemos contar con los irritantes enérgicos, tales como las ventosas sajas, los vejigatorios, y la cauterización con la potasa, con las moxas ó con el cauterio actual. Si se insiste durante mucho tiempo en el uso de estos medios, y sobre todo en el de anchos vejigatorios, empleándolos con vigor, en algunos casos se conseguirá la disminución de la marcha del mal y aun tal vez una curación completa. Algunos prácticos han empleado la compresión. M. Jadioux cree que siempre es dañosa é insuficiente, pero muchos médicos americanos han citado casos de curación obtenida con ella. El Dr. Engelman dice que ha conseguido con ella felices efectos en 10 casos, y la practica con tirillas de diaquilón bastante largas para rodear muchas veces la cabeza que debe mandarse afeitar antes: al principio se hace la compresión con moderación; al cabo de un mes se mudan las tiras y se aprietan mas y así se van mudando con mas ó menos frecuencia segun se hayan alojado mas ó menos.

La analogía que hay entre el hidrocefalo y las demás hidropeñas ha conducido á los cirujanos, desde la mas remota antigüedad, á tratar esta enfermedad por medio de la punción, operación que habian desechado hasta estos últimos tiempos los prácticos mas célebres. Sin embargo entre los sujetos que se han sometido á esta operación, se han visto algunos en los que no ha ocasionado la muerte con tanta prontitud como hubiera podido temerse, y en fin se han citado ejemplos auténticos de curación, entre los cuales debemos mencionar un caso publicado por M. Bédor en el cual se practicó la punción 9 veces, y las observaciones de M. Conquest que la practicó en 19 enfermos, de los cuales se curaron 10. M. Malgaigne que se ha valido recientemente de esta operación, aunque con poco efecto, ha demostrado que en los casos citados por Conquest y otros cirujanos ha habido mas bien suspensión de la marcha creciente del mal que una verdadera curación. En efecto, la estructura ósea y fibrosa de las paredes del cráneo no les permiten volver al mismo estado que tenian antes del hidrocefalo; y todo lo que puede esperarse de la operación es el que permanezca estacionario el volumen de la cabeza, y que el cerebro se acostumbre poco á poco á la presencia del líquido, de modo que pueda recobrar el ejercicio

de sus funciones. No puede esperarse mas entre los niños muy pequeños. Sin embargo M. Malgaigne cree que puede tantearse la punción cuando el niño tiene menos de 3 ó 4 meses aun cuando el hidrocefalo parece estacionario; y despues de los 4 meses y sin otros límites que la osificación del cráneo cuando el hidrocefalo crece sensiblemente y amenaza así la vida jeneral del individuo ó la de relación. La punción se practica regularmente en la fontanela anterior. Malgaigne cree que seria preferible hacerla en la sutura fronto-parietal á la elevación de 10 líneas mas arriba de la arcada zigomática, dirijiendo el trocar horizontalmente y del todo transversalmente. De esta manera no debe temerse ni el seno longitudinal superior, ni el tronco de la arteria menínjea mediana, y se tiene la doble ventaja de poder dirijir con toda facilidad la cánula y el chorro del líquido durante la operación, y de poder permitir al niño el acostarse boca arriba ó del lado opuesto al en que está la punción. Por lo demás debe usarse un trocar regular de los que sirven para la operación del hidrocele, mas bien que un instrumento demasiado fino como lo hacian Græfe y Conquest. Durante la operación y despues de ella, se comprime con moderación el cráneo, siendo mejor repetirla muchas veces que extraer con una sola todo el líquido, mayormente cuando este se halla en una cantidad considerable. Es evidente que tan solo puede emplearse la punción cuando las fontanelas existen todavía ó se hallan separadas las suturas. Como esta disposición casi nunca se encuentra sino en los hidrocefalos que datan de los primeros meses de la vida, es evidente que los que dependen de la compresión producida por un tumor tuberculoso son jeneralmente inaccesibles á esta operación, pues que los tubérculos cerebrales son muy raros antes de la edad de uno ó dos años. Por otra parte, aun suponiendo que pueda diagnosticarse esta especie de hidrocefalo, la naturaleza de su causa, que lo hace esencialmente incurable, no permitiría el recurrir á una operación cuyo mejor efecto solamente pudiera ser paliativo.

* El autor suprime á propósito la descripción del hidrocefalo congénito y del hidroraquis porque «consisten tal vez, dice, en un defecto de desarrollo del eje cerebro-espinal;» por

lo mismo habiéndose suprimido en esta obra todo lo que tiene referencia con la organojenesia fetal, no creemos oportuno el ocuparnos mucho de estas dos hidropesías crónicas locales. Por lo que toca al hidrocefalo poco queda que añadir, pues se han indicado sucintamente las principales diferencias que distinguen al congénito del crónico adquirido.

El *hidrorraquis* ó *espina bífida* consiste en uno ó muchos tumores situados á lo largo de la columna vertebral, al nivel de la separacion de las apófisis espinosas, efecto de una acumulacion de serosidad contenida en un saco formado por los tegumentos y las meninges. Presenta tres grados ó variedades de aspecto, cuya distincion es sumamente útil en la práctica, segun el estado de la piel que cubre el tumor, la cual á veces está sana, y entonces el tumor puede durar mucho tiempo sin ocasionar el menor accidente; en otras es muy delgada y transparente, se ven en ella jaspes violados, y aun en ciertos casos se efectúa en la misma una resudacion sero-purulenta ó sanguinolenta que indica la próxima rotura del tumor, y por fin en otros casos este ya está abierto y solo se vé en su fondo una membrana muy fina perforada y en su alrededor un rodeterojo rugoso y desigual formado por la piel y el tejido celular subcutáneo.

Esta afeccion por lo regular no ocasiona sintoma alguno mientras el tumor no tiene comunicacion con el aire y el líquido no comprime al cerebro ni á la médula espinal de manera que pueda perjudicar el ejercicio de sus funciones. En el último caso se observan los síntomas de la compresion de la masa encefálica, con la parálisis de los miembros inferiores, del recto y de la vejiga; cuando el tumor está abierto, como sobreviene luego la meningitis espinal aparecen las convulsiones y los demás síntomas que ocasiona esta ordinariamente y en seguida la muerte. Algunas veces se inflama el tumor y aun se gangrena: cuando está poco desarrollado por lo comun carece de dolor; pero cuando ha adquirido incremento el menor contacto hace llorar al niño. Puede coexistir con el hidrocefalo pero se halla tambien aisladamente. Puede haber tambien la coleccion preternatural de serosidad sin formar tumor exterior ó espina bífida y entonces solo puede sospecharse por la parálisis de las extremidades inferiores

y de los esfinteres del ano y la vejiga, síntomas que faltarán sin embargo cuando la serosidad, no siendo muy abundante no comprime bien la médula: la coexistencia del hidrocefalo corrobora el diagnóstico en tal caso.

Esta enfermedad siempre es mortal cuando el tumor está ulcerado: en el caso contrario no se opone á la viabilidad del feto; pero en los mas de los casos ocasiona la muerte, que sobreviene por lo comun pocos dias despues del nacimiento.

En todos tiempos se ha buscado un remedio contra la terrible enfermedad que nos ocupa, que consideran aun en el dia la mayor parte de los autores como superior á los recursos del arte; habiéndose recomendado sucesivamente la compresion, la ligadura, la dilatacion y la puncion en cuyo favor pueden contarse todavia pocos hechos; si bien que los citan algunos autores recomendables, los cuales prueban que la abertura del tumor lejos de ser siempre mortal, algunas veces puede procurar la curacion, sobre todo cuando la enfermedad no está complicada con el hidrocefalo. Asi el Dr. Amasa Trowbridge ha conseguido felices efectos abarcando la base del tumor con un hilo de plata apretándolo gradualmente hasta interrumpir toda la circulacion en el tumor que luego se puede separar con el instrumento cortante; Coopert, Robert, Rosetti y otros han logrado muchas veces la curacion radical con la acupuntura repetida ó sea practicando frecuentes punciones en el tumor con una aguja, medio que en no menos casos ha ocasionado accidentes que han determinado mas ó menos pronto la muerte; y por fin M. Dabourg ha publicado recientemente en Francia tres observaciones, de las cuales resulta que de tres casos en quienes practicó la estirpacion del tumor solo uno fué desgraciado. « Si el éxito feliz obtenido por este profesor no queda desmentido en la repeticion de los esperimentos, dicen los redactores del Boletin de Medicina, Cirujia y Farmacia en el n.º 64 de la 2.ª serie, á que nos referimos para mayores detalles, la ciencia y la humanidad tendrán mucho que agradecerle.»

ARTÍCULO IV.

DE LOS TUBÉRCULOS DE LOS CENTROS NERVIOSOS.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. La afeccion tuberculosa, cuando se localiza en los órganos de la cavidad encefálica ó raquídiana, se manifiesta bajo dos formas que no indican diferencia alguna en su naturaleza, y constituyen solamente variedades en el modo de desarrollarse la producción morbosa. Asi como á veces ocasionan en el principio de su desarrollo la meningitis aguda ó crónica primitiva de que hemos hablado; en otros casos la primera producción tuberculosa se efectúa con poca energía y empieza con un cortísimo número de tubérculos que, no avivando bastante la susceptibilidad de los órganos cerebrales para que resulte de ello una inflamación aguda, pueden crecer llegando á adquirir un volumen á veces considerable, y entonces constituyen los tumores ó masas tuberculosas de los centros nerviosos. Estos tumores pueden ocasionar la muerte por sí solos, es decir, sin ninguna complicación y por su marcha natural; ó bien sobreviene aquella á causa de los progresos de la tuberculización en los órganos del pecho y del abdomen. Por fin puede tambien suceder que durante el crecimiento de los tumores tuberculosos, efectuándose una nueva erupción de tubérculos mas fuerte que la primera determina una meningitis tuberculosa aguda secundaria.

Hemos dicho que las granulaciones que caracterizan la tuberculización que tiene la marcha aguda pertenecen á las membranas de los centros nerviosos, sobre todo á la pia-madre, y no á la pulpa nerviosa. A poca diferencia sucede lo mismo en la tuberculización crónica, de la cual debemos hablar ahora únicamente. Afecta casi exclusivamente las meninges y muy raras veces el espesor del tejido cerebral. Por lo jeneral con facilidad puede conocerse este sitio esclusivo de los tubérculos mientras son poco voluminosos; pues entonces se vé perfectamente que se han depositado en el entretejido celular-vascular de la pia-madre. A medida que aumentan de volumen, se vé que deprimen la sustancia cortical, se meten en ella y esta los rodea, escepto en un punto, por el cual se

adieren á la membrana. Cuando se hallan en este estado se requiere ya un exámen atento para no desconocer la conexión del tubérculo con la pia-madre, y para no considerar que se ha desarrollado en el mismo espesor de las sustancias cortical ó medular. Es mas fácil aun esta equivocación cuando el tubérculo forma una masa ó tumor voluminoso como una nuez, por ejemplo, ó aun mayor; pero aun en este caso una exploración minuciosa nos ha demostrado que el tumor tenia adherencias con las meninges. Por esto pensamos que la mayor parte de los tumores tuberculosos que parecen haberse desarrollado en los centros nerviosos, han tomado origen en las meninges. Sin embargo, en algunos casos hemos visto tubérculos mas ó menos voluminosos rodeados completamente de sustancia nerviosa que jamás han tenido la menor conexión con las membranas que la cubren. Es digno de notarse que en el cerebelo, cuyo volumen es tan inferior al del cerebro, se encuentran mas á menudo tubérculos: se hallan tambien en el cerebro y en el mesocéfalo en diferentes puntos de ellos.

Nada diremos de los caracteres de los tubérculos cerebrales nacientes, que hemos descrito; y por lo que toca á las masas ó tumores tuberculosos propiamente dichos, su número varia: bastante á menudo se encuentra una sola, y en los mas de los casos que hemos observado no habia mas de dos ó tres; su volumen era el de una nuez, de un huevo de gallina y aun mayor; muy á menudo se hallaban todavia en estado crudo en la época de la muerte; tienen mucha consistencia y un color blanco-amarillento ó verdoso, cuyo corte se asemeja al de una castaña de Indias. Su aspecto presenta alguna analogía con los tumores escirrosos, por lo menos á primera vista, á pesar de que su estructura es esencialmente diferente, y creemos que muchos ejemplos citados por los autores de escirrosos y de tumores lardáceos cerebrales en los niños deben referirse á los tubérculos. Estos se hallan formados por una materia homogénea, en jeneral menos desmenuzable que la de los tubérculos del pulmon ó de los ganglios linfáticos, se parece muchísimo con un pedazo de queso de Suiza. Algunas veces en el centro de los tumores mas antiguos se encuentra un poco de reblandecimiento, pero es raro verlos completamente derritidos por la supuración. Su forma jeneral es esférica; pero

su superficie presenta prominencias globulosas desiguales, aunque en el interior no se encuentra ningun tabique célulo-fibroso que pueda hacer creer su multiplicidad primitiva. En los mas de los casos dan la idea de un solo tubérculo que ha crecido irregularmente en los diferentes puntos de su periferie.

Algunos prácticos han admitido que los tubérculos encefálicos se hallan siempre rodeados de un quiste. Esto es verdad si se entiende por ello que la masa tuberculosa presenta en su periferie una ó muchas laminillas celulares que privan su contacto inmediato con la pulpa nerviosa; pero estas laminillas, regularmente delgadas y difíciles de aislar de la materia tuberculosa ó de las fibras nerviosas, casi nunca constituyen un quiste distinto, grueso, análogo al que se encuentra en los ganglios linfáticos tuberculizados; y no son otra cosa; en los mas de los casos, que la misma pia-madre, en medio de cuyas aréolas se ha desarrollado el tubérculo. Cuando este ha nacido en realidad en la misma pulpa nerviosa, al rededor de él se encuentran algunas hojas celulares; pero muy raramente un verdadero quiste sólidamente organizado. La enucleacion de las masas tuberculosas, aunque fácil, casi nunca se consigue sin que se lleve con ella una capa de sustancia cerebral adherente á su superficie. Los rudimentos membranosos de qué hablamos solo se organizan formando un quiste evidente y sólido, en los tumores mas antiguos que se reblandecen y supuran al interior, pareciendo necesaria á esta organizacion del quiste la inflamacion que acompaña á aquel trabajo.

La sustancia nerviosa que rodea la masa tuberculosa á menudo se halla perfectamente sana como igualmente las partes vecinas de la meninje, mayormente cuando la muerte ocasionada por otra causa interrumpe la marcha de la enfermedad cerebral; pero en otros casos se encuentran diferentes alteraciones notables de naturaleza inflamatoria debidas á la irritacion producida por aquellos cuerpos estraños, tales como el engrosamiento de la pia-madre y de la hoja adyacente de la aracnoidea; un líquido seroso algunas veces claro, á menudo turbio, opaco, blanquecino; casi puriforme en los espacios sub-aracnoidales, aun á veces algunos productos pseudo-membranosos ó un verdadero pus; lesiones que indican una meninjitis crónica, y que deben ocasionar algunos síntomas durante la

vida si no son muy circunscritas y se hallan solamente en uno ó dos puntos del encéfalo, en cuyo caso no dan síntoma alguno ó bien estos se confunden con los de los tubérculos. Los efectos de la presencia de estos en la sustancia nerviosa que los rodea son muy variables, y los mas simples son la hipertrofia y la atrofia. La primera es mas rara, pero se encuentra en realidad en algunos casos, de manera que despues de haber quitado el tumor se encuentra mas desarrollada y mas pesada que antes la porcion del órgano que se hallaba en contacto con él; pero es mas frecuente la atrofia, y así á menudo se observa que ha desaparecido una porcion del cerebro ó del cerebello, absorbida, si así puede decirse, por el tumor que ocupa su puesto: en otros casos todavía se conoce pero ha disminuido el volumen, y se halla provista de pocos vasos, endurecida y como córnea, como se observa á menudo en las circunvoluciones cerebrales y en las láminas del cerebello que, comprimidas por el tubérculo que altera su nutricion, se hallan reducidas á hojas blanquecinas y delgadas que solo recuerdan groseramente su disposicion primitiva. Pueden hallarse además otras alteraciones mas graves, siendo la mas importante el reblandecimiento inflamatorio, limitado por lo comun en la superficie de la sustancia adyacente al tumor, y estendido en otros casos mas lejos, varia en su aspecto y presenta todos los grados que comprenden las dos formas admitidas de reblandecimiento rojo y blanco; por fin se encuentra tambien bastante á menudo el derrame ventricular.

Los tubérculos encefálicos coinciden siempre con las lesiones torácicas y abdominales propias de la afeccion tuberculosa.

CAUSAS. La enfermedad de qué tratamos parece mas frecuente en los cinco primeros años de la vida; y sus causas son las mismas que quedan descritas al tratar de la meninjitis tuberculosa.

SÍNTOMAS. La sintomatolojia de los tubérculos encefálicos se halla todavía poco adelantada. El primer orijen de esta imperfeccion depende de qué estas producciones patológicas pueden adquirir un volumen considerable, y aun algunas veces existir en gran número, sin ocasionar perturbacion alguna funcional aparente ó característica; lo que es tanto mas fácil cuanto mas lenta es su produccion. En jeneral, los síntomas

tienen mayor relacion con las alteraciones secundarias de las meninges ó de la sustancia cerebral que con la enfermedad primitiva. Sin embargo, con frecuencia ocasionan la cefalalgia que, general ó local, se declara regularmente mucho tiempo antes que los demás síntomas, y persiste con pertinacia hasta la muerte ó por lo menos hasta un grado adelantado del mal. Cuando es local no corresponde siempre, pero si bastante á menudo, al sitio del mal. En los mas de los casos es casi continua con remisiones y exacerbaciones á veces muy fuertes; raras veces es completamente intermitente, si no es en los principios, y mas tarde pierde este carácter. Por fin en algunos niños no aparece hasta una época adelantada cuando se alteran las partes inmediatas á los tubérculos. La sensibilidad cutánea las mas de las veces permanece intacta ó está poco alterada: en algunas está aumentada y se vá debilitando á medida que se estiende la desorganizacion. Las alteraciones de la sensibilidad pertenecen mas especialmente á las lesiones tuberculosas del cerebello, del bulbo y á las que comprometen la integridad de los nervios sensitivos. El oido y los demás sentidos pueden hallarse igualmente debilitados ó abolidos á causa de la compresion de sus nervios ó de la desorganizacion de las partes medulares en que nacen.

Los accidentes correspondientes á la intelijencia en pocos casos son bien manifiestos mientras la enfermedad permanece en estado simple. En algunos niños se observa que se vuelven irritables mayormente cuando hay cefalalgia; en otros la vivacidad natural del jenio deja el puesto á la negligencia y á la apatía: aquellos se vuelven indiferentes á todos los juegos, hablan poco, aman la soledad y en su fisionomia se pinta la morosidad y la tristeza. Cuando todos estos síntomas se hallan en un cierto grado indican á menudo que hay muchos tubérculos, y que han ocasionado en muchos puntos las lesiones propias de la meningitis crónica, las cuales comprometen siempre la integridad de la intelijencia; y pueden tambien depender de el principio de un derrame seroso ventricular; el cual, aumentándose, ocasiona síntomas comatosos que raras veces resultan directamente de los solos tubérculos.

Con respecto al movimiento, algunos niños tienen convulsiones que aparecen por accesos mas ó menos frecuentes y ba-

jo las diferentes formas descritas en su lugar. En la mayor parte de los casos no pueden considerarse á los tubérculos como la causa próxima de las convulsiones: un tubérculo que ocupe una rejion lateral y circunscrita del eje cerebro-espinal solo puede ocasionar convulsiones jenerales por el intermedio de una modificacion funcional de todo el encéfalo, muy diferente de la accion local y circunscrita que ejerce el tumor en las fibras nerviosas, en cuyo contacto inmediato se halla. Solo cuando los tubérculos están diseminados en gran número en toda la estension de los órganos de la inervacion muscular ó cuando ocupan una parte media y central, parecen capaces de promover directamente convulsiones jenerales; y además la forma intermitente de estas supone que la afeccion convulsiva conserva algo de la naturaleza de las neuroses. La contractura se halla mas directamente en relacion con la presencia de uno ó muchos tumores tuberculosos; sin embargo falta en muchos casos y tal vez solo se manifiesta cuando el tejido cerebral se reblandece al rededor de la masa tuberculosa. Sin embargo esta condicion no es indispensable, y cuando falta, el tejido nervioso simplemente sobre-escitado por la inmediacion del tumor, ó afectado por una induracion flojística que precede al reblandecimiento, puede tener su accion pervertida de modo que sobrevengan las contracturas. Estas, en jeneral, tienen una marcha crónica; afectan un solo miembro ó los dos de un mismo lado, y mas raramente los dos superiores ó inferiores. Al cabo de un cierto tiempo, bastante á menudo se cambia en una parálisis que vá haciéndose sucesivamente mas completa á medida que se vuelven mas estensas y mas profundas las lesiones de la sustancia nerviosa que se forman al rededor de las masas tuberculosas.

En cuanto á los síntomas pertenecientes á las demás funciones, los mas importantes son la constipacion, que algunas veces es pertinaz, pero en los mas de los casos falta ó cede fácilmente; los vómitos que se observan de tanto en tanto y coinciden particularmente con el dolor, con la cefalalgia y con la aparicion del estupor y coma; y algunas irregularidades de la circulacion, y asi el pulso á veces es mas lento y en otras mas frecuente que en el estado normal y á menudo es desigual, y en algunos casos se desarrolla un movimiento fe-

bril fugaz que reaparece con intervalos irregulares. Estas perturbaciones de las funciones digestivas y circulatorias en jeneral son tanto mas manifiestas quanto mas estensas, mas profundas y mas rápidas en su marcha son las lesiones inflamatorias que resultan de los tubérculos cerebrales. Por fin se notan tambien los síntomas que dependen de la coincidencia de los tubérculos torácicos y abdominales.

La MARCHA de esta afeccion presenta bastante á menudo dos períodos distintos. En el 1.º, caracterizado por las intermitencias, por una sucesion lenta de los accidentes y por su crecimiento gradual, la tuberculizacion está verdaderamente latente y raras veces se conoce: por lo comun se notan solamente accesos de cefalalja con vómitos que pueden tomarse fácilmente por una simple jaqueca, y que en realidad dependen de la congestion sanguínea que promueven los tumores en los órganos en que se hallan. En el 2.º los síntomas, cuyos accesos han ido haciéndose mas frecuentes, se vuelven continuos y adquieren una intensidad que aumenta con mayor rapidez: entonces ya no son equívocos los caracteres del mal, que se halla regularmente muy adelantado y no está lejos una terminacion funesta. En otros casos la enfermedad tiene una marcha mas regular y mas continua desde su principio hasta su fin.

Nada es mas difícil que determinar la DURACION de los tubérculos encefálicos, en atención á que tan á menudo están latentes y son equívocos sus síntomas en su principio y durante mas ó menos tiempo; y por otra parte, con frecuencia sobreviene la muerte, á causa de diferentes complicaciones, antes de que la tisis cerebral haya recorrido todos sus períodos. En mas de la mitad de los casos se observa que su marcha, esencialmente crónica, se cambia de pronto, y aparecen los síntomas de una meningitis aguda que ocasiona la muerte. En algunos de estos casos la reaccion, siendo un poco menos intensa, no produce alteraciones inflamatorias tan manifiestas; pero imprime solamente á la exalacion ventricular una actividad anormal, y entonces sucumbe el enfermo á causa de una afeccion que pudiera llamarse *hidrocéfalo agudo tuberculoso*, cuyos síntomas se confunden enteramente con los de la meningitis tuberculosa. En otros casos los tubérculos ocasionan un hidrocéfalo crónico que constituye la causa principal de la

muerte; lo que sucede sobre todo cuando comprimen algun seno, y se oponen mecánicamente al paso de la sangre venosa. En muchísimos enfermos sobreviene la muerte, á causa de los tubérculos del pecho ó abdómen, mas ó menos tiempo antes de que los cerebrales hayan adquirido un desarrollo considerable; y por fin en el mas corto número de casos sucumben los enfermos por los progresos de la tisis encefálica que, además de sus efectos locales, obra en todo el organismo como las demás tisis, debilitando la constitucion, empobreciendo la sangre, minando las fuerzas, y reduciendo á los enfermos al mas alto grado de marasmo.

DIAGNÓSTICO. La variabilidad de los síntomas que hemos indicado, hace presumir todas las dificultades que ofrece el diagnóstico de la enfermedad de que tratamos. Sin embargo, puede conseguirse un diagnóstico probable, atendiendo á las circunstancias conmemorativas propias, como lo son la presencia de tubérculos en otros órganos ó de una afeccion escrofulosa antigua y los señales que indican la predisposicion y el desarrollo de la caquexia tuberculosa, y á los síntomas de que hemos hablado, como la cefalalja; además se nota en los enfermos un enflaquecimiento considerable cuya causa se busca á menudo inútilmente en una lesion orgánica de los pulmones. Cuando se observan estos accidentes, mayormente si se prolongan despues de haberse desarrollado sucesivamente sin causa inmediata evidente y si vienen á complicar los síntomas de parálisis, puede presumirse con fundamento que hay en el cerebro una enfermedad orgánica de naturaleza tuberculosa. Puede aun admitirse con mayor fundamento si la parálisis se circunscribe en una parte poco estensa, lo que no deja duda de que la causa orgánica que obra en el cerebro se halla inmediatamente limitada en una parte muy circunscrita de él como lo hacen regularmente estos tumores. Una vez diagnosticado un tumor de los centros nerviosos en los niños, es infinitamente probable su naturaleza tuberculosa en razon de que los demás tumores son mucho mas raros en la primera edad.

Es aun mas difícil el conocer el sitio que ocupa el tumor cerebral. Algunas veces sirve para ello el punto de la cefalalja; y así es que la mayor parte de los casos de tumor del cerebro con cefalalja, esta es occipital: en algunos de estos

mismos casos se ha notado, ora una exaltacion de la sensibilidad cutánea, ora la vacilacion de los miembros y la pérdida de la facultad de equilibrar los movimientos, ora tal vez tambien fenómenos especiales en los órganos jenítales; pero las observaciones de este jénero no son todavía suficientes en número ni en detalles para que puedan sacarse de ellas consecuencias relativas al diagnóstico. Será mas fácil seguramente el no atribuir á los centros cerebrales un tumor que se hallare en la médula; pero en este caso habrá nuevas dificultades dependientes de la posibilidad de atribuir á la médula una afección situada en las membranas ó huesos que la cubren.

El pronóstico de la tisis cerebral es estremadamente grave pues que termina siempre con la muerte. Solo varia la duracion de la enfermedad; y cuando su marcha parece lenta, puede considerarse como un poco menos peligrosa; pero por desgracia cuando uno menos piensa puede desarrollarse alguna de las enfermedades que, segun hemos dicho, ocasionan á menudo la muerte. Cuando la tuberculizacion se halla todavía poco adelantada podría suspenderse, transformándose los productos morbosos ó absorbiéndose de manera que no produzcan accion alguna sobre el cerebro; pero estos casos felices son rarísimos.

TRATAMIENTO. Al estado simple, los tubérculos reclaman el uso de los revulsivos cutáneos muy enérgicos y repetidos, aplicados al rededor de la cabeza, como las moxas anchas y grandes vejigatorios en las sienes, detrás de las orejas, en la nuca, etc.; medios que pueden disminuir su desarrollo ó retardar su reblandecimiento y el de las partes vecinas: los exutorios tienen tambien la ventaja de hallarse indicados contra la meningitis crónica que algunas veces los acompaña. Cuando hay síntomas de congestion cerebral nos parecen contraindicados los medios de que acabamos de hablar; y no debe temerse la prescripcion de una sangría, en jeneral poco copiosa y siempre proporcionada al estado de las fuerzas: se empleará con preferencia la de pié si es posible, ó las sanguijuelas en los maléolos ó al rededor del ano, y de esta manera la sangría será mas bien derivativa que espoliativa. Con el mismo objeto se prescribirán los purgantes si el tubo digestivo está sano: y aun mejor los vejigatorios y sinapismos aplicados

en los miembros inferiores y los pediluvios. Cuando no basten estos medios para desvanecer una congestion cerebral que amenaza, se abrirá la vena yugular, se mandarán aplicar sanguijuelas en las sienes, detrás de las orejas ó en la rejion que afecta la cefalalja. Si se resiste la congestion pasa regularmente al estado de flogosis, y entonces debe usarse el tratamiento de la meningitis aguda. Cuando hay hidrocéfalo crónico se procura disminuir la exalacion serosa activando la secrecion de los riñones, de los intestinos y de la piel con los medios propios, atendiendo al estado del tubo digestivo; pues si se halla este afectado por la caquexia tuberculosa, seria peligroso el uso de los purgantes y de los demás medicamentos que pudieran estimularlo. Las fricciones mercuriales no tendrian este inconveniente, pero raras veces bastarán para modificar el derrame ventricular. Con mayor razon serán inútiles todos los medios cuando este derrame depende de la compresion ó obliteracion del seno derecho. Por fin, en casi todos los casos se deberán cumplir todas las indicaciones que suministran la diátesis tuberculosa y las afecciones dependientes de su localizacion en los órganos internos ó esternos, con los medios de que hemos hablado en su lugar.

CAPÍTULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

ARTÍCULO PRIMERO.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL.

§ PRIMERO.

De las calenturas exantemáticas ó eruptivas.

Es sumamente esencial un estudio completo de estas calenturas. Diferentes con respecto á sus efectos locales en el organismo, pero análogas por su propiedad esencialmente contagiosa y por la manera jeneral de producirse, se prestan con facilidad á un descripción jeneral, haciendo que sea muy ventajoso su estudio simultáneo. Por esto comprenderemos en este párrafo al serampion, la escarlatina y las viruelas, con el objeto de poder marcar todas las aproximaciones de qué son susceptibles, sin olvidar emperó la division y la esposición de sus caracteres particulares.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. Las membranas tegumentarias esternas é internas son el asiento de las calenturas eruptivas en el sentido de qué estas enfermedades llevan principalmente su accion en ellas; pero en realidad las lesiones características que ocasionan en dichas membranas no son el oríjen de todos los fenómenos morbosos, siendo preciso remontarnos á buscarlo en uno de los sistemas que tienen á los demás bajo su dependencia. Consideramos á estas enfermedades como fiebres vasculares, admitiendo que debe considerarse en ellas una alteracion de la sangre, como estado morbozo primitivo á todo lo que mas tarde aparece accesible á nuestros sentidos.

En las calenturas eruptivas se encuentra un exantema cutáneo y otro mucoso: el 1.º ocupa regularmente todas las rejiones de la piel, y el 2.º se halla á menudo limitado á una cierta

estension de la mucosa gastro-pulmonar; ó bien, si ocupa la totalidad de ella, parece por lo menos mas desarrollada en sus porciones ocular, nasal, bucco-farinjea y laringo-bronquial. En cuanto á su naturaleza, el exantema está constituido por un eritema en la escarlatina y el serampion, y por pústulas en las viruelas. El exámen de las manchas en el primer caso, ya se haga durante la vida, ya despues de la muerte, prueba que resulta de la inyeccion diseminada del cuerpo reticular de la piel; en el punto que ocupan la epidermis está menos aderida, y debajo del dermis el tejido celular se halla mas húmedo y como infiltrado por una pequeña cantidad de serosidad. El exantema mucoso que acompaña estas enfermedades presenta todos los caracteres de las demás inflamaciones. En el serampion se encuentran casi siempre en la boca, principalmente al rededor del cuello de los dientes, pequeños copos blanquecinos, análogos á la albumina coagulada, debidos á la coagulacion del moco ó á rudimentos pseudo-membranosos. En algunos casos complicados el exantema se cambia en difterite ó aun en inflamacion gangrenosa, cuyos caracteres anatómicos tenemos descritos en su lugar. En las viruelas, las pústulas cutáneas, en los primeros tiempos de su formacion, consisten en una simple mancha apenas prominente debida á la inyeccion sanguínea del cuerpo mucoso de Malpighio; pero pronto se segrega debajo de la epidermis una materia particular. Examinada en el momento en que va á efectuarse la supuracion, la pústula, todavía serosa, presenta los caracteres siguientes: «La epidermis que la cubre no está engrosada y se levanta con bastante facilidad, dejando en descubierto una superficie blanquecina, lisa, deprimida en su centro. Esta superficie está formada por un pequeño disco formado por una exudacion lardácea en la superficie esterna del dermis. Debajo de este pequeño disco, el interior de la pústula está dividido por una multitud de tabiques que se estienden del centro á la circunferencia, y dejan entre sí un número indefinido de pequeñas celdillas ó alvéolos que contienen el virus varioloso» (Bousquet). Como estas células no comunican entre sí, la pústula no se vacía cuando se punza en un solo punto. Además, como la resistencia de las bridas que unen al disco lardáceo con el fondo de la pústula es mayor en el centro, resulta de

ello la forma umbilicada que se nota en la mayor parte, pero no en todos los granos variólicos. El líquido que llena las celdillas es seroso hasta al momento de la supuración. Cuando, en esta época, se cambia en pus, se insinúa entre la epidermis y el disco lardáceo; la cavidad que lo contiene está formada al exterior por la epidermis é interiormente por el disco aplicado sobre el dermis; y como desde entonces es unilocular, basta punzar á la epidermis en un solo punto para que se vacíe todo el líquido que contienen. Si, despues de haber quitado oportunamente la epidermis, se examina el fondo de la pústula, se encuentra en él al disco lardáceo cuya ablacion deja ver una rubicundez mas ó menos grande en la superficie escavada del dermis, y aun algunas veces pus. En las viruelas el exantema mucoso á menudo no tiene otros caractéres que los de una inflamacion regular; pero en algunos casos, y sobre todo en casi todas las viruelas confluentes, se encuentran en las porciones superiores de la mucosa gastro-pulmonar pústulas que son menos umbilicadas que las de la piel, que se desgarran pronto, y en la mayor parte de las cuales, ya en su estado de integridad, ya despues de la rotura del epiteliúm, se vé una capa lardácea análoga á la de la pústula cutánea. Muchos autores han negado, á nuestro parecer sin fundamento, la presencia de las verdaderas pústulas variolosas en las mucosas internas: efectivamente son raras mas abajo de la faringe y de la traquea, pero se encuentran sin embargo algunas veces; y si no presentan allí sino una parte de sus caractéres, se explica esto perfectamente por la falta de epiteliúm. En el esófago, en qué es muy manifiesta esta membrana, hemos visto pústulas variólicas bien umbilicadas que presentaban todos los caractéres de las de la piel. En los órganos internos se encuentran á veces pequeños abscesos en número infinito y en un estado mas ó menos adelantado. Estos abscesos que, en algunos casos, han podido considerarse equivocadamente por pústulas desarrolladas en la superficie de las membranas serosas ó en los órganos parenquimatosos como el pulmon y el hígado, se observan sobre todo en los casos en qué la erupcion de la piel ha sido incompleta y débil y ha desaparecido por metástasis. En las viruelas graves se ha encontrado una grande fluidez en la sangre con la cual estaban embebidos y reblandecidos los

sólidos. A menudo se hallaba derramada por sufusion ó por infiltracion en los pulmones, corazon é hígado, en las paredes del estómago é intestinos, en el espesor de la piel, etc. En este caso la alteracion de la sangre es evidente y la observacion directa manifiesta la pérdida de cohesion de sus moléculas.

CAUSAS. La infancia es esencialmente favorable á la produccion de las calenturas eruptivas, á lo que contribuye mucho el carácter esencial que tienen, y del cual se notan muy pocas escepciones, de afectar una sola vez en la vida; pero además debe admitirse una predisposicion mayor á contraerlas en los niños, como lo dijimos, con respecto á la coqueluche, en la descripcion de esta enfermedad. Esta predisposicion no parece igual en todas las épocas de la infancia: parece menor en los niños de teta que en los de uno á quince años; y, en atencion á nuestras observaciones, creemos que en estos vá en disminucion su frecuencia á medida que adelantan en edad. Se han visto algunos casos, pero muy raros, de viruelas y de serampion conjéinto, y no parece que se haya observado ninguno de escarlatina. Nada debemos decir en particular relativamente á la influencia del sexo, del temperamento, ni de la constitucion; y solo se ha de notar que, en virtud de ciertas idiosincrasias, algunos sujetos se esponen impunemente al contagio de las calenturas exantemáticas, al paso que otros las contraen con una facilidad admirable aunque no hayan tenido sino relaciones indirectas con los enfermos de ellas.

No puede dudarse que las calenturas eruptivas son contagiosas; pero no debe deducirse de ello que solo se producen por contagio, pues pueden nacer espontáneamente en sujetos que no han tenido comunicacion alguna directa ni indirecta con otros que las hayan padecido recientemente. Reina todavia mucha incertidumbre acerca la cuestion de saber cual es el vehículo del agente contagioso; si es el aire espirado, los productos segregados por las mucosas, las porciones destruidas de la epidermis, las costras que se desprenden de la superficie cutánea ó solamente el líquido de la transpiracion. No puede darse contestacion alguna exclusiva acerca este particular; siendo posible que todas estas materias se impregnen del principio deletéreo. Las inoculaciones han demostrado evidentemente que el pus, y por consiguiente las costras de las

pústulas variólicas, transmiten las viruelas; pero hasta al presente es la de esta enfermedad la única inoculación que no puede dudarse; pues que el agente propagador de la escarlatina y del serampion no se ha determinado todavía perfectamente. El contacto de la piel de un sujeto afectado, mayormente en los periodos de descamacion, es un medio de transmision que se observa muy á menudo; de lo cual puede deducirse fácilmente que los productos de la secrecion ó de la descamacion cutánea pueden transportarse por medio de los vestidos y de las sábanas y cubiertas de la cama, y transmitir á los que los tocan el principio contagioso de qué se hallan impregnados. Este principio debe gozar, por lo menos en ciertas condiciones, de una inalterabilidad notable, pues que se citan muchos casos en los cuales parece que no ha perdido nada de su accion despues de semanas y aun de meses enteros. No se ha experimentado directamente la posibilidad de la propagacion por medio del aliento, pero nos parece muy probable; pues en muchas familias se observa que, á pesar de que se mantenga aislado al enfermo, la afeccion ataca á los demás individuos de ellas que no tocan á aquel ni sus vestidos, ni á la persona que lo cuida, y entonces ¿no puede admitirse que el desarrollo del mal es efecto de qué el aliento del enfermo infecta el aire que respira en comun con los demás que habitan en la misma casa?

Sea cual fuere el modo como se propagan, se vé casi siempre que las calenturas exantemáticas atacan sucesivamente á muchos individuos de una misma familia, de la misma casa, y de la misma localidad. Pasa siempre un cierto tiempo desde el momento en qué se efectúa la infeccion ó el contagio hasta que principia la erupcion á cuyo intervalo, que por lo regular solo dura algunos dias, se le ha llamado *periodo de incubacion*. En todos los paises se observan las calenturas de qué tratamos, lo mismo que en todas las latitudes, tanto en el interior de la tierra como en las orillas del mar y en las islas. Tal vez estos lugares no se hallan igualmente espuestos á ellas, pero ninguno está esento. En estado esporádico se las observa en todas las estaciones, pero estas tienen una influencia muy marcada, aunque no es constantemente igual, en el estado epidémico. Segun M. Andral, las epidemias de serampion se

observan las mas de las veces á lo último del invierno y en la primavera; y las de escarlatina aparecen sobre todo en los equinoccios, durante el invierno, cuando hay mutaciones atmosféricas, en los tiempos húmedos, frios y nebulosos, y despues de abundantes lluvias seguidas inmediatamente de mucho calor. Las viruelas sobrevienen en todas las estaciones y en todos los climas; pero á beneficio de la vacuna se han limitado mucho sus terribles efectos, siendo de esperar que pronto esta terrible enfermedad presentará solamente un interés histórico.

SÍNTOMAS Y MARCHA. Para mayor claridad los describiremos separadamente.

SERAMPION. 1.^{er} Periodo ó de invasion. Lo indican diferentes síntomas jenerales y locales, como calofríos, mal estar, abatimiento de las fuerzas, una sensacion de cansancio jeneral, cefalalja sobre todo supra-orbitaria, pérdida de apetito, un poco de sed, etc., y otros que son efecto de las congestiones de las mucosas de los ojos, de las fosas nasales y de los bronquios, las cuales en los mas de los casos están bastante bien caracterizadas para que por ellas pueda predecirse con seguridad la invasion de la enfermedad. La mucosa bucco-faríngea casi siempre se halla tambien inyectada, al principio en forma de manchas y despues de una manera difusa; pero en jeneral la anjina es menos manifesta que el lagrimeo, la rubicundez de las conjuntivas y los estornudos. Todos estos síntomas van en aumento; á los calofríos sigue una calentura continua; la piel se vuelve caliente; la superficie de la lengua se vuelve blanca; sus bordes y punta se enrojecen; la sed es intensa, algunas veces hay náuseas y vómitos, y algunos enfermos tienen el epigastrio doloroso. Los ojos se van volviendo mas inflamados y mas sensibles á la impresion de la luz; los párpados y sus bordes libres se hinchan; la tos es seca y frecuente, y presenta un timbre particular y un cierto ronquido, por lo que se le ha dado el nombre de *tos ferina*, y que algunas veces presenta mucha analogía con la del falso-crup; hay ronquera ó difinea, y se perciben los estertores silbantes, sonoros y mucosos mas ó menos estensos. En muchos niños los síntomas cerebrales llegan á producir el delirio, un sopor mas ó menos considerable y aun convulsiones.

2.º *Periodo, de erupcion ó de estado.* En jeneral empieza el 4.º ó 5.º dia. Se manifiestan, primero en la cara y despues en el cuello, pecho, abdómen y miembros, unas pequeñas manchas encarnadas, separadas entre si, casi circulares, poco prominentes y que solamente tienen algunas líneas de grandor, cuyo número se vá aumentando; las mas inmediatas se reunen por sus bordes, y de esta manera producen manchas mas grandes, pero nunca son bastante confluentes para formarlas que tengan mayor estension de una pulgada á una y media; casi no pueden confundirse por sus bordes sino en la cara, y aun el color rojo jeneral que procuran á los carrillos no es jamás tan uniforme como en la escarlatina confluyente, y es un poco mas violáceo y venoso. La erupcion llega á su mayor auge y se completa en el espacio de un dia ó de uno y medio. La tumefaccion de la piel es muy sensible en la cara y párpados y dificulta la vision. Despues de dos ó tres dias se van disminuyendo gradualmente la rubicundez y la hinchazon con el mismo orden que llevó la erupcion al manifestarse. La mayor parte de los síntomas jenerales y locales propios del 1.º periodo siguen á la erupcion en sus grados y se disminuyen hasta desaparecer poco á poco con ella, siendo en algunos casos su desaparicion mas pronta y en otros mas tardía. Hacia el 4.º dia de la erupcion, 7.º de la enfermedad á poca diferencia, las manchas tienen ya un color pálido y se vuelven amarillentas, desaparecen, y la epidermis cae en descamacion furfurácea. Este es el *periodo de descamacion ó de declinacion*, durante el cual sobrevienen á menudo flujos críticos, es decir, sudores, orinas abundantes y sedimentosas, y sobre todo la diarrea. Los síntomas febriles casi siempre han desaparecido completamente en esta época. La tos persiste aun durante muchos dias en algunos sujetos, y vá acompañada de una expectoracion á veces abundante y nummularia.

Tal es el serampion regular; pero ofrece numerosas variedades que son relativas las unas á la intensidad del mal, otras á la irregularidad de sus síntomas y marcha, y otras á sus complicaciones. Puede llamarse *intenso* cuando la calentura es violenta, las manchas numerosas, de un color rojo muy fuerte, y la duracion de los dos primeros periodos reunidos pasa de 7 ú 8 dias; y será *lijero* en las condiciones opuestas. Es

irregular de muchas maneras: 1.º por la falta de algunos de sus síntomas; 2.º por anomalías en su marcha y 3.º por los caracteres particulares de la erupcion. Asi se han visto casos de serampion sin catarro ó sin calentura, y tambien se ha observado la calentura morbilosa sin erupcion; en otros han estado pervertidos sus diferentes periodos como por ejemplo cuando el 1.º se prolonga mas de lo regular, cuando la erupcion no está convenientemente preparada, cuando es demasiado rápida y demasiado precipitada, cuando no empieza por la cara sino por alguna otra parte del cuerpo, cuando es tardía ó demasiado lenta, y en fin cuando dura mas ó menos de 3 á 5 dias, y por fin en otros casos la erupcion no tiene los caracteres propios, y asi Willan ha dado el nombre de *rubeola nigra* á una forma irregular del serampion que á veces se presenta al 7.º ú 8.º dia á corta diferencia, cuando la erupcion se vuelve de pronto lívida con la mezcla de un color amarillento. M. Rayer dice haber observado esta variedad, que parece afectar con preferencia á los niños muy débiles que padecen enfermedades crónicas; y nosotros la hemos visto en algunos casos en que habia una difnea intensa debida á una pneumonia coincidente, y entonces nos ha parecido resultar simplemente de la detencion de la sangre en los capilares venosos de la piel, consecuente á la difnea. Por fin el serampion puede hallarse *complicado* por muchas enfermedades, ya locales, es decir, cutáneas, como la miliar, lo que es raro, la púrpura, ó algunas otras erupciones que oscurecen la erupcion morbilosa; ya inflamaciones de las mucosas y de los órganos internos de que hablaremos mas adelante. A ellas es debida toda la gravedad del serampion que entonces suele llamarse *impropiamente maligno*, denominacion que debe reservarse para los casos raros en que hay un verdadero estado adinámico ó atáxico.

ESCARLATINA. Tiene tambien tres periodos. El 1.º en jeneral tiene una marcha rápida. Al cabo de algunas horas solamente, despues de los calofrios y mal estar, la calentura es ya muy manifiesta, el pulso frecuente y la piel muy caliente: el enfermo se queja de abatimiento, de cefalalja y de dolores contusivos en el tronco y miembros; la irritacion de la garganta regularmente es muy manifiesta; la mucosa bucco-faríngea está enrojecida y la deglucion es difícil; las de los

ojos, nariz y bronquios en jeneral se hallan poco afectadas y aun intactas; hay náuseas, anorexia y algunas veces vómitos. Este período raras veces dura mas de un día y aun algunas veces empieza el 2.º ó aparece la erupcion al cabo de algunas horas y son pocos los casos en que no aparece hasta al 3.º ó 4.º día.

Por lo regular la escarlatina se manifiesta primeramente en el cuello y en la cara, y algunas veces en el tronco, en las manos y en los piés y de ahí se estiende á las demás partes del cuerpo: por lo comun tarda uno ó dos dias antes de ocupar toda la superficie cutánea. Las manchas que la forman son muy pequeñas pero tan inmediatas entre si que pronto se reúnen y dan á la piel un color que por su uniformidad, es análogo al de la erisipela. Raras veces se observa esta confluencia en toda la estension de la piel; se la encuentra especialmente en la cara, hácia el pliegue de las articulaciones, en la parte superior é interna de los muslos, hácia los sobacos y en los pliegues de los brazos. En otros puntos las manchas están separadas por intervalos, en los cuales la piel está pálida y con los que se confunden insensiblemente en sus bordes. En los puntos en que la erupcion es confluyente tiene un color rojo de escarlata muy fuerte; y en jeneral tiene menos color en los puntos en que es discreta. En todos los casos la rubicundez desaparece momentáneamente bajo la presion del dedo. La piel está seca y ardiente y se hincha, mayormente en los puntos en que la erupcion es confluyente; los enfermos sienten en ella una fuerte picazon y una sensacion de ardor muy molesta. Al mismo tiempo la lengua, la boca y la garganta, la superficie interna de las narices y de los párpados se hallan inyectadas por un color rojo vivo. A menudo la lengua se halla primeramente cubierta de una capa blanquecina que oculta su rubicundez pero pronto se despoja de ella para manifestarse con un tinte vinoso del todo característico. Todos los síntomas febriles se mantienen en el 2.º período y siguen absolutamente la misma marcha de la erupcion aumentándose y disminuyendo con ella. La anjina es á menudo el síntoma dominante. En algunos casos hay vómitos, hipo, tos, epistaxis, mucha agitacion, ansiedad, delirio y aun convulsiones. Este período raras veces dura menos de 4 á 5 días y á menudo dura 6 ú 8.

En el 3.º la descamacion se efectúa con el mismo orden

que la erupcion, empezando en los puntos en que apareció primeramente, mientras que en otras se halla todavía en plena eflorescencia. La epidermis se desprende en forma de harina ó de escamas pequeñas ó mas grandes; á menudo forma pedazos muy estensos, sobre todo en los miembros y en los dedos de las manos y de los piés. A medida que se va haciendo mas jeneral la descamacion, se disminuyen y cesan los síntomas jenerales, como la calentura, la anjina y la sed, y vuelve el apetito. Algunas veces coinciden con su terminacion un sudor abundante, una epistaxis, diarrea, ú orina sedimentosa, y parecen obrar como una verdadera crisis; pero á menudo faltan tambien ó apenas se manifiestan estos flujos.

La escarlatina presenta variedades análogas á las del serampion, ya con respecto á su intensidad, pudiendo ser *discreta* y *confluyente*, durar mas ó menos, y ser mas ó menos intensa la calentura y los síntomas jenerales; ya relativamente á sus irregularidades, que son muchas, como cuando se presenta con todos los síntomas escepto el exantema, ó no acomodañan á este los demás fenómenos propios; ya por las diferencias relativas á la forma de la erupcion, pues nada es mas comun, mayormente en los casos en que es muy activa, el observar que en el fondo encarnado de la piel se elevan pequeños puntos formados por vesículas transparentes, despues opalinas y blanquecinas, por lo comun en gran número constituyendo una erupcion miliar, asi como nos han parecido estremamente raras las pápulas y pústulas que algunos autores dicen haber observado en union con la escarlatina; ya por fin á causa de sus complicaciones que forman las variedades mas importantes, como cuando la anjina es muy intensa y hace dar á la enfermedad el nombre de *escarlatina anjinoso*, etc. Llamaremos *maligna* á la escarlatina; no á causa de sus complicaciones, sino cuando las alteraciones de los órganos apreciables durante la vida ó despues de la muerte no bastan para esplicar los accidentes que se observan.

VIRUELAS. 1.º Período. Se notan los mismos síntomas que en las demás calenturas exantemáticas de qué hemos hablado, y algunas veces tienen mucha intensidad y pueden hacer creer con facilidad la existencia de una enfermedad local, como la meningitis, la gastritis, la pneumonia, etc., hasta que aparece

la erupcion. Entre estos pródromos, los que pertenecen á la perturbacion del estómago y el dolor dorso-lambar, por su frecuencia é intensidad, sirven mucho para predecir la erupcion variolosa mayormente en los sujetos que no han tenido las viruelas ni la vacuna. Este período, en jeneral, por lo menos dura dos dias, las mas de las veces de 3 á 4, y en algunos casos aun mucho mas. M. Guersent lo ha visto durar de 15 á 20 dias; siendo fácil de presumir la obscuridad de qué se halla rodeado el diagnóstico en estos casos extraordinarios, y las graves consecuencias que pueden resultar de ello con relacion al tratamiento.

2.º *Periodo.* La erupcion aparece primeramente en la cara, despues en el cuello, en el tronco y por fin en los miembros. Esta propagacion á todas las partes del cuerpo, por lo regular, tiene lugar en el espacio de 12 á 24 horas. La erupcion consiste en unas pequeñas manchas encarnadas, bastante bien circunscritas, que pronto se convierten en unas pequeñas eminencias, carácter que jeneralmente se halla bastante manifestado al cabo de algunas horas para que se pueda diferenciar esta enfermedad del serampion. La erupcion es pues primitivamente papulosa. Continuando sus progresos, la pápula levanta la epidermis, y ya se interpone entre esta membrana y el cuerpo mucoso de la piel una materia semi-líquida. Pronto se eleva mas esta especie de vesicula, al mismo tiempo que se ensancha su base, y despues se deprime en su centro, haciéndose umbilicada. Cuando ha adquirido todo su volúmen, el grano variólico varia desde el de una cabeza de alfiler grande hasta el de un guisante; en jeneral los mas voluminosos son los del pecho y de los miembros: á medida que van creciendo, la piel que los rodea se enrojece, se hincha y se pone tensa. Despues, en el mismo 2.º período, el grano variólico se convierte en una pústula; la materia, en parte líquida y transparente, que levanta la epidermis, se vuelve pus. Cada pústula constituye un pequeño absceso sub-epidérmico, pero se diferencia en que tiene menos tendencia á abrirse al exterior, como lo hacen los abscesos, que á terminarse por desecacion y reabsorcion. A medida que esta supuracion diseminada se efectúa en la superficie de la piel, las porciones de esta que rodean la pústula se van poniendo mas rojas, tensas é hinchadas, y

participan del trabajo inflamatorio que se desempeña en la superficie del cuerpo mucoso. Esta hinchazon á menudo es edematosa en la cara y sobre todo en los párpados que no pueden abrirse. Por fin las pústulas pierden su forma umbilicada, se vuelven exactamente redondas, blancas y opacas, y se van volviendo amarillas á medida que se van secando. Los fenómenos jenerales presentan una marcha muy notable en el curso de este período; por lo regular cesan casi completamente desde el primer dia de la erupcion, de modo que desaparecen como por encanto la calentura y los síntomas algunas veces muy graves que han acompañado al 1.º; todas las funciones se desempeñan debidamente, y aun reaparece el apetito, y el estómago puede decir los alimentos. Sin embargo, en los casos en qué la erupcion pustulosa se estiende á las mucosas de los ojos, de la nariz, de la boca, de la garganta y de la larinje, es claro que la inflamacion de estas membranas impide que los efectos de la enfermedad se concentren únicamente en la piel. En estas partes las pústulas no presentan los mismos caracteres que en la piel; la estructura diferente de las membranas mucosas les quita la forma umbilicada y hace que se ulceren mas pronto; pero la superficie de estas úlceras, que parece no haber destruido sino el epitelium, está cubierta de una materia lardácea análoga á la que se encuentra en las de la piel. Por fin, además de los síntomas regulares de esta inflamacion de las mucosas de los sentidos y de las vias bucco-farínjeas, se nota á menudo una abundante salivacion. Cuando se aproxima el momento de la supuracion vuelve á manifestarse la calentura, cuya invasion indica unos calofríos mas ó menos violentos; pronto se acelera el pulso y se desarrolla, la piel se pone caliente, y no tardan en manifestarse todos los demás síntomas que acompañan siempre al estado febril. Estos fenómenos jenerales preceden siempre, algunas horas por lo menos, á la transformacion purulenta de la materia sero-pultácea contenida en los granos variólicos; van aumentando hasta que es bien completa la supuracion, y despues se disminuyen luego que vá á empezar la desecacion.

3.º *Periodo.* Empieza del 10.º al 12.º dia de la enfermedad. La tumefaccion de la cara disminuye y desaparece, al paso que las manos y piés están todavía hinchados porque en ellos

la erupcion se halla aun en el período de supuracion: las pústulas mas antiguas son las que se secan primeramente: se vuelven flojas; la epidermis que las cubre se arruga y marchita; ya sea que el líquido se seque y ocupe menos puestó, ya sea que se escape por exudacion á través de la epidermis; en otros casos esta se rompe y deja fluir el líquido. En todos los casos el pus se concreta sobre la piel como la cera, formando costras amarillas que se secan y endurecen al contacto del aire.

La mayor parte de ellas permanecen adheridas á la piel durante algunos días, y despues se desprenden enteras espontáneamente ó arrancadas por el enfermo que le obliga á rascarse una fuerte comezon; otras se desprenden insensiblemente reducidas á fragmentos furfuráceos. La caida de las costras por lo regular se completa antes del 20.^o dia por lo menos en los niños, pues que en los adultos á menudo se prolonga hasta el 25.^o; y en lugar de ellas quedan unas depresiones rojizas que pierden poco á poco este color, pero que casi nunca se borran completamente. En este último período, las inflamaciones eritematosas ó pustulosas de las mucosas se terminan con rapidez por resolucion ó por cicatrizacion. En cuanto á los fenómenos jenerales, á menudo han desaparecido completamente, aunque haya todavía en las estremidades pústulas en supuracion; y con mayor razon han cesado del todo cuando en todos los puntos se ha efectuado la desecacion.

Son muchas las variedades de esta enfermedad. Las viruelas se llaman *discretas* cuando las pústulas son poco ó medianamente numerosas y casi todas separadas entre sí por intervalos de una cierta estension, y *confluentes* cuando hay muchas pústulas, de modo que casi todas se tocan. Es claro que entre los grados estremos de estas dos formas hay una multitud de intermedios. Muchas viruelas son al mismo tiempo confluentes en la cara y discretas en los miembros. En las confluentes el trabajo patológico es mas intenso no solamente en la piel, sino tambien en las mucosas, y todos los síntomas jenerales tienen mayor violencia. Los pródromos son mas graves, la erupcion mas precoz, y mas rápida su marcha; la calentura no cesa siempre en el principio del 2.^o período, y la supurativa es muy intensa. En muchos casos, sin que haya complicacion alguna visceral propiamente dicha á mas de las inflama-

ciones pustulosas de la boca y de las vias faringo-larinjeas, la potencia vital parece demasiado débil para que la erupcion pueda efectuarse completamente; la supuracion no llega al estado de madurez, las pústulas permanecen serosas y cristalinas, el pulso se debilita, la piel se enfria y la debilidad ocasiona la muerte antes de que la enfermedad haya llegado á su último período. En otros casos la erupcion es tan discreta y los síntomas jenerales tan poco intensos que se ha creído que forman afecciones distintas, que se han llamado *varioloides*, *viruelas falsas ó bastardas*, etc.; pero nos adherimos á la opinion que las considera como variedades de la misma afeccion, de la cual se diferencian por su intensidad y no por su naturaleza. Tampoco admitimos diferencia alguna de naturaleza entre una primera y una segunda viruela, entre las que sobrevienen en un sujeto no vacunado y en otro que ha tenido la vacuna verdadera, y en fin entre la espontánea y la inoculada. En cuanto á la verdadera variolóide ó *viruelas locas*, cuya erupcion pertenece á la clase de las vesículas, no debe confundirse con las afecciones variolosas, de las cuales se distingue por sus caracteres locales y jenerales, y porque no es susceptible de transmitirse por inoculacion, transformándose en unas verdaderas viruelas. Se han admitido muchas otras variedades con relacion al aspecto particular de las pústulas y á las erupciones de otra naturaleza que pueden coincidir con ellas: así se llaman las viruelas *cristalinas* cuando las pústulas, en lugar de contener pus hácia el fin del 2.^o período, se llenan solamente de serosidad; carácter que es de mal agüero porque indica la debilidad del organismo, ó por lo menos que no hay en la piel la actividad necesaria para perfeccionar la supuracion. Se llaman *verrugosas ó córneas* cuando las pústulas se endurecen ó se secan sin romperse; *penfigóides* cuando las pústulas son muy anchas, y se parecen á las flictenas del pénfigo: si no pasan al estado de supuracion puede aplicárseles lo que acabamos de decir de las cristalinas; pero si se efectúa la supuracion la terminacion puede ser tan feliz como en la viruela comun, solo que la desecacion es menos regular. En algunas pústulas la materia purulenta, hecha mas líquida por la abundancia de serosidad, no se concreta, reblandece y rompe la epidermis, y se evacúa sin formar costras. Se han llamado

sanguíneas, las viruelas, cuando las pústulas contienen sangre ó por lo menos un líquido sanguinolento.

Entre las complicaciones de las viruelas nos limitaremos á mencionar el serampion, la escarlatina, el ectima, la púrpura hemorrágica, la erisipela, los diviesos, y los abscesos sub-cutáneos. M. Guersent dice que ha visto muchas veces desarrollarse en seguida de las pústulas variólicas los tubérculos del favus. Entre estas diferentes erupciones, el serampion, la escarlatina y la púrpura, en jeneral, son las mas graves; imprimen á la marcha de los síntomas una grande irregularidad, no solamente con relacion al desarrollo de la erupcion, si que tambien con respecto á las perturbaciones de las funciones de las grandes vísceras. Las demás complicaciones son las inflamaciones eritematosas ó pustulosas de las mucosas superiores ó de los órganos profundos, tales como el estómago, los intestinos, el pulmón, las membranas serosas del pecho, del abdomen y de la cabeza, y aun el mismo encéfalo; las hemorragias por las superficies mucosas; las convulsiones, y otros accidentes nerviosos de forma atáxica ó adinámica, que constituyen las viruelas *malignas* propiamente dichas.

COMPLICACIONES. Para que una enfermedad cualquiera pueda considerarse como una complicacion de las calenturas exantemáticas es preciso: 1.º que se desarrolle en la época en que el organismo se halla bajo la influencia de estas calenturas, y 2.º que tenga, con respecto á su naturaleza y sitio, alguna relacion con la naturaleza y sitio de la afeccion primitiva. La 1.ª condicion existe siempre que la complicacion sobreviene antes de la terminacion del período de descamacion, y la 2.ª exige algunas esplicaciones acerca la constitucion elemental de las calenturas exantemáticas, de qué vamos á ocuparnos.

Debe notarse en 1.º lugar en ellas la erupcion cutánea, que no forma su esencia, pero sí un elemento secundario importante; en 2.º lugar se vé que los tegumentos internos están afectados por lesiones análogas, sino idénticas, á las que se hallan en la piel, y este 2.º elemento es casi tan característico como el 1.º; y en 3.º lugar la calentura, elemento inseparable que precede á los otros dos, es mas bien anterior que consecutivo á ellos. Segun el orden de filiacion que se puede establecer entre los fenómenos patológicos, la calentura tiene

verdaderamente bajo su dependencia á los exantemas cutáneo y mucoso, y solo está subordinada á ellos secundariamente, cuando el trabajo exantemático adquiere demasiada intensidad, como se vé en el período de la supuracion de las viruelas. Por fin, remontándonos cuanto nos permiten la observacion y la induccion, hallamos en las calenturas eruptivas un elemento primordial que forma su esencia, y es una alteracion especial de la sangre, sin que por ahora podamos decir en que consiste; pero es evidente que es el origen de todos los síntomas de estas fiebres; suscita en el organismo la calentura, que consideramos como un esfuerzo reaccional que prepara la eliminacion del principio extraño que se ha introducido en la sangre; eliminacion que se completa en el organismo por el trabajo especial que se efectúa en las membranas tegumentarias.

Cuando estas acciones, jenerales ó locales, se hallan sometidas á una causa cualquiera perturbatriz, no efectúan una depuracion conveniente, y entonces se manifiestan otros actos patológicos, ya en los órganos destinados primitivamente para servir de emunctorios, ya en los que por lo regular no sirven como á tales; y entonces es cuando las calenturas exantemáticas se complican. Es fácil de presumir que son muchas y diferentes las causas que pueden intervenir en el desarrollo de estas complicaciones. La edad, el sexo, el temperamento, el estado de salud anterior, la constitucion y la idiosincrasia, pueden ocasionar una actividad insuficiente ó aumentada, ya á la calentura, ya á los exantemas; y todas las causas esternas pueden producir el mismo resultado. Siempre que estas causas no hacen mas que exajerar uno ó muchos de los actos patológicos elementares de la calentura eruptiva, esta exajeracion constituye una complicacion directa; pero si disminuyen intempestivamente la enerjía de estos actos (la calentura y la erupcion), la misma fuerza que las producía tiende á promover otros nuevos actos diferentes de los primeros y que por consiguiente son irregulares y anormales. Estas complicaciones se desarrollan entonces de una manera indirecta, es decir, en seguida de una reaccion secundaria de la fuerza vital. Además las complicaciones de las calenturas eruptivas pueden resultar de la localizacion del trabajo depuratorio en otros órganos, porque no es suficiente, con relacion á la causa pa-

tojénica, la eliminacion que se efectúa en la piel y en las membranas mucosas.

Las enfermedades que pueden considerarse como complicaciones del elemento cutáneo, en jeneral, tienen poca importancia: en los mas de los casos indican una actividad preponderante en el trabajo eruptivo propiamente dicho, que tiene mayores ventajas que inconvenientes. Asi, á las manchas eritematosas del serampion y de la escarlatina se añaden á menudo erupciones vesiculares, la *sudamina*, la miliar, y algunas veces pápulas. En las viruelas no es muy raro el ver debajo de las pústulas un fondo erisipelatoso, ó bien que se compliean con algunas otras formas de inflamacion de la piel; algunas veces las pústulas se escavan profundamente y penetran hasta el tejido celular, ó van acompañadas de abscesos sub-cutáneos: en ambos casos la supuracion que se hace debajo del dermis es una verdadera complicacion, lo mismo que la de los ganglios linfáticos de las rejiones exteriores del cuerpo; por fin, á causa de un esceso de inflamacion ó de la accion séptica del virus exantemático, sobreviene algunas veces la mortificacion de la piel, ó sea, la formacion de escaras en ella.

Una complicacion muy grave, que manifiesta en parte sus efectos en la piel, es la *púrpura hemorrájica*, enfermedad bastante rara en el serampion, y mas comun en la escarlatina y las viruelas. Cuando las manchas hemorrájicas son poco numerosas y no coinciden con alguna hemorragia visceral tienen poca importancia, y á menudo no imprimen á la enfermedad ninguna tendencia peligrosa; pero cuando son numerosas y van acompañadas de hemorragias por las vias aéreas ó digestivas deben siempre hacer pronosticar gravemente, pues todo hace creer que son debidas á una viciacion profunda de la sangre.

Con respecto á las lesiones de las mucosas, debemos hablar primero de la ocular, cuya inflamacion, regularmente mayor en el serampion que en la escarlatina, y eritematosa en ambas, puede aumentarse, persistir á pesar de la erupcion cutánea, y constituir una oftalmía catarral intensa y aun purulenta, ocasionando las lesiones mas graves en la córnea. En las viruelas comunmente, á mas del eritema de la conjuntiva, se forman pústulas que tienen poco peligro si solo se encuentran en los párpados, pero cuando se hallan en la córnea pue-

den ocasionar úlceras, manchas y otros accidentes mas graves, mayormente en las confluents.

La coriza que acompaña al serampion y escarlatina raras veces origina una complicacion importante, sin embargo algunas veces, en la última sobre todo, tiene mucha intensidad, se acompaña de una secrecion pseudo-membranosa y merece una atencion especial. En las viruelas, el orificio de las fosas nasales está á menudo cubierto de pústulas que aun pueden hallarse en toda la mucosa pituitaria. La hinchazon de esta membrana dificulta el paso del aire y la respiracion; y su inflamacion, á causa de su intensidad puede ser causa de que se desnuden de las partes que las cubren algunos puntos de las paredes de la cavidad nasal, de lo que resultan caries y necrosis consecutivas.

La inflamacion bucco-faríngea, regularmente eritematosa pero algunas veces pseudo-membranosa en el serampion y escarlatina, es pustulosa en las viruelas. Bajo la forma eritematosa solamente es grave cuando es muy intensa, hace la deglucion dolorosa y difícil, y parece que sostiene ó aumenta el estado febril. La mucosa de las paredes de la boca, de la lengua y de la garganta, es entonces notable por su viva rubicundez, por su sequedad, por la ereccion de las papilas, y por la hinchazon de las amígdalas que pueden llegar á obliterar casi completamente la garganta. Si la inflamacion se estiende al tejido celular y á los ganglios linfáticos inmediatos, pueden resultar abscesos. La inflamacion bucco-faríngea unas veces termina por resolucion, otras por abscesos cervicales y sub-maxilares y por fin en algunas por ulceracion y por gangrena. En la escarlatina es cuando tiene mayor tendencia á hacerse pseudo-membranosa, y entonces toma el nombre de anjina de Fothergill (páj. 227), la cual siempre es grave por si misma, pero la coincidencia de una coriza pseudomembranosa la hace aun mas temible. En la escarlatina se observan tambien bastante á menudo las parótidas. En las viruelas, las pústulas que nacen en el interior de la boca y de la garganta ocasionan siempre vivos dolores y la dificultad de la deglucion. Acompañadas de un esceso de inflamacion pueden tener las mismas consecuencias que las demás formas de estomatitis y de anjina que acabamos de indicar. Se le añade tambien,

pero con menos frecuencia en los niños que en los adultos, una sobre-escitacion de las glándulas salivales que segregan una saliva abundante; salivacion que se presenta aun en algunos casos en qué la mucosa bucco-faríngea no tiene pústulas ni flogosis.

La inflamacion de la mucosa aérea que acompaña todas las calenturas exantemáticas y sobre todo el serampion, toma el carácter de complicacion cuando ocupa una grande estension de ella, cuando tiene muchísima intensidad, y cuando persiste despues del período de erupcion. Puede ser simplemente catarral, es decir ocupar especialmente los folículos mucosos, y tender como todos los catarros en jeneral, á dejar dominar la lesion de secrecion á medida que la flogosis propiamente dicha disminuye y cesa: en el serampion es cuando guarda lo mas comunmente estos caractéres. En la escarlatina tiene mayor tendencia á permanecer seca y parece ocupar todo el tejido mucoso, y no principalmente sus glándulas mucíparas. Por otra parte en ambas enfermedades puede volverse pseudo-membranosa accidentalmente, por efecto de una constitucion epidémica especial ó mas bien á causa de su sola violencia. Tiene tambien una tendencia no menos peligrosa de propagarse por continuidad hasta á las últimas ramificaciones bronquiales y ocasionar todos los accidentes propios de la bronquitis capilar. Es, en jeneral, tanto mas grave bajo estos puntos de vista cuanto mas inmediata es á la calentura eruptiva la época en qué se desarrolla: cuando esta ha recorrido convenientemente sus dos primeros períodos y la complicacion sobreviene durante el curso y no en el principio de la descamacion, por lo regular se desarrolla con mayor lentitud. La inflamacion de las vias aéreas que acompaña á las viruelas debe regularmente su gravedad á la presencia de mas ó menos pústulas en la larinje y en la traquea que se transforman con rapidez en otras tantas úlceras y ocasionan todas las consecuencias de las larinjítides graves, y síntomas análogos hasta un cierto punto con los del crup. Desde los bronquios, la inflamacion pasa al pulmon. En el serampion, la pneumonia afecta casi constantemente la forma lobulillar, porque la bronquitis que la precede presenta todas las condiciones que favorecen su propagacion á los lobulillos, al principio de una

manera diseminada. En la escarlatina y en las viruelas la pneumonia es mas rara, la flogosis de los bronquios, menos esencialmente catarral, se transmite con mayor facilidad en masa á una cierta estension del pulmon; ó por lo menos si, como creemos se asemeja aun mucho, con respecto al modo como se desarrolla, á la pneumonia lobulillar, adquiere con mayor rapidez su aspecto, se jeneraliza con prontitud y pierde esta forma que hemos llamado pseudo-lobular.

Las complicaciones que sobrevienen en los órganos dijestivos se refieren tambien á la lesion elementar que determinan las calenturas eruptivas localizándose en la mucosa gastrointestinal. Esta lesion, en los casos simples, se anuncia por todos los síntomas propios de las hiperemias del tubo alimenticio, á saber, la anorexia, la sed, algunos vómitos, un dolor abdominal poco intenso y un poco de meteorismo y de diarrea. Cuando es exajerada ocasiona verdaderas gastrítides ó enterítides sin carácter alguno especial, ó bien acompañadas de productos pseudo-membranosos ó que se terminan por gangrena. En el serampion la inflamacion obra con preferencia en los intestinos gruesos, afecta en ellos casi esclusivamente la forma catarral y se asemeja mucho mas que á las flegmasias puras, á las lesiones de secrecion, en cuya descripcion hemos insistido al tratar de las diacrisis. Este catarro de los intestinos gruesos se manifiesta en todas las épocas de la enfermedad; en rigor puede no considerarse como una complicacion mientras tiene una mediana intensidad, y con mayor razon puede ser ventajoso cuando sobreviene durante la descamacion, sin síntomas de inflamacion violenta, si tiende á disminuirse y á desaparecer espontáneamente despues de una corta duracion; porque entonces, como una verdadera crisis, contribuye por su parte á completar el trabajo depuratorio para el cual no han bastado los demás órganos. El catarro intestinal crítico se nota igualmente, pero tal vez con menos frecuencia, en la escarlatina y en las viruelas. En la escarlatina la inflamacion afecta á menudo á los intestinos delgados y especialmente el aparato de los folículos hacinados. Esta flogosis de las manchas de Peyer, aunque á primera vista se parece á la que caracteriza á la calentura tifóidea, presenta en jeneral algunas diferencias con respecto á la anatomía, y se dis-

tingue por la falta de la materia sub-mucosa que constituye las manchas duras, por su coloración viva, por la hinchazón mas considerable que indica una flogosis mas intensa que la que regularmente hay en la dotinenteria, y por su menor tendencia á la ulceración. Los síntomas, en el principio son los de una enteritis grave, y después constituyen accidentes graves parecidos á los de la verdadera dotinenteria, pero sin duda dependen menos de la lesión local de los intestinos que de la misma afección general. En las viruelas la flegmasia afecta bastante á menudo principalmente á la mucosa gástrica, y sus síntomas mas notables son la sed intensa, los vómitos y el dolor del epigastrio. En jeneral, en todos los casos de inflamación violenta y profunda del estómago ó de los intestinos, en la mucosa bucco-faríngea se notan tambien señales de flogosis, ó por lo menos esa sequedad y rubicundez de la lengua que indican tan bien el estado del tubo digestivo.

Las calenturas exantemáticas llevan algunas veces alguna parte de su acción en la mucosa jénito-urinaria; pero este efecto en jeneral es tan lijero que no se advierte. En los períodos de invasión y de erupción, la mucosa del glande, del prepucio y de la vulva presentan un estado de hiperemia y algunos pedazos de una concreción blanquecina, análoga á la clara del huevo coagulada, que parece efecto de la coagulación del moco, como la que se encuentra en la boca al rededor del cuello de los dientes. Esto se nota especialmente en el serampion. En estas circunstancias es probable que la flegmasia se estiende á las partes internas de aquella mucosa, lo que no constituye una complicación. Algunas veces adquiere un carácter del todo catarral, como lo hemos dicho hablando de la leucorrea de las niñas; pero constituye un accidente mucho mas grave cuando ocasiona la ulceración y aun la gangrena de la vulva, de lo cual se han visto algunos ejemplos.

Además de las inflamaciones, padecen en algunos casos las membranas mucosas hemorragias mas ó menos graves que coinciden casi siempre con las manchas purpúreas de la piel; depende esto de una diátesis hemorrágica debida á la misma causa que ha producido la calentura eruptiva, y se observan con preferencia en las viruelas. Los vasos capilares, incompletamente estimulados por una sangre profundamente viciada en

su composición, pierden su tonicidad y dejan trasudar al través de sus paredes el líquido que pasa por ellos: entonces este se derrama en la superficie de las mucosas, se infiltra en su espesor, en el de la piel, en el tejido celular y en el parénquima de diferentes órganos, y constituye una de las complicaciones mas graves; su peligro inmediato puede resultar de la misma hemorragia, que puede ser funesta por su abundancia; pero, por lo comun, sobreviene la muerte menos por causa de ella que por el estado atáxico y los síntomas de malignidad propiamente dicha que parecen ligados á la alteración profunda de la sangre. A menudo no se encuentran en los cadáveres lesiones locales suficientes para explicar la muerte; y en algunos casos indican bien su causa las hemorragias intersticiales que se hallan en las tunicas del estómago, en los pulmones ó en los centros nerviosos. La pituitaria es el sitio mas frecuente de las hemorragias, y después la túnica interna del estómago y de los intestinos: las hemoptises y hematurias son mas raras.

Además pueden presentarse otras complicaciones, como hidropesias internas ó esternas que pertenecen con preferencia á la escarlatina, é inflamaciones del tejido celular, de las membranas serosas y sinoviales, de los músculos, del tejido fibroso, del periostio y aun del mismo tejido óseo, como tambien de los diferentes órganos contenidos en las tres cavidades. Sin embargo la mayor parte de estas enfermedades son mas raras que las que se refieren á las lesiones exantemáticas elementares. Por fin debe tambien considerarse como una complicación muy grave de estas calenturas la adinamia y la ataxia, y constituye la verdadera malignidad de ellas; no deben pues llamarse *malignas* en los casos en que son muy graves por su complicación con una flegmasia, etc., como lo hacian los antiguos, reservándose para aquellos casos en que, atacado profundamente el sistema jeneral de las fuerzas y la inervación, presentan un carácter particular al cual se hallan subordinados todos los síntomas. La influencia maligna se estiende á muchos casos en los cuales hay lesiones locales, y explica mejor que estas las horripilaciones, las ansiedades precordiales, las congostas, los accidentes neurálgicos ó convulsivos, el lumbago, etc., que se presentan en el principio ó durante el curso de las calenturas eruptivas.

DIAGNÓSTICO. Mas de una vez presenta verdaderas dificultades. En el 1.º período el problema consiste en diferenciar si el niño tiene una calentura exantemática ú otra afección aguda, y en el primer caso cual de ellas es. Para ello el médico procurará saber si el enfermo las ha tenido ó no todas ó alguna de ellas y si ha sido vacunado; pues es muy raro que se padezcan mas de una vez: además se han de examinar con mucha atención los síntomas locales que se presentan para conocer si son capaces de producir la calentura, por lo comun, intensa que los acompaña, pues sino es asi debe considerarse al estado jeneral como primitivo, y es preciso esperar el verlo manifestar por su localizacion en la superficie de la piel. Por fin, la naturaleza misma de los síntomas locales del período de invasion suministra en jeneral indicios bastante ciertos; pues, como lo hemos dicho en la sintomatología, en cada una de las calenturas exantemáticas presentan alguna diferencia. Asi en el serampion se nota el predominio del estado catarral, que deberá atribuirse á una calentura simplemente catarral sino le sigue la erupcion despues de 3 ó 4 dias: en la escarlatina es mas intensa la anjina, y como el 1.º período no dura mas de dos dias, pronto disipa las dudas la erupcion; y en las viruelas los vómitos y el dolor lumbar reunidos con la calentura y las lesiones de las mucosas superiores son los que tienen mayor valor. En el 1.º período de esta enfermedad bastante á menudo hay convulsiones y otros accidentes nerviosos que se observan mas raramente en el serampion y la escarlatina, y que acompañan tambien la invasion de cualquiera flegmasia aguda; pero en las calenturas eruptivas este epifenómeno solo puede atribuirse á la calentura, y no se notan los síntomas de afeccion alguna local bastante grave para explicar su desarrollo.

En el 2.º período raras veces es obscuro el diagnóstico, que se funda en la aparicion y en los caracteres de la erupcion. Sin embargo estos no son siempre tan marcados que no puedan dar lugar á equivocaciones. El serampion puede confundirse con la escarlatina y las viruelas en las primeras horas de su aparicion. En quanto á la escarlatina y las viruelas nos parece que no pueden equivocarse entre sí porque las manchas de la primera no forman prominencia apreciable como las viruelas. El carácter de prominencia no es constante en el sé-

rampion, y solamente cuando falta puede confundirse con la escarlatina; pero aun es preciso que esta sea discreta, pues que si es confluyente no puede simular al serampion, cuyas manchas siempre son discretas.

M. Stöber ha dado el nombre de *escarlatina rubeolosa* á una variedad de escarlatina «que, dice, está caracterizada por una erupcion de manchas rosáceas, anchas de 1 á 5 líneas, irregulares, separadas por intervalos de color natural. Estas manchas se manifiestan sobre todo en el tronco y en los miembros, y con menos abundancia en la cara. Son mas anchas y mas pálidas que las del serampion, no tienen su figura, y por lo comun no forman prominencia sobre la piel; sin embargo en algunas epidemias se han visto cubiertas cada una de estas manchas de una ó muchas vesículas no cristalinas y mas pequeñas que las de la *sudamina*. Las manchas persisten de 3 á 5 dias, y les sigue una descamacion en parte furfurácea y en parte laminosa: la epidermis se levanta en pedazos bastante anchos, particularmente en las manos. Precede á la erupcion algunas horas ó de uno á dos dias una calentura regularmente lijera, y que sin embargo algunas veces es bastante intensa, y que subsiste durante los primeros dias de la erupcion. Además acompaña á la enfermedad una anjina poco intensa, y aun algunas veces tan lijera que los niños no la aquejan; cuando se examinan las fauces se vé en ellas rubicundez y á menudo una lijera tumefaccion de las amígdalas. La lengua es blanquecina, punteada de rojo. La enfermedad sigue en jeneral una marcha benigna, y algunas veces con dificultad puede conseguirse que los enfermos permanezcan en la cama; pero con frecuencia, durante la convalecencia y aun en el curso de la afeccion, se desarrolla un anasarca y sobre todo parótidas que pueden hacerse muy graves.» Segun el mismo autor los franceses han confundido con la *roseola*, y los alemanes la describen con el nombre de *ratheln*, *rubeole*; pero estos no están conformes acerca su naturaleza, pues Wichmann cree que es una variedad del serampion, otros piensan que es una especie de escarlatina, Hildenbrand sostiene que es el producto de la reunion de estos dos exantemas, y otros dicen que es un exantema especial. Creemos, con M. Stöber, que es una variedad de la escarlatina, porque hemos notado, como él, que estas dos en-

fermedades reinan á un mismo tiempo, que la variedad ocupa á veces una rejion del cuerpo al mismo tiempo que en otra se halla la escarlatina pura y confluyente, que va acompañada de anjina y la siguen las parótidas é hidropesías, y por fin que al transmitirse parece que puede producir en unos sujetos la misma variedad y en otros la escarlatina regular.

Algunas veces la prominencia de las manchas del serampion es muy notable y este, que entonces mereceria que se le llamase *granuloso*, puede equivocarse con la erupcion incipiente de las viruelas; equivocacion que solo puede durar algunas horas, y aun en ellas casi siempre podrá desvanecerse atendiendo á la naturaleza de los síntomas que han acompañado la invasion.

Es mas difícil el diagnóstico cuando en estas calenturas no aparece el exantema cutáneo. En estos casos raros solo puede admitirse la existencia de una calentura eruptiva si los que la padecen han estado sometidos á la infeccion ó al contagio, y el exantema mucoso y la calentura siguen la marcha y tienen los caracteres regulares de esta clase de afecciones. Con respecto á estas calenturas sin exantema cutáneo deben admitirse dos variedades, en una de ellas se nota una descamacion epidérmica aunque no haya habido erupcion anterior, y en la otra falta tambien la descamacion. En otros casos falta ó es poco manifesto el exantema mucoso; pero la marcha de la erupcion y de la calentura y las circunstancias etiológicas aclaran el diagnóstico. Por fin á veces falta mas ó menos completamente el estado febril, y entonces sino es muy marcada la erupcion, puede pasar sin haberse percibido, pudiendo sobrevenir despues hidropesías ú otras afecciones.

Por lo que toca á las complicaciones es claro que el diagnóstico debe fundarse en los caracteres de las enfermedades que las constituyen.

Pronóstico. Hay una multitud de circunstancias que hacen variar el pronóstico, y en general puede decirse que el médico, en los mas de los casos, no posee datos en qué pueda fundar su pronóstico y preveer su determinacion; pues el serampion mas simple y mas regular, por ejemplo, puede complicarse, á causa de una variacion atmosférica, con una pneumonia grave; pero puede asegurarse sin embargo que el serampion y escarlatina, mientras son simples, no presentan pe-

ligro, pero en las viruelas confluentes, aunque no haya complicacion alguna visceral, debiendo efectuarse la supuracion en una grande estension puede agotar las fuerzas del enfermo y ocasionar su muerte. Por lo demás en estas calenturas puede modificarse su marcha y terminacion y producirse su retropulsion por circunstancias imprevistas y á menudo inapreciables; y por lo que toca á sus complicaciones deben agravar tanto mas el pronóstico cuanto mas graves son ellas, debiendo advertirse que, en este caso, la naturaleza particular del agente específico que las acompaña, les imprime mayor tendencia á una terminacion funesta. Entre los resultados peligrosos de las calenturas que nos ocupan y que quedan indicados, no debe omitirse la influencia que ejercen en la produccion de las afecciones tuberculosas. (V. la páj. 152.)

TRATAMIENTO. Es susceptible de muchísimas modificaciones. Las calenturas eruptivas normales en jeneral no exigen medicacion alguna activa, sino una simple espectacion, es decir, la dieta, las bebidas mucilajinosas y todos los demás medios simples que se emplean en las enfermedades agudas ligeras. Los enfermos deben permanecer indispensablemente en la cama, en la cual se han de mantener calientes pero no cargados de ropa, el aire exterior debe tener un calor suave y se ha de renovar con todas las precauciones necesarias para prevenir el enfriamiento. Se procurará que las bebidas sean ligeramente diaforéticas, dándolas calientes ó reemplazando las tisanas simplemente mucilajinosas con las infusiones de borraja, de tilo, de sauco, etc., para mantener la erupcion cutánea. En jeneral se proscriben las bebidas acídulas, como las limonadas. Si se cree que se debe obrar con un poco mas de energía, bajo el mismo punto de vista, se aplican en los miembros sinapismos volantes moderados con la adiccion de la harina de semillas de lino; y tambien se pueden envolver los piés y las piernas con algodón cardado y tela encerada. Las inflamaciones ligeras de los ojos, nariz y fauces solo reclaman el uso de colirios, inyecciones, fumigaciones ó gargarismos mucilajinosos, y en los mas de los casos ni siquiera se emplean: en el serampion, en qué regularmente es muy grande la fotofobia, nos limitamos á preservar los ojos de una luz viva. Cuando la tos es intensa y muy molesta pueden darse los preparados de lechuga y aun

de opio, con tal que estemos bien seguros de qué tiene un carácter nervoso y no resulta simplemente de la preponderancia de un estado catarral; además la calentura debe ser moderada y el cerebro escento de toda congestión. Sin estas condiciones los narcóticos siempre tienen inconvenientes; y así es mejor no usarlos, ó bien esperar á prescribirlos, hácia el fin del 2.º período, y entre tanto se administran las pociones gomosas y héchicas. Si hay constipación debe mantenerse el vientre libre por medio de lavativas emolientes. Durante todo el curso de la enfermedad deben tenerse las mayores precauciones para preservar al niño del frío y prevenir las repercusiones que este pudiera ocasionar; debiendo continuarlas aun despues de la desaparición de la erupción, pues la descamación dura muchísimo tiempo y hasta que esté concluida puede ser perjudicial la acción del aire exterior. Cuando los enfermos ya se levantan se les debe cubrir con frazada aun en las estaciones calientes, se les hace permanecer en el cuarto aun 15 ó 20 dias por lo menos aunque su salud parezca perfecta y se ha de favorecer la conclusión de la renovación epidérmica con fricciones estimulantes, secas, aromáticas ó espirituosas practicadas mañana y tarde en toda la superficie del cuerpo. Hácia el fin del 2.º período puede permitirse á los niños un poco de leche ó de caldo lijero y cuando ya ha cesado la calentura los alimentos, primero suaves y lijeros, y luego mas nutritivos.

Tal es el tratamiento que conviene siempre que la enfermedad marcha debidamente; y siempre debe el práctico observar mucho al enfermo para poder moderar ó reanimar pronto segun los casos el trabajo depurativo local y el movimiento febril jeneral; con los antiflojísticos, ó los escitantes jenerales ó locales que no convienen en los casos simples sino cuando deben combatirse irregularidades ó complicaciones. Un exceso de intensidad en la calentura y en los exantemas puede indicar el uso de los antiflojísticos; así en el 1.º período, si la calentura es muy considerable y hace temer un *raptus* sanguíneo hácia un órgano importante y sobre todo sino aparece la erupción á tiempo no debemos titubear en prescribir una emisión sanguínea; y á menudo sigue inmediatamente á la especie de remisión que resulta de ella la aparición del exantema y desaparecen todos los síntomas graves. Sin embargo

en tales casos nos parece sumamente importante el aplicar revulsivos en la piel para llamar la erupción á ella; pues sin esta precaución, si la disminución de las fuerzas debida á la sangría pasaba de los límites convenientes, pudiera tener un efecto verdaderamente perjudicial, privando la erupción. En el 2.º período de la escarlatina y serampion la calentura sola no es un motivo suficiente para sangrar, pues que se necesita para la depuración; y así solo se hallan indicadas las emisiones sanguíneas jenerales ó locales cuando hay complicaciones inflamatorias. Al contrario en las viruelas la sangría debe tener por objeto no solamente el favorecer la erupción cuando un exceso de calentura la hace tardía, sino tambien el prevenir la flógosis cutánea que tiene lugar en la época de la supuración y que por si sola presenta mucho peligro en las confluencias. En esta forma de la enfermedad solo es peligrosa la sangría cuando se emplea demasiado tarde; así, por ejemplo, si ya hay pus en las pústulas, favorece la reabsorción de la materia purulenta y es mortal; pero en el principio, con tal que se emplee en los límites convenientes, nunca presenta inconvenientes.

La intensidad de la flegmasia cutánea, en la escarlatina, en algunos casos parece orijinar una agravación sensible del estado del enfermo, por lo que debe combatirse. Por lo menos tal es la práctica jeneral de los médicos ingleses que se valed para ello de las afusiones frias y de los purgantes y laxantes, así como los franceses tienen por principio el respetar la marcha de la erupción, y no emplear medio alguno estérno ni interno capaz de modificarla enérgicamente. El método de las afusiones frias es poco conocido en Francia, y en los autores ingleses no se halla claramente esplicada la indicación de las condiciones que deben hacerlo emplear ó desechar. Creemos que la existencia evidente de una flegmasia interna debe contraindicarlo, y que debe reservarse para los casos en que la reacción jeneral y la erupción local son intensas, y tienden por esto solo á producir accidentes, tales como las congestiones cerebrales, y entonces obra como en las calenturas ardientes; y cuanto mas se asemeja á estas la escarlatina, mas útiles nos parecen los refrigerantes, que disminuyen la sensación de ardor que sienten los enfermos en la piel, deprimen al pulso, hacen cesar el delirio, y ocasionan una calma y una

sensacion de bien estar muy manifiesta. En lugar de las afusiones frias, pueden prescribirse, siguiendo el ejemplo de Bateman, lociones con agua y vinagre en una parte mas ó menos estendida de la piel, repetidas con mas ó menos frecuencia, guiándose por la violencia del calor. Bateman aconseja tambien el uso de los baños simples que parece han probado tambien bajo la direccion de M. Guersent; deben ser tibios ó casi frios y bastante prolongados para poder efectuar una sedacion sensible del calor cutáneo y de la calentura: se repiten á medida que la reaccion tiende á hacerse preponderante. Los purgantes y laxantes empleados aun desde el principio del mal, aumentando la fluxion intestinal deben efectivamente disminuir la que se efectúa en otros puntos: y promoviendo las evacuaciones alvinas, hacen mas completos y mas perfectos los actos críticos de la depuracion. Con ellos puede esperarse evitar con mayor seguridad las complicaciones consecutivas que, en muchos casos, dependen evidentemente de la falta de fenómenos críticos hácia el fin de la enfermedad. Los ingleses prefieren los calomelanos seguramente á causa de la propiedad escitante y diaforética que tienen á mas de la laxante: Willan los aconseja á la dosis de 2 ó 3 granos mezclados con partes iguales de polvos de antimonio. En el serampion el predominio del elemento catarral en la mucosa aérea contraindica evidentemente el uso del frio, y en las viruelas, para las cuales lo han aconsejado algunos prácticos, nos parece casi tan contraindicado como en el serampion, y solo puede convenir en casos particulares; pero en cuanto á los purgantes se han preconizado igualmente contra estas dos enfermedades: pueden tener en ellas ventajas efectivas cuando no hay contraindicaciones. Sin embargo en Francia se usan con sobriedad y solo los prescriben en ciertos casos de complicaciones ó bien solamente hácia la terminacion de las calenturas eruptivas que no van acompañadas de diarrea, con el objeto de suplir esta crisis que tan á menudo es favorable.

A pesar de las doctrinas jeneralmente admitidas acerca la naturaleza de las viruelas y acerca la necesidad de respetar el trabajo patológico que se efectúa en la superficie de la piel, muchos antiguos han aconsejado el uso de algunos tópicos para hacer abortar las pústulas, como el emplasto de Vigo y las

fricciones mercuriales: este método practicado en todo el cuerpo pudiera tener grandes inconvenientes; pero limitando su aplicacion á la cara no puede ocasionar el menor peligro y se evita que queden en ella los hoyos que despues desfiguran tanto. En estos últimos tiempos los Sres. Serres y Gariel han hecho algunos experimentos en el uso tópico de los mercuriales y han observado que hacen abortar las pústulas variólicas. Si se aplican el dia antes ó el dia de la erupcion no se desarrollan los granos y si se hace del 4.º al 6.º dia hace retrogradar la erupcion. Antes de usar el emplasto de Vigo debe reblandecerse con un calor suave aplicándolo cuando se adiere con fuerza á los dedos. El unguento napolitano se usa á la dosis de unas dos dracmas mañana y tarde con el cual se hacen fricciones que duren 5 minutos durante 3 ó 4 dias. Las pústulas así tratadas disminuyen de volúmen y desaparecen dejando pequeños tubérculos que desaparecen tambien poco á poco por la esfoliacion de la epidermis. Antes de practicarse la inoculacion y del descubrimiento de la vacuna se usaban tambien interiormente los mercuriales sino como profilácticos de las viruelas, por lo menos para hacerlas mas benignas. Los Sres. Serres y Bretonneau hacen abortar tambien las pústulas variólicas cauterizándolas en su principio con el nitrato de plata, lo que puede tener inconvenientes á mas de que su ejecucion es larga, difícil y dolorosa. Cuando el período de supuracion está declarado, algunos autores, imitando á los árabes, abren las pústulas variólicas; y, segun M. Piorry que ha procurado popularizar este método, debe hacerse del modo siguiente: Cuando se ha efectuado la transformacion purulenta de las pústulas, se mete al enfermo en un baño tibio; despues, cuando la epidermis que las cubre está suficientemente reblandecida, se desgarran con un lienzo áspero que se lleva al mismo tiempo la epidermis y á la materia purulenta. Se lavan las pequeñas úlceras con el agua del baño, y se vuelve el enfermo á la cama. En los dias siguientes se repiten los baños y se acaban de abrir las pústulas que habian quedado. Cuando la viruela es confluyente quedan á veces úlceras algo estensas que deben curarse con cerato, ó se cubren con una capa de ictiocola muy espesa.

En los casos raros en que falta la erupcion es útil estimular

la piel y suplir con los rubefacientes y vejigatorios, mayormente si el exantema mucoso ofrece gravedad y puede temerse alguna complicacion; pero cuando falta esta nunca debe provocarse; por lo demás estas anomalías regularmente no requieren modificacion alguna esencial en el tratamiento. Aunque haya poca calentura deben tomarse las mismas precauciones que hemos dicho para evitar las consecuencias de los exantemas, pues algunas veces son las mismas que cuando las calenturas eruptivas son completas. Las irregularidades de estas tampoco reclaman indicacion alguna particular, solo que debe entonces temerse la existencia de alguna complicacion que se ha de investigar. La escarlatina rubeolosa requiere tambien el mismo tratamiento que la regular.

En estas calenturas son muy importantes los fenómenos críticos, cuyas ventajas, exajeradas por los antiguos, han negado sin razon algunos autores contemporáneos. Estamos persuadidos de que cuando la causa patojénica ha obrado débilmente, la erupcion cutánea y mucosa, sin sudores ni diarrea abundante, puede bastar para la depuracion del organismo; pero en la práctica no tenemos garantías de esta suficiencia, y cuando falta toda especie de flujo durante el curso ó hácia el fin de una calentura eruptiva, nos parece un motivo perfectamente lejítimo de provocar flujos artificiales. Esta conducta nos parece racional sobre todo en los casos en que, á pesar de observarse una erupcion y una calentura intensas, no se manifiesta señal alguno crítico. Entonces deben escitarse las secreciones, teniendo cuidado con el estado jeneral y local del enfermo y haciéndose cargo de la tendencia que cada una de estas calenturas afecta para terminar por un flujo mas bien que con otro. Asi convendrán los diaforéticos internos y externos solamente cuando se disipa el eretismo inflamatorio jeneral y local; los diuréticos empleados mas pronto pudieran tener tambien inconvenientes y deben reservarse para el 3.º período; y en cuanto á los purgantes, sino los contraindica el estado local del tubo digestivo pueden emplearse desde los primeros períodos, como lo hemos dicho; pero cuando nos proponemos con ellos solamente el promover un flujo crítico, creemos que es mejor no usarlos hasta el último período. Es sabido que Sydenham no dejaba nunca de purgar despues de

las viruelas confluentes; práctica que debe extenderse á las demás calenturas exantemáticas.

Con respecto á las complicaciones deben tratarse con el método adecuado á su naturaleza descrito en su lugar, y asi solo notaremos algunos preceptos jenerales con respecto á su complicacion con las afecciones de que tratamos. Cuando el práctico ha diagnosticado la coexistencia de algun estado morboso jeneral ó local que no es un elemento de la calentura exantemática pero que puede perturbar su marcha, á mas de emplear el tratamiento propio contra la complicacion, debe tener muy presente esta influencia. Si la complicacion que suponemos primitivamente local ocasiona una concentracion de fuerzas hácia el órgano afectado tan considerable que promueve la disminucion de enerjía ó la desaparicion del exantema cutáneo y mucoso debe llamarse á la piel con los rubefacientes y epispásticos. Cuando hay un eretismo nervioso muy considerable que pudieran aumentar estos tópicos por el dolor que ocasionan, deben escojerse los que son menos dolorosos, modificando el modo de aplicarlos de manera que se produzcan conjesiones y secreciones morbosas con el menor dolor posible. Tambien se debe cumplir la misma indicacion cuando, como puede suceder, se suprime intempestivamente el exantema cutáneo, por una impresion de frio ú otra causa; repercusion que puede ocasionar las complicaciones. La exacerbacion de la calentura, tanto si parece ser causa ó efecto de la complicacion, debe combatirse directamente por medio de las evacuaciones sanguíneas jenerales ó locales, segun los casos. Cuando la calentura es menor de lo que conviene para el cumplimiento de los actos depurativos, circunstancia que se presenta en ciertos casos en que la enfermedad toma una forma adinámica ó atáxica, debe aumentarse la reaccion por medio de los estimulantes jenerales, entre los cuales merecen la preferencia el vino y los espirituosos, el amoníaco y algunos de sus preparados, la canela, la manzanilla, la yerbabuena, la serpentaria de Virginia, la quina, los polvos de Dower, etc. Debe emperó distinguirse cuidadosamente la opresion de fuerzas que puede producir una simple complicacion inflamatoria de las vísceras, cuyos síntomas la harán conocer y que reclama los antiflojísticos y debilitantes, de la depresion de las fuerzas primitiva é

independiente de los estados locales, en cuyo único caso pueden ser útiles los escitantes. El mal estado de las fuerzas merece una atención muy especial por ser aquellas indispensables para que se efectúe la debida depuración; unas veces procura á la enfermedad el carácter adinámico, y en otras el atáxico. Estos dos estados, y en particular el último, coinciden muy á menudo con la diátesis hemorrájica cuya causa próxima hemos atribuido al mas alto grado de la alteracion de la sangre propia de las calenturas exantemáticas. La ignorancia en qué nos hallamos acerca la naturaleza de esta alteracion deja á la terapéutica una impotencia deplorable. Lo que dice M. Rayer acerca la escarlatina, y que vamos á copiar, es igualmente aplicable á las demás calenturas eruptivas. «En la escarlatina maligna, dice, ¿que es lo que puede oponerse con ventaja al delirio, á las sufusiones sanguíneas en el estómago, en las pleuras, meninges, etc.? La sangría casi siempre tiene mal éxito; el pulso se deprime con una prontitud tal que hace perder todas las esperanzas como en las dotinenterias graves, cuyas lesiones intestinales se encuentran algunas veces en la autopsia. Por otro lado, los médicos que han preconizado mas las lociones y asperciones frias declaran que en esta variedad no son ventajosas. La ipecacuana y el tártaro estibiado promueven el vómito, espulsan el moco sanioso acumulado en las fauces y en algunos casos han parecido restituir la enfermedad á una marcha mas regular; en jeneral se aconsejan las fumigaciones con el vinagre, y los cocimientos de quina y de contrayerba aciduladas con el oximiel ó el ácido muriático, ó hechas mas estimulantes con el cloruro de cal, ó lijeramente alcoholizadas, en gargarismos ó en lociones. Se han recomendado tambien los vejigatorios volantes y los sinapismos al rededor del cuello. Se asegura que los purgantes, y especialmente los calomelanos á la dosis de 8 á 10 granos, han sido mas á menudo saludables que los demás medios.» Á mas de los remedios de qué acabamos de hablar y de los estimulantes jenerales que hemos mencionado mas arriba, creemos que seria conveniente el ensayar, mayormente cuando haya síntomas atáxicos, el alcanfor, los éteres, el almizcle y el castóreo. Con respecto á las convulsiones y á los accidentes nerviosos que no son raros en el principio de las calenturas exantemáticas, no requieren

siempre el mismo tratamiento. Si la calentura es intensa, es probable que dependen de la hiperemia cerebral y deben combatirse con la sangría jeneral ó local atrayendo al mismo tiempo la erupcion á la piel con los revulsivos; si está aquella poco desarrollada, es mas probable que estos accidentes son efecto de un carácter maligno ó atáxico de la enfermedad; y entonces, proscribiendo las sangrias, se usarán los antiespasmódicos aplicando en la piel irritantes enérgicos. Sydenham usaba mucho, en los adultos, los opiados para calmar la agitacion, la ansiedad y los dolores vivos que acompañan á las viruelas confluentes; pero, á mas de qué no empezaba á darlos hasta el 10.º dia á corta diferencia, ya notó que en los niños tienen menos ventajas y mayores inconvenientes.

Como en las demás epidemias, en las de calenturas exantemáticas deben los prácticos procurarse lo mas pronto posible el conocimiento de su jenio particular, pues que á menudo ocasiona modificaciones muy importantes en la terapéutica.

Con respecto al tratamiento preservativo, para el serampion no se conocen otros medios que el apartar á los sujetos que no lo han tenido de los focos de infeccion y de contagio. Cuando este aislamiento es imposible se ha encargado el inocularlo, para hacerlo menos grave, pero no está demostrada la eficacia de esta prevencion. Para el de la escarlatina solo el aislamiento presenta tambien una seguridad completa; pero se ha preconizado mucho el uso de la belladona, sobre todo en Alemania, y se administra en tintura á la dosis de 8 á 10 gotas cada dia en los niños de 10 años, disminuyéndola ó aumentándola segun la edad, y continuando su uso durante 10 dias, en qué se cesa para volverlo á empezar luego. En Francia no se ha probado bien todavia esta propiedad, ya sea que no se haya experimentado lo suficiente, ó que los experimentos no hayan sido concluyentes. Algunos médicos pretenden que sino priva la enfermedad, por lo menos la hace mas benigna. El medio preservativo de las viruelas es la vacuna, que sino es infalible, no puede dudarse su eficacia en casi todos los casos. Los ejemplos que se han observado y que creemos que no pueden dudarse de verdaderas viruelas desarrolladas en sujetos que las habian tenido ya ó que han tenido una vacuna verdadera, á nuestro parecer motivan la práctica de las revacunaciones.

§ II. De diferentes enfermedades de la piel.

Las enfermedades de la piel, á mas de las exantemáticas, afectan también con mucha frecuencia á los niños. Entre ellas las hay que suelen tener la marcha aguda, y otras que por lo general la tienen crónica. Las primeras, como lo son generalmente muchas variedades del *eritema*, la *roseola*, la *urticaria*, la *erisipela*, ciertas *erupciones vesiculares* y la *púrpura*, ora son simples y locales, ora van acompañadas de calentura y de otros síntomas jenerales. En el último caso suelen presentar, con respecto á su marcha, una grande analogía con las calenturas eruptivas y, como estas, deben atribuirse á un estado morboso jeneral, que no puede desaparecer sino localizándose, y así les son aplicables todas las indicaciones terapéuticas que se presentan en aquellas calenturas.

ERITEMA. De las diferentes variedades á las cuales se han dado los nombres de *erythema diffusum*, *maculatum*, *marginatum seu papulatum* y *nodosum*, la última es tal vez la mas frecuente en los niños y la mas digna de ocuparnos. Se observa sobre todo en la parte anterior de las piernas bajo la forma de manchas rojas que se elevan sobre la piel formando verdaderas nudosidades. Despues de dos ó tres dias forman una especie de tumores que hacen cuerpo con la piel y el tejido celular, y cuyo volumen varia entre el de una nuez pequeña y el de un huevo también pequeño. Su color se vuelve poco á poco mas obscuro, y despues amarillento como en los equimoses cuando se van reabsorviendo. Esta circunstancia reunida á una especie de fluctuación que se nota con el tacto, hace pensar que el eritema vá acompañado de una infiltración sanguínea de la piel y del tejido celular sub-yacente. Desaparece por resolución despues de una ó dos semanas. Por lo regular le preceden durante algunos dias mal estar y un poco de abatimiento y de calentura. En algunos casos se han visto preceder á la erupción accidentes mas graves de forma tifoidea que desaparecen cuando aquella ha aparecido. Es raro el que se necesiten remedios activos para la curación de esta enfermedad; las

bebidas refrescantes y los tópicos resolutivos bastan regularmente para apresurar un poco la curación: cuando hay plétora y síntomas jenerales inflamatorios pueden ser útiles las emisiones sanguíneas, y á menudo parecen también ventajosos los laxantes.

Es sabido que los niños de teta padecen muy á menudo la variedad de eritema que se llama *intertrigo* y que resulta de la frotación de dos superficies contiguas. Se nota sobre todo en los pliegues de las nalgas, de los muslos, del cuello, etc., en los niños que están muy gordos, y basta para conseguir la curación la limpieza y el polvorear los puntos eritematosos con licopodio.

La delicadeza de la piel y renovación epidérmica que se efectúa poco despues del nacimiento orijinan el *eritema de las nalgas* y de las partes inmediatas, que es tan frecuente en los recién-nacidos y que depende también en parte de la falta de limpieza. Con ella, evitando el contacto de los lienzos duros y groseros, y con las lociones emolientes y resolutivas, se impedirá la agravación de este eritema que algunas veces termina por ulceración y por gangrena, mayormente cuando complica al mal blanco como lo dijimos.

Los casos de *ROSEOLA*, de *URTICARIA* y de *ERISIPELA* que hemos observado en los niños no nos han ofrecido cosa alguna especial, y tampoco debemos decir cosa alguna de los *HERPES*, que hemos visto ora bajo la forma de erupciones críticas de una calentura inflamatoria simple ó de ciertas flegmasias agudas, ora como afecciones locales idiopáticas.

MILIAR. Esta afección es algo importante, pero no es suficientemente frecuente para que hayamos podido recojer los elementos de una descripción completa de ella particular á los niños. Hemos notado solamente ya en el hospital, ya en nuestra práctica particular, que en todos los veranos se encuentran algunos niños afectados de síntomas febriles en jeneral muy lijeros, con sudores abundantes, y en los cuales aparecen pronto un gran número de vesículas serosas rodeadas de una pequeña aréola encarnada. Esta erupción miliar dura pocos dias, termina por la salud y reclama los atemperantes jenerales y locales. Esta enfermedad se asemeja en un débil grado con la calentura sudatoria epidémica que se observa en algunas localidades; pero cuando es esporádica casi nunca presen-

ta gravedad. Con todo puede ser maligna, como hemos visto un caso de ella en un niño de dos años en el cual precedieron y acompañaron á una erupcion miliar roja y á sudores escesivamente abundantes, síntomas adinámicos y atáxicos muy graves, que ocasionaron la muerte; y en este caso requiere el mismo tratamiento que las calenturas eruptivas malignas.

PÚRPURA HEMORRÁJICA. Esta enfermedad que á menudo es grave en los niños, pero que felizmente no es muy frecuente, existe, ora como enfermedad simple, ora complica y agrava á las calenturas exantemáticas y sobre todo á las viruelas. Bajo su forma mas lijera puede considerarse sin inconvenientes como una afección local de la piel, aun que sea mas racional el atribuirle á una causa interna cuya accion por fortuna es demasiado débil para perturbar las grandes funciones; pero cuando es grave no puede dejar de atribuirse á una alteracion profunda de la sangre. Su carácter anatómico esencial consiste en manchas rojas, purpúreas ó lívidas, de dimensiones variables, procedentes de una efusion de sangre entre el dermis y la epidermis. Toda mancha de la piel procedente de esta causa es una mancha purpúrea, una petequia, ó una especie de equimosis si se quiere. Es evidente pues la diferencia que distingue á estas manchas de las rosáceas lenticulares de la calentura tifoidea que algunos autores, aun contemporáneos, llaman impropriamente *petequias*. Las verdaderas *petequias* son raras en las dotinenterias ordinarias, y solo se encuentran en las mas graves que se acercan entonces mucho al verdadero tifus. La enfermedad *petequial* es muy conocida con el nombre de *enfermedad manchada hemorrájica* de Werlhof; Pierquin la llama *hemacelinose*; Alibert *petiose*, etc.

La *púrpura simple* es una enfermedad lijera, cuya duracion, algunas veces muy larga, es el único inconveniente serio que presenta. Todos los autores han notado su frecuencia en los niños, cuya predisposicion parece resultar, ya directamente de la edad, ya de qué la figura y la delicadeza de la piel favorecen las hemorragias intersticiales de esta membrana. El temperamento linfático, la debilidad de la constitucion, un régimen debilitante y el frio húmedo son las condiciones mas comunes en medio de las cuales sobreviene este mal, que se declara tambien algunas veces en circunstancias opuestas ba-

jo la influencia de causas difíciles de determinar.

Aparece sobre todo en los miembros inferiores; y cuando se hace jeneral casi siempre empieza por las piernas, luego invade los brazos y por último al tronco. En los casos mas simples aparece de pronto la erupcion sin que la precedan síntomas jenerales notables. Otras veces se conoce un poco de mal estar, de anorexia, de debilidad y de lasitud en los miembros; en algunos casos hemos visto en ella una calentura poco intensa. La erupcion varia mucho en el modo de aparecer y en su marcha ulterior; haciéndose completa en el espacio de algunas horas, puede luego disminuir y desaparecer gradualmente despues de una ó dos semanas para no volver á manifestarse. En otros enfermos, á medida que se borran unas manchas aparecen otras, de manera que estas erupciones sucesivas procuran á la enfermedad una duracion algunas veces muy larga. En algunos casos estas erupciones sucesivas están separadas por intervalos mas ó menos largos. Asi es que esta afeccion tiene á veces la marcha aguda, y en otras crónica. Las manchas son de un color rojo mas ó menos lívido, segun la actividad de la circulacion; al cabo de algunos dias se vuelve mas obscuro, despues amarillento, y desaparece como un equimosis. Su carácter mas importante es el conservar su color bajo la presion del dedo, y esto lo distingue de todos los eritemas. Además no forma prominencia apreciable; en jeneral, presenta una figura redondeada y las dimensiones de una lenteja, hallándose siempre separadas las manchas entre si por intervalos de piel sana.

Su pronóstico nunca es grave. Hasta al presente la *púrpura simple crónica* nos ha parecido menos frecuente en los niños que en los adultos; y en los primeros es mas á menudo aguda.

El tratamiento varia segun las causas. Cuando hay debilidad, debe prescribirse un régimen analéptico, los vinos cardíacos y jenerosos, las tisanas amargas y los preparados ferrujinosos. Los baños frios y los aromáticos, obrando como tónicos jenerales y locales, deben usarse. Cuando al contrario parece que la *púrpura* depende de un estado esténico, no debe temerse el emplear las evacuaciones sanguíneas, los baños jenerales tibios ó frios, las bebidas frias y acídulas, la quietud, un régimen suave, etc.

Las causas de la *púrpura grave* hasta aquí han permanecido muy oscuras; todas aquellas cuya accion puede apreciarse, en jeneral solamente son ocasionales y por consiguiente variables. En cuanto á la que determina la alteracion especial de la sangre que no puede dudarse, la desconocemos absolutamente, de la misma manera que tampoco sabemos en qué consiste esta alteracion.

A mas de todos los caractéres locales que hemos señalado para la *púrpura simple* se encuentran otros en la *grave*. Casi constantemente se hallan en esta dos especies de manchas, las unas sub-epidérmicas que son las que hemos descrito, y las otras son mucho mas oscuras, negruzcas desde el principio de su formacion, y á menudo tienen unas dimensiones bastante grandes: en la autopsia se conoce que estas son debidas á infiltraciones sanguíneas formadas debajo de la piel. La estructura laxa del tejido celular deja formar á la sangre una capa mas gruesa y como una especie de coágulo. En algunos casos las manchas subcutáneas forman anchos equimoses difusos. Ambas especies de manchas se manifiestan regularmente en todo el cuerpo y no tienen una preferencia bien marcada para los miembros inferiores.

La *púrpura* debe particularmente su gravedad á la coincidencia de otras hemorragias de qué hemos hablado en la páj. 500. Estas hemorragias internas son mas ó menos abundantes, á menudo se prolongan, se resisten á todos los medios curativos y ocasionan la muerte. No solamente se efectúan por exalacion en la superficie de las mucosas; sino que casi siempre en la autopsia se encuentran hemorragias intersticiales debajo y en el espesor de estas membranas: se las encuentra tambien en el parénquima de ciertos órganos como el pulmon, hígado, riñones y cerebro, en los músculos, debajo del periostio y en las diferentes rejiones del tejido celular superficial y profundo.

Los síntomas que acompañan á esta enfermedad en jeneral son muy graves. Bateman los ha descrito exactamente y su descripcion es tan aplicable á los niños como al adulto. «Esta singular afeccion, dice, vá acompañada de una estrema debilidad y de una grande postracion de fuerzas; el pulso regularmente es débil y algunas veces frecuente, y se manifiestan el calor, la rubicundez, el sudor y los demás síntomas caracte-

rísticos de una lijera irritacion febril, como en los paroxismos de una calentura héctica. Algunos enfermos tienen dolores profundos en la rejion precordial, en el pecho, en los lomos ó en el abdómen; otros una tos fuerte, ó bien se hallan prominentes, tensos y sensibles á la presion el epigastrio y los hipocostrios; hay constipacion ó se hacen con irregularidad las funciones intestinales; pero en muchos casos no hay calentura y no están desarregladas las funciones de los intestinos: algunas veces hay frecuentes síncope. Cuando la enfermedad ha durado algun tiempo, el color del enfermo se vuelve pálido y aplomado. El enflaquecimiento hace progresos; las estremidades se ponen edematosas, y estos edemas se estienden despues á las demás partes del cuerpo.» Debemos añadir que á menudo hay delirio, una grande agitacion, ansiedades casi continuas, una alteracion profunda de la fisonomía, síntomas todos que, reunidos al mal estado de las fuerzas y de la circulacion, dan á la enfermedad un carácter verdaderamente atáxico y maligno.

Esta *púrpura* á menudo es mortal. Algunas veces en el principio parece sin peligro, pero luego adquiere caractéres alarmantes, que dependen de las hemorragias internas ó de síntomas atáxicos.

Los autores han admitido que, declarándose algunas veces la *púrpura* en sujetos sanos y pletóricos, podia reclamar un tratamiento antiflojístico. Sin contradecir este aserto, que es tal vez mas aplicable á los adultos que á los niños, diremos que nunca hemos observado en estos las condiciones del estado esténico. Deben pues preferirse á los antiflojísticos, por lo menos en la mayor parte de los casos, los tónicos, los astringentes y los refrijerantes. Nos parece que deben combinarse y emplearse simultáneamente estos medios en todos los casos graves; porque como los tónicos necesitan algun tiempo para obrar, en el interin las hemorragias abundantes podrian matar al enfermo. Por otra parte se cree que los tónicos están contraindicados en los casos de dolores internos y profundos señalados por Bateman. Prescindiendo de estos casos, se prescriben como tónicos, y en jeneral á alta dosis, los vinos jenerosos, el extracto de quina con el agua de Rabel, y los ferruginosos: cuando las circunstancias lo permiten se auxilian con

un régimen succulento, es decir, cuando no hay calentura ni síntomas jenerales graves. Entre todos los astrinjentes, parece preferible la raíz de ratania, que se dá á fuerte dosis, en extracto en forma de bolos, ó en bebida bajo la forma de cocimiento que se hace mas enérgico con el agua de Rabel. Contra las hemorragias de las superficies mucosas se prescriben las lociones ó inyecciones con el agua helada, acídulas y estípticas. Si la abundancia de la hemorragia es alarmante, se practica el taponamiento cuando es posible, y entonces debe hacerse con mucho cuidado porque la sangre ha perdido su coagulabilidad. Segun los Sres. Cazenave y Schedel algunas veces han parecido muy útiles las abluciones de agua fria en todo el cuerpo, y tal vez no serian menos ventajosos los baños de lluvia frios. Los dolores que se sienten en diferentes partes del cuerpo casi no pueden combatirse sino con el opio. En la convalecencia se procura la respiracion de un buen aire, la habitacion en un lugar frio y seco, un régimen suave compuesto de jelatinas animales, de un poco de carnes blancas asadas, de un buen vino mezclado con agua, etc., y se continúa el uso de algunos tónicos, y sobre todo de las bebidas ferrujinosas.

ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LA PIEL ó empeines. Son frecuentes en los niños y debemos mencionar sobre todo el *eczema crónico*, la *sarna*, el *ecthyma*, el *impétigo*, el *porrijo*, el *prurigo*, la *lepra comun*, el *pityriasis*, y el *lupus escrofuloso*. La mayor parte de estas enfermedades, cuando se hallan situadas en el tronco ó en los miembros, no presentan cosa particular en la infancia; pero las que atacan á la cabeza y han recibido el nombre de *tiñas* son mas especiales á esta edad.

Se observan tambien en los recién-nacidos dos enfermedades que durante mucho tiempo se han confundido con ciertas formas de sífilide, y son las **PÚSTULAS** y el **PENFIGO**. Debemos á M. Valleix el haber demostrado que si faltan otros síntomas sífilíticos, estas dos afecciones cutáneas son esencialmente simples y poco graves. «Los recién-nacidos, dice este autor, presentan con mucha frecuencia en diferentes puntos de su cuerpo pústulas, de las cuales no he hallado una buena descripción en las obras que tratan especialmente de las enfermedades de la piel.» Están formadas por una elevacion de la epidermis, de figura lenticular, de una estension variable desde

un cuarto de línea á una y media ó dos; su color es blanco mas ó menos brillante, y en los mas de los casos las rodea una aréola roja. Cuando se agujerea la epidermis con un alfiler, fluye un líquido poco espeso y turbio en algunos sujetos, y un poco mas espeso y enteramente blanco en otros. Despues de evacuado el líquido y separada la epidermis, el dermis queda encarnado, húmedo pero no escoriado ni engrosado, de manera que no hay ulceracion de la piel ni es dura la base de las pústulas. Al lado de estas algunas veces se vén pequeñas rubicundeces poco fuertes, muy lijeramente prominentes, en las cuales no se despega la epidermis: esta lesion no es mas que el principio de la primera. La terminacion se efectúa de dos maneras: si la epidermis se ha roto por una picadura ó frótacion no se forma costra; aquella se desprende, y el dermis, primero encarnado y un poco húmedo y despues seco, vuelve á adquirir pronto su aspecto regular; pero si la epidermis ha permanecido intacta, el pus se seca, se forma una pequeña costra morena que, al cabo de uno ó dos dias, se cae y deja en descubierto al dermis seco ya y solamente un poco encarnado. Estas pústulas se hallan con poca diferencia indistintamente en todas las partes del cuerpo; no van acompañadas de síntoma alguno local ni de perturbacion notable en la salud, y se observan igualmente en los niños robustos, bien constituidos y libres de otra enfermedad, como en los que están débiles y padecen el mal blanco, una pneumonia ó el edema. Esta erupcion termina por sí sola en pocos dias, y no puede confundirse con las pústulas de ectima, porque estas van acompañadas de induracion del dermis en su base, y aun á menudo de ulceracion que persiste algun tiempo. El *ectima infantil* de Willan solo se manifiesta en los niños caquéticos que tienen mas de uno ó dos años. Las pústulas no requieren tratamiento alguno, siendo por consiguiente muy inútil y peligroso, en los hospitales de espósitos, el hacer permanecer á los niños que las padecen en la enfermería, donde pueden contraer con tanta facilidad otras afecciones mas graves. Esta enfermedad que no debe considerarse como sospechosa cuando no se observan otros síntomas de sífilis, no es un motivo suficiente para retardar el enviar á los niños al campo, ni el darles una nodriza.

Las mismas reflexiones pueden aplicarse al pénfigo que, por sí solo, no perturba la salud de una manera notable, ni requiere tratamiento alguno: si se ha dicho lo contrario es porque se ha desconocido la coincidencia de otras enfermedades graves. En el pénfigo se forman unas flictenas redondeadas y amarillentas que se elevan de una línea á dos y media, son anchas como una pieza de dos reales, rodeadas de una aréola encarnada y debidas á la epidermis levantada por una acumulacion de serosidad amarillenta que se evacúa con rapidez cuando se abre. Debajo de la epidermis se encuentra al dermis húmedo y encarnado, sin alteracion apreciable; y si se deja á aquel, se forma una costra que cae despues de algunos dias sin dejar otro señal que una lijera rubicundez que pronto desaparece. Esta terminacion y la falta de otros síntomas sifilíticos prueban que el pénfigo no tiene esta naturaleza.

TIÑAS. Se distinguen en falsas y verdaderas. Las 1.^{as} se refieren á los jéneros *eczema*, *impétigo* y *pityriasis*; y las 2.^{as} al *favus* ó *porriño*. Estas enfermedades solo se diferencian de los *empeines* ordinarios por su sitio; y se esplica la predisposicion que tiene el cuero cabelludo para padecerlas en la infancia por la vitalidad activa y el desarrollo preponderante de los órganos cefálicos en ella; y además deben considerarse como causas predisponentes ú ocasionales, el vicio hereditario, una constitucion débil un temperamento linfático, un mal régimen, la miseria, la falta de limpieza y otras malas condiciones hijiénicas. El vicio humoral que preside al desarrollo de los *empeines* aun puede dudarse menos que en las tiñas. En cuanto al contagio solo existe en el *favus*, y las falsas tiñas no son contagiosas.

La tiña *vesicular* y *escamosa* (*eczema capitis*) ocupa mas ó menos estension de la cabeza. Las vesículas del *eczema*, primero diseminadas, forman costras delgadas que se van volviendo mas gruesas á medida que la exudacion continúa. Estas costras forman láminas y son amarillas ó morenas. El *eczema* se estiende gradualmente, y á menudo le acompaña un estado inflamatorio muy pronunciado. Debajo de las costras, el cuero cabelludo está encarnado é hinchado, y los niños tienen en él una fuerte picazon que les obliga á rascarse con violencia. Los ganglios linfáticos inmediatos se hinchan y se ponen dolorosos. En algunos casos se mezclan con el *eczema* pústu-

las de *impétigo* que forman costras mas gruesas y mas adherentes. Hay una variedad muy curiosa, pero bastante rara, de esta especie de tiña, que llamó Alibert *amiántacea*: la materia suministrada por las vesículas forma escamas micáceas, lucentes, argentinas que unen y separan los cabellos en mechales y se asemejan al amianto.

La tiña *pustulosa* y *crustácea* se refiere á dos especies de *impétigo*, á saber: *impetigo larvális* (*tiña mucosa*, *costra láctea* de los autores, *usagre* del vulgo) y el *impetigo granulata* (*tiña granulada* de Alibert). El *impetigo larvális* ocupa bastante á menudo la cara al mismo tiempo que el cráneo. Se anuncia su invasion por un prurito, al que sigue pronto una erupcion de pústulas pequeñas, sero-purulentas; cuyo líquido, rompiendo á la epidermis, se concreta formando costras gruesas de un color amarillo dorado, blandas, húmedas y poco adherentes. Cuando se las deja acumular se vuelven muy gruesas, se tocan y exalan un olor nauseabundo. Debajo de ellas la piel está encarnada y lijeramente ulcerada. En la cabeza, estas costras pegan los cabellos que quedan en su espesor. En la cara, la confluencia de las pústulas cubre principalmente la frente y los carrillos de costras gruesas que forman una especie de mascarilla, y cuyo color amarillo á menudo lo vuelve moreno la sangre que fluye cuando los niños se rascan y despegan las costras de las superficies ulceradas. Cuando la enfermedad crece las costras se grietan y se desprenden fácilmente, y las que las reemplazan son mas delgadas y como escamosas. Por fin mas adelante solo quedan manchas de un color rojo pálido cubiertas de una descamacion *furfurácea*. Al contrario, si la enfermedad va acompañada de un exceso de inflamacion, se forman en el tejido celular subcutáneo pequeños flegmones que supuran; y lo mismo debe decirse de los ganglios linfáticos inmediatos. Al paso que la tiña mucosa ataca principalmente á los niños en la época de la primera denticion, la granulada es mas frecuente de 3 á 6 ú 8 años (Mahon). Nunca se estiende á las partes que no se hallan cubiertas de pelos, pues que las costras deben á estos su aspecto particular, que son irregulares, de color amarillento, se vuelven muy quebradizas al secarse, y se desprenden en fragmentos desiguales, abollados y angulosos, que pudieran tomarse

por argamasa groseramente picada. Estas costras algunas veces son muy duras y las cataplasmas no pueden reblandecerlas; se ven pegadas y suspendidas, digámoslo así, en la parte media de los cabellos ó en su estremidad.

La tiña *furfuracea* (*pityriasis capitis*, *grasa lechosa* del vulgo) es especial á los niños de teta y á los viejos. Forma pequeñas escamas acompañadas de una picazon raramente bien manifiesta, y debajo de ellas la piel no está inflamada. Estas escamas están formadas por laminillas epidérmicas muy delgadas, blancas, secas, por lo comun adherentes por una estremidad y libres por la otra. En la mayor parte de los niños bastan los medios de limpieza para hacer desaparecer esta lijera afeccion, que en los mas de los casos ni siquiera se procura curar.

La tiña *verdadera*, se manifiesta mas veces de los 6 á 10 ó 12 años que antes de esta época. Todas las causas jenerales de las tiñas, y además el contagio, influyen en su desarrollo.

El *favus* puede ocupar diferentes rejiones, pero con preferencia el cuero cabelludo. Empieza por pequeños puntos amarillentos, poco prominentes, formados desde el principio por una pequeña costra deprimida en forma de vaso. Esta costra á menudo atravesada por un pelo ó un cabello, adquiere un volúmen variable segun permanezca aislada ó que se reunan las costras inmediatas; secas y adherentes, están engastadas en el tejido de la piel; no pueden quitarse sin ocasionar dolor y derrame de sangre; debajo de ellas la piel está encarnada, escoriada y aun á menudo presenta una escavacion mas ó menos profunda. El humor que forma las costras exala un olor nauseabundo *sui generis* que puede compararse con el del raton. Los bulbos de los pelos están alterados en su estructura; los cabellos se vuelven delgados, descoloridos, lanujinosos y se caen. A menudo se infartan los ganglios linfáticos de la nuca y de las rejiones laterales de la parte superior del cuello y se forman abscesos subcutáneos.

Se han admitido dos variedades principales de *favus*, el *favus urceolaris* y el *favus scutiformis*. El 1.º es el mas comun y el que se conoce con mayor facilidad, pues que son muy característicos el color de las costras de amarillo de azufre, su forma de vaso, y su aspecto enteramente comparable á los alvéolos de un panal de miel. En la 2.ª variedad las costras tienen el mismo color;

pero no se hallan tan manifiestamente deprimidas en forma de vaso y presentan el aspecto de planchas nummuladas.

El *favus*, sea cual fuere su forma, constituye á menudo una enfermedad grave, no solamente á causa de la inflamacion que sostiene y que puede estenderse á los ojos y á toda la cara, sino tambien por la suspension de desarrollo que causa en algunos niños. Siempre es de difícil y larga curacion.

A menudo se presentan dos complicaciones en las tiñas falsas ó verdaderas. La 1.ª es debida al desarrollo de muchísimos piojos que aumentan los accidentés de la afeccion primitiva; y la 2.ª es la *alopecia* que no es sin embargo jeneralmente incurable sino cuando es efecto del *favus*; pues en las tiñas falsas casi siempre vuelven á nacer los cabellos despues de la curacion.

El tratamiento de las tiñas falsas por lo comun es bastante sencillo, y no siempre debe procurarse. Cuando la enfermedad es muy lijera, nos debemos limitar á impedir su aumento siempre que no estemos ciertos de destruir el vicio humoral de que depende; y cuando á causa de su intensidad debemos combatirla, al mismo tiempo que se emplean los tópicos indicados debemos recurrir á un tratamiento depurativo interno y á los exutorios cutáneos. Previa estas precauciones, deben mantenerse los cabellos cortados muy cortos, y se ha de usar una esmerada limpieza y lociones con el cocimiento de salvado ó de malvavisco. Se hacen caer las costras con las cataplasmas emolientes que se hallan tambien indicadas para moderar la inflamacion. Mas tarde se usan las lociones de Baréges, la pomada azufrada, y los laxantes suaves como el maná ó el jarabe de achicorias, y las tisanas atemperantes. En las falsas tiñas sin inflamacion aguda es inútil el prolongar el uso de los emolientes, y luego que han caido las costras se emplean los preparados sulfurosos, etc. En los casos de *pityriasis* en los niños de teta basta el acepillar lijeramente la cabeza. El *favus* es de difícil curacion: el tratamiento de las falsas tiñas es en él á menudo insuficiente. En el dia se ha renunciado con razon al tratamiento bárbaro de la calota: pero en estos últimos tiempos M. Baumés ha demostrado que, modificando este procedimiento, podian procurarse todas sus ventajas y evitar muchísimos de sus inconvenientes. El método de los hermanos Mahon, hasta aqui tenido secreto, es uno de los mas

eficaces. La pasta epilatoria de Plenck que debe su actividad al sulfuro amarillo de arsénico, la pomada de ioduro de azufre, y la alcalina de Alibert, han tenido tambien buen éxito en muchos casos. Por fin M. Baudelocque ha aconsejado el cauterizar las superficies afectas con la piedra infernal luego que han caído las costras.

Quando la desaparicion espontánea ó la curacion procurada de las enfermedades cutáneas hace temer ó ha promovido ya otra enfermedad mas grave, es preciso volver á llamar la atencion cutánea con los irritantes como la pomada estibiada, los vejigatorios, etc.

ARTÍCULO II.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Las enfermedades de los ojos son frecuentes en la infancia; pero corresponden especialmente á la Cirujía, y así no haremos mas que mencionar las *oftalmias*, las *enfermedades de la córnea*, las *cataratas* y los *tumores y fistulas lagrimales*. Las especies de oftalmía mas frecuentes son la *catarral*, la *purulenta de los recién-nacidos* y la *escrofulosa*: la primera es la menos grave si los enfermos están rodeados de buenas circunstancias hijiénicas y se les cuida con oportunidad y asiduamente; por falta de estas condiciones en los hospitales acostumbra adquirir una forma mas grave y acompañarse de todas las lesiones que suele dejar la purulenta. Por otra parte nada hemos observado en la marcha de esta enfermedad que no esté indicado en los tratados especiales de oftalmología. Lo mismo debemos decir acerca la oftalmía escrofulosa y las enfermedades de la córnea que hemos podido observar. El origen de todas estas afecciones, como tambien de los tumores lagrimales, se encuentra en muchísimos niños en la diátesis escrofulosa que, bajo la influencia de cualquiera causa ocasional, como por ejemplo las calenturas exantemáticas, se localiza en los órganos de la vista; y entonces constituye lo que puede llamarse, con M. Lugol, *escrófula catarral*. Nunca debe olvidarse en los niños esta circunstancia interesante para la práctica.

* OFTALMÍA DE LOS RECIEN-NACIDOS. *Oftalmia purulenta*. Es

otra de las variedades de la *oftalmia blenorragica* ó *blenorroica* de Sichel. No nos detendremos mucho en la descripción de esta enfermedad, refiriéndonos para mayores detalles á los tratados de oftalmología, y en particular al del autor que acabamos de citar, pues que puede afectar tambien á los adultos; sin embargo es mucho mas frecuente en los niños, y los afecta principalmente de los tres á los quince dias despues del nacimiento, y á veces mas tarde, siguiendo en ellos una marcha mucho mas rápida y desastrosa. No debe confundirse con una inflamación lijera de los ojos y de los párpados que ataca particularmente á los niños en los tres ó cuatro primeros dias de su vida, y sobre todo en invierno; y que se cura fácilmente manteniéndolos calientes, y lavádoles los ojos con agua de rosas, á la que puede añadirse una ó dos gotas de sub-acetato de plomo líquido, ó un grano de sulfato de zinc por onza de agua.

En sus principios caracterizan á la oftalmía purulenta una lijera rubicundez en la conjuntiva palpebral, mayormente hácia la comisura interna de los párpados, picazon en estos que se conoce por la tendencia que tienen los niños para frotárselos, y dolor á la impresion de la luz. Los párpados se cargan de una mucosidad espesa que se endurece y los pega; si entonces se abren fluyen repentinamente las lágrimas. Al mismo tiempo la conjuntiva palpebral está mas ó menos hinchada, blanda, lisa, un poco elástica y sangra fácilmente. Estos síntomas van siempre en aumento y el moco adquiere un aspecto puriforme, haciéndose mas espeso y amarillento; la tumefaccion de la conjuntiva de los párpados y particularmente del superior se hace mas intensa, como tambien la rubicundez; la epidermis de este párpado ofrece tambien un color rojo que tira á lívido cuando los niños ejecutan algun movimiento ó lloran, y al mismo tiempo los músculos del globo del ojo lo tiran hácia adelante. En esta época si los párpados están pegados y se abren despues de haber reblandecido el moco con agua tibia, se ve fluir, segun sea mas ó menos intensa la oftalmía, una cantidad variable de mucosidad, que á veces es muy considerable, ora blanquecina, ora amarillo-verduzca, á veces mezclada con estrias sanguinolentas y aun una sanies parecida al suero. Quando la enfermedad está adelantada á veces adquiere un color verde mas ó menos subido, y Billard dice ha-

eficaces. La pasta epilatoria de Plenck que debe su actividad al sulfuro amarillo de arsénico, la pomada de ioduro de azufre, y la alcalina de Alibert, han tenido tambien buen éxito en muchos casos. Por fin M. Baudelocque ha aconsejado el cauterizar las superficies afectas con la piedra infernal luego que han caído las costras.

Cuando la desaparicion espontánea ó la curacion procurada de las enfermedades cutáneas hace temer ó ha promovido ya otra enfermedad mas grave, es preciso volver á llamar la atencion cutánea con los irritantes como la pomada estibiada, los vejigatorios, etc.

ARTÍCULO II.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OJOS.

Las enfermedades de los ojos son frecuentes en la infancia; pero corresponden especialmente á la Cirujía, y así no haremos mas que mencionar las *oftalmias*, las *enfermedades de la córnea*, las *cataratas* y los *tumores y fistulas lagrimales*. Las especies de oftalmía mas frecuentes son la *catarral*, la *purulenta de los recién-nacidos* y la *escrofulosa*: la primera es la menos grave si los enfermos están rodeados de buenas circunstancias hijiénicas y se les cuida con oportunidad y asiduamente; por falta de estas condiciones en los hospitales acostumbra adquirir una forma mas grave y acompañarse de todas las lesiones que suele dejar la purulenta. Por otra parte nada hemos observado en la marcha de esta enfermedad que no esté indicado en los tratados especiales de oftalmología. Lo mismo debemos decir acerca la oftalmía escrofulosa y las enfermedades de la córnea que hemos podido observar. El origen de todas estas afecciones, como tambien de los tumores lagrimales, se encuentra en muchísimos niños en la diátesis escrofulosa que, bajo la influencia de cualquiera causa ocasional, como por ejemplo las calenturas exantemáticas, se localiza en los órganos de la vista; y entonces constituye lo que puede llamarse, con M. Lugol, *escrófula catarral*. Nunca debe olvidarse en los niños esta circunstancia interesante para la práctica.

* OFTALMÍA DE LOS RECIEN-NACIDOS. *Oftalmia purulenta*. Es

otra de las variedades de la *oftalmia blenorragica ó blenorroica* de Sichel. No nos detendremos mucho en la descripción de esta enfermedad, refiriéndonos para mayores detalles á los tratados de oftalmología, y en particular al del autor que acabamos de citar, pues que puede afectar tambien á los adultos; sin embargo es mucho mas frecuente en los niños, y los afecta principalmente de los tres á los quince dias despues del nacimiento, y á veces mas tarde, siguiendo en ellos una marcha mucho mas rápida y desastrosa. No debe confundirse con una inflamación lijera de los ojos y de los párpados que ataca particularmente á los niños en los tres ó cuatro primeros dias de su vida, y sobre todo en invierno; y que se cura fácilmente manteniéndolos calientes, y lavádoles los ojos con agua de rosas, á la que puede añadirse una ó dos gotas de sub-acetato de plomo líquido, ó un grano de sulfato de zinc por onza de agua.

En sus principios caracterizan á la oftalmía purulenta una lijera rubicundez en la conjuntiva palpebral, mayormente hácia la comisura interna de los párpados, picazon en estos que se conoce por la tendencia que tienen los niños para frotárselos, y dolor á la impresion de la luz. Los párpados se cargan de una mucosidad espesa que se endurece y los pega; si entonces se abren fluyen repentinamente las lágrimas. Al mismo tiempo la conjuntiva palpebral está mas ó menos hinchada, blanda, lisa, un poco elástica y sangra fácilmente. Estos síntomas van siempre en aumento y el moco adquiere un aspecto puriforme, haciéndose mas espeso y amarillento; la tumefaccion de la conjuntiva de los párpados y particularmente del superior se hace mas intensa, como tambien la rubicundez; la epidermis de este párpado ofrece tambien un color rojo que tira á lívido cuando los niños ejecutan algun movimiento ó lloran, y al mismo tiempo los músculos del globo del ojo lo tiran hácia adelante. En esta época si los párpados están pegados y se abren despues de haber reblandecido el moco con agua tibia, se ve fluir, segun sea mas ó menos intensa la oftalmía, una cantidad variable de mucosidad, que á veces es muy considerable, ora blanquecina, ora amarillo-verduzca, á veces mezclada con estrías sanguinolentas y aun una sanies parecida al suero. Cuando la enfermedad está adelantada á veces adquiere un color verde mas ó menos subido, y Billard dice ha-

berlo visto, en niños ictericos, de un color amarillo muy pronunciado. Limpiando con cuidado cuanto se pueda el globo del ojo, que á veces se halla completamente cubierto por el moco, se ve á veces que la conjuntiva que lo cubre no presenta sino una lijera rubicundez, al paso que la de los párpados está hinchada y bañada de mucosidades y tiene un color rojo fuerte (1.º grado ó *blefaroblenorrea*); pero cuando la flegmasia ha sido violenta, la conjuntiva del globo ocular está tambien muy roja é hinchada hasta cubrir á veces la córnea, sobre la cual se eleva formando un rodete, de manera que á veces casi no se vé sino el centro de aquella, (2.º grado ó *oftalmoblenorrea*). Pueden tambien establecerse dos grados en ambas variedades segun su intensidad. La inflamacion gana pronto ambos ojos, y algunas veces antes del aumento de la secrecion puriforme sobreviene una hemorragia bastante considerable en la superficie del ojo, que muchas veces reaparece hasta dos ó tres veces. De la superficie de la conjuntiva inflamada nacen unas elevaciones rojas, un poco transparentes en su vértice, que van volviéndose mas ó menos prominentes y multiplicadas, pudiendo llegar á ser confluentes. Esta oftalmía en muchos casos va acompañada de mucha calentura y de una reaccion jeneral: los niños están ajitados, no pueden dormir; y muchas veces tienen vómitos, diarrea de materias amarillentas y muy fétidas, algunos temblores, etc.

Entre las causas de esta oftalmía deben contarse la lonjitud y dificultad del parto, la compresion que sufre en él la cabeza del feto, y el contacto con las mucosidades de la leucorrea cuando la madre padece esta enfermedad; pero estas causas no son constantes. Los niños débiles, los que apenas han nacido á término, los gemelos y trijemelos, los que se alimentan mal y los que viven en los hospicios ó en habitaciones mal ventiladas, faltándoles la debida limpieza, los escrofulosos, los que luego despues del nacimiento se hallan espuestos al frio, á una corriente de aire ó á la impresion de una luz muy viva ó del humo; y mas adelante aquellos que, durante la convalecencia del serampion ó de la escarlatina, reciben la impresion del frio, son los que la padecen mas: por esto en muchos casos es endémica esta oftalmía en los hospicios; pero se desarrolla tambien con frecuencia esporádicamente. Segun Sichel, casi

siempre principia esta oftalmía bajo la influencia de causas catarrales; el tejido laxo y esponjoso de las membranas del ojo en los primeros tiempos de la vida es una circunstancia que las predispone particularmente á la inflamacion, y el grosor de la córnea en el recién-nacido, es causa de que ocasione aquella pronto grandes desórdenes en esta. Segun Hatín la supresion de un exantema es otra de las causas mas frecuentes de esta oftalmía.

Su diagnóstico es fácil; y si es intensa y algo duradera la inflamacion ocasiona diferentes complicaciones que á veces quedan despues de la curacion de aquella, privando mas ó menos la vision. Sucede muchas veces que, al querer examinar el ojo, el párpado superior se renversa dejando un *ectropion* que persiste sino se reduce al instante. Es muy frecuente la inflamacion de la córnea ó *keratitis*, de la cual puede resultar su opacidad, que suele curarse fácilmente despues de disipada la inflamacion, y su *reblandecimiento* que es mucho mas grave, desgraciadamente sobreviene bastante á menudo; en el centro de la córnea reblandecida que ha perdido su brillantez y tersura pronto se establece una perforacion, por la cual se evacúa siempre inmediatamente una cierta cantidad del humor áqueo, y despues por lo regular sale por ella el cristalino, que arrastra consigo una porcion mas ó menos grande del humor vítreo, quedando entonces destruido el globo del ojo. En muchos casos el iris aparece en la abertura y la oblitera en parte, oponiéndose á la evacuacion de los humores; y entonces vá saliendo por ella formando una especie de *estafiloma* que se ha llamado *racemosum*. El reblandecimiento de la córnea se manifiesta muchas veces en los niños reducidos á un marasmo muy completo de resultas de afecciones gastro-intestinales de larga duracion, sin que preceda la oftalmía. La perforacion y sus resultados pueden tambien ser efecto de su ulceracion que se diferencia de aquella, como lo marca la Cirujía. En este caso cuando no se perfora la córnea sino en un pequeño punto se establece fácilmente una adherencia parcial del iris con ella (*synechia anterior*), y además una cicatriz mas ó menos estensa, á menudo con pérdida completa de la vista. En estos casos se observa tambien algunas veces, con sinequia anterior ó sin ella, una *atarata central* cuya formacion no puede espli-

carse fácilmente. Por fin puede tambien resultar de una oftalmoblenorrea intensa la *obliteracion de la pupila*; y aquella puede complicarse ó depender de la sífilis.

Todas estas complicaciones ó terminaciones de la oftalmía purulenta deben tenerse muy presentes para el *pronóstico*, que será sin embargo mas ó menos grave segun el grado de aquella: la hemorragia que á veces sobreviene por el ojo es de buen agüero. Su duracion es muy variable: en el primer grado solo dura algunos dias; pero cuando sobrevienen las complicaciones dichas puede persistir muchas semanas y aun meses. Prescindiendo de estas, suele terminar por curacion que lo indica la disminucion progresiva de la intensidad de los síntomas; pues cuando sobreviene el marasmo que á veces termina con la muerte, creemos que esto es efecto de la caquexia escrofulosa, de la que depende la abundancia y rebeldía del flujo.

El *tratamiento* de esta oftalmía debe ser igual al que se encarga contra la blenorrájica en jeneral, modificándolo en razon á la edad y delicada constitucion del niño. Una ó dos sanguijuelas, á lo mas, aplicadas detrás de la oreja, en el angulo esterno ó en el interno del párpado, sobre el saco lagrimal del lado afecto, bastan en el recién-nacido; y no debe prolongarse mas la evacuacion cuando la cara empieza á volverse pálida: al contrario si permanece encarnada ó se inyecta de nuevo no debe temerse su repeticion, mayormente en los niños robustos. A veces no son necesarias estas evacuaciones y basta la aplicacion de compresas embebidas en un cocimiento emoliente ó solamente en agua fria; y el uso de los purgantes proporcionados á la edad del niño. Al mismo tiempo se han de remover todas las causas, y debe emplearse continuamente una esmerada limpieza, lavando los ojos con mucha frecuencia con una solucion tibía de sulfato de zinc ó del acetato de plomo (1 grano á 4 ó mas por onza de agua destilada); ó de sulfato de cobre (1 grano á 2 por cada onza de agua), haciendo caer el chorro dentro del ojo, ó inyectándolo en él con una pequeña jeringa para atenuar y despegar el moco que lo cubre. Despues debe enjugarse el ojo con un lienzo caliente, cubriéndolo luego con una compresa frotada con alcanfor, ó con un pequeño saco de yerbas aromáticas. Para evitar la aglutinacion de los párpados es bueno untar sus bordes con

cerato ó unguento rosado. Pasado el período agudo sirven bien los tópicos astringentes mas enérgicos: Sichel prefiere las instilaciones de láudano de Sydenham, diluido ó puro, repetidas dos ó mas veces al dia; y para impedir la degeneracion estafilomatosa de una procidencia del iris aconseja Billard un colirio con el nitrato de plata (2 granos á 6 por onza de agua). Estos medios deben auxiliarse con los jenerales propios contra la caquexia escrofulosa, y contra las complicaciones accidentales que se presenten; y despues debe completarse la curacion destruyendo, con los remedios indicados los resultados de esta oftalmía que, si son susceptibles de curacion, por lo comun se disipan con los mismos tópicos astringentes. Como Hatin, en muchos casos hemos obtenido buenos efectos contra esta oftalmía de la aplicacion de un pequeño vejigatorio detrás de cada oreja.

ARTÍCULO III.

DE LAS ENFERMEDADES DE LA NARIZ.

EPISTAXIS. Tiene poca importancia. Es la única hemorragia espontánea que es bastante frecuente en la infancia y sobre todo en las inmediaciones de la pubertad; lo que no puede explicarse de otra manera sino diciendo que la mucosa nasal participa de la vitalidad activa y del desarrollo preponderante de los órganos cefálicos. Se nota particularmente en los niños que tienen la circulacion activa y el temperamento sanguíneo, y en los que han recibido de sus padres una disposicion á las hemorragias. Todas las causas de plétora jeneral y las que pueden ocasionar una hiperemia cerebral, y en particular la insolacion y los golpes y caidas, pueden producirla; pero á menudo sobreviene tambien sin ellas y antes de que se haya notado síntoma alguno de hiperemia jeneral ó local. En todos los casos debe considerarse mas bien que como una enfermedad, como un esfuerzo de la naturaleza que casi siempre disipa ó previene una congestion cerebral; y así es crítica en muchas cefalaljas. En casi todos los casos la epistaxis es poco copiosa y cesa por sí misma; sus síntomas nada presentan de particular en los niños, en los cuales son necesarias mas rara-

mente que en los adultos las inyecciones frias y astrinjentes y el taponamiento para cohibirla. Solo puede ser alarmante cuando es sintomática de un obstáculo en la circulación venosa ó de una diátesis hemorrágica. La 1.^a causa, que regularmente depende de una lesion orgánica del corazon, es rara en la infancia, y de la 2.^a hemos hablado ya.

CORIZA. Sus caractéres anatómicos son la rubicundez, tumefaccion y disminucion de consistencia del tejido de la membrana pituitaria. No insistiremos en la descripcion de estas modificaciones que son bien conocidas; y solo notaremos que la estrechez de las fosas nasales, que es tanto mayor cuanto mas pequeño es el niño, puede llegar á ser tal, á causa de la hinchazon de la pituitaria, que aun en los casos de inflamacion lijera puede hallarse imposibilitado el paso del aire y la cavidad nasal casi obliterada. Con mayor razon sucede esto cuando la membrana de Schneider se halla tapizada en totalidad ó en parte por una capa pseudo-membranosa. La coriza pseudo-membranosa es menos rara en la infancia que en las demás edades y así deben en ella considerarse ambas especies de coriza.

La *coriza catarral* es mucho mas frecuente y sobreviene bajo la influencia directa ó indirecta del frio y de la humedad, como en los adultos; ó es sintomática de una calentura eruptiva y en particular del serampion. La *pseudo-membranosa* puede depender de las mismas causas que ocasionan la anjina de la misma naturaleza; así es que la concrecion plástica unas veces parece efecto de un exceso de inflamacion y en otras, de su naturaleza especifica, en cuyos casos puede ser idiopática; así como en otros depende de una afeccion jeneral, como la escarlatina. La congestion sanguínea, la rubicundez, la irritabilidad y la abundancia de secrecion de la pituitaria, en los recién-nacidos, manifiestan la grande disposicion de esta membrana á inflamarse y esplican la frecuencia de la coriza en ellos.

A medida que los niños van adelantando en edad, los síntomas de la coriza van haciéndose siempre menos diferentes de lo que son en la edad media; pero en los niños de teta presenta fenómenos particulares que describe muy bien Billard cuando dice «Los frecuentes estornudos son el primer síntoma de la coriza. Pronto fluyen de las narices mucosidades primero hi-

losas y claras, después amarillas, verdosas y por fin puriformes. El niño que duerme casi siempre con la boca cerrada no puede entonces dormir sin tenerla abierta; su respiracion es ruidosa y puede conocerse, en lugar de un estertor, un ruido de silbido que se efectúa en las fosas nasales. A medida que las mucosidades nasales se vuelven mas espesas y mas abundantes se hace mas manifesto aquel ruido, y es mayor la dificultad de respirar: aquellas se oponen al paso del aire, secándose en la abertura exterior de las narices, que tapan mas ó menos completamente; entonces la agitacion, el llanto y la fisionomía del niño manifiestan el dolor y la excesiva incomodidad que experimenta. Si en este estado se le dá el pecho se aumenta su ansiedad y sufocacion, abandona pronto el pezon porque no puede mamar á causa de que no respira entonces por la boca que está llena por el pezon y la leche que fluye por él; de manera que hallándose continuamente agitado por la necesidad de satisfacer el hambre y la imposibilidad de hacerlo se halla pronto abatido por la fatiga, el dolor y la inanicion, y no tarda en perecer aun antes de haber llegado á un estado de marasmo adelantado.»

La marcha de los síntomas es mas ó menos rápida. Billard dice puede perecer un niño de poca edad, á causa de la coriza, en 3 ó 5 dias. El peligro se halla siempre subordinado al grado de tumefaccion de la pituitaria, á la abundancia y á menudo á la consistencia de las mucosidades. En jeneral la coriza no tiene peligro mientras no priva al niño de mamar.

Además es claro que la coincidencia de otra enfermedad debe agravarla siendo frecuentes las complicaciones de los órganos inmediatos como las afecciones cerebrales y la anjina.

En los niños de teta parece que es muy difícil el diagnosticar que la coriza es pseudo-membranosa, pues Billard que observó la coriza en 40 niños, encontró en 5 casos falsas membranas, y dice que en uno solo se reconocieron durante la vida. En los de mayor edad es todavía muy difícil el diagnóstico cuando la falsa membrana no se halla al mismo tiempo en alguna parte de la garganta accesible á la vista y cuando no puede verse una porcion de ella en la abertura anterior de la nariz. Con todo la coincidencia de la escarlatina, la gravedad de los síntomas racionales de la coriza y sobre todo el flujo de

un líquido sero-mucoso, amarillento, de una fetidez fastidiosa y análoga á la de la anjina lardácea pueden hacer conocer la naturaleza del mal. Esta coriza puede ser grave por si misma en los niños muy pequeños; pero su principal peligro proviene de las otras enfermedades que la acompañan.

En los niños de teta se necesitan cuidados especiales, pues en atención á la dificultad de mamar debe dárseles la leche á cucharadas, sola ó mezclada con un cocimiento de cebada ó avena. Cuando la inflamación es muy intensa, y sobre todo si hay señales de congestión cerebral, es necesario sacar un poco de sangre, dar lavativas laxantes, y aun los calomelanos interiormente; y por fin, si el estado del cerebro lo requiere, se aplican vejigatorios en los brazos, á la nuca ó en las piernas. Las fumigaciones emolientes deben ser nocivas aumentando la tumefacción de la pituitaria. Cuando hay falsas membranas deben añadirse á estos medios las insuflaciones de alumbre ó de calomelanos porfirizados y mezclados con la goma arábica en polvo; y aun sería mejor, si era posible, el tocar el interior de las fosas nasales con un piacel embebido en una solución de nitrato de plata ó de ácido hidroclórico como en la anjina membranosa.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS OIDOS.

Entre estas enfermedades que en los niños presentan solamente un mediano interés, solo ofrece algunas particularidades en ellos la OTORREA ú OTITIS CRÓNICA, y la padecen con frecuencia.

La membrana que tapiza el conducto auditivo, participando á la vez de la organización de las mucosas y de la piel, tiene todas las condiciones predisponentes de las enfermedades de los tegumentos internos y externos; y además el vicio escrofuloso se fija á menudo en las cavidades auriculares é imprime á sus inflamaciones los mismos caracteres que con tanta frecuencia se encuentran en las oftalmías de los niños. Por fin muchas de sus causas ocasionales son especiales á la infancia, entre otras las calenturas exantemáticas.

El principal síntoma de la otorrea es un flujo de materia mucosa que le procura el carácter de un catarro mas bien que el de una inflamación franca. La cantidad de este flujo varía; en general se aumenta en los tiempos húmedos ó cuando se suspende alguna otra secreción habitual. En algunos casos cesa de repente y sobreviene por metástasis una oftalmía, una coriza, infartos ganglionares, una enfermedad cutánea crónica ó cualquiera afección visceral. En algunos casos la suspensión del flujo depende de una recrudescencia de la inflamación que pasa al estado agudo y después cediendo poco á poco vuelve á la otorrea su carácter primitivo. Por fin en algunos casos la materia del flujo forma costras detrás de las cuales se acumula poco á poco el líquido segregado, ocasionando fuertes dolores y aun á veces la perforación de la caja y entonces el pus pasa á su cavidad y la desorganiza. Esta desorganización puede sobrevenir también lentamente á causa de la propagación de la inflamación crónica, y así se ven otorreas que terminan por la caries del peñasco ó de la apófisis mastoideas de lo que resultan á veces abscesos intra-cranianos é inflamaciones graves del cerebro y cerebello. En los casos menos desgraciados la otorrea que ha durado algun tiempo deja casi siempre un cierto grado de sordera.

En el tratamiento de esta enfermedad los medios jenerales deben dirigirse á fortificar la constitución y destruir la disposición catarral y escrofulosa. Después de una medicación evacuable y depurativa y de la aplicación de un exutorio en los brazos ó en las inmediaciones de las orejas se substituyen á las inyecciones emolientes que se han empleado primeramente, las astringentes como el agua vejeto-mineral, la de rosas, las de Bareges y de Balaruc, la solución de nitrato de plata, etc. No debe suprimirse repentinamente la otorrea y deberemos apresurarnos á hacerla reaparecer cuando su desaparición muy pronta ha originado alguna otra enfermedad, mayormente si el cerebro parece estar amenazado.

CAPÍTULO V.

DE LAS ENFERMEDADES QUE NO TIENEN CABIDA EN
LOS DEMAS CUADROS.

REUMATISMO. No nos ocuparemos de esta afeccion, que siendo mucho mas rara en la infancia que en las edades siguientes nada presenta en ella de particular. Es mas frecuente el articular agudo que el crónico; y, como en el adulto, es el oríjen mas común de la pericarditis. (V. páj. 192.)

ICTERICIA DE LOS RECIEN-NACIDOS. Este estado no presenta la importancia que le atribuián los autores antiguos, pues en los mas de los casos no es mas que un fenómeno fisiológico que no indica ni ocasiona perturbacion alguna notable en las principales funciones. En efecto en casi todos los recién-nacidos del 2.º al 4.º dia se manifiesta en toda la piel y en las conjuntivas un color icterico que vá haciéndose mas subido durante uno ó dos dias, y despues se desvanece poco á poco, de modo que del 8.º al 10.º dia, á corta diferencia, la piel ha adquirido ya el color que conserva despues. Solo debemos pues investigar su causa próxima; pues no siendo una enfermedad, debe dejarse á la naturaleza el cuidado de disipar esta coloracion momentánea, sin combatir sino las diferentes enfermedades que pueden sobrevenir durante su curso sin que dependan de ella.

Algunos autores la han atribuido á una irritacion del hígado, otros á un equímosis jeneral producido por el peso del aire sobre el cuerpo, y pudiera pensarse que es un fenómeno análogo á la renovacion de la epidermis, pero se opone á ello el observar que se nota tambien este color icterico en muchos órganos internos. M. Richard (de Nancy) cree que depende de qué, habiendo cesado la potencia atractiva del hígado sobre la vena umbilical desde que se ha cortado el cordón, la

ejerce entonces en la vena porta con bastante enerjía para poder procurar á la absorcion venosa las materias negras y verdosas de que está lleno el tubo digestivo; materia que introducida en el torrente circulatorio esparce aquel color. Billard dice que siendo algunas veces local la ictericia no puede depender de una causa jeneral que deberia ejercer su influencia morbosa en todas las partes del cuerpo, como las enfermedades del hígado por ejemplo. Esta razon es bastante plausible y resulta además de las observaciones de dicho autor que hallándose el hígado y la bilis en circunstancias muy diferentes en casos de ictericia, es difícil de esplicar cual pudiera ser el estado patológico de aquel órgano ó del producto de su secrecion propios para causar la ictericia y que, hallándose sin embargo las mas de las veces con ella la conjestion del hígado y de los tegumentos, seria posible que fuera su causa la permanencia de este líquido en los órganos y el depósito del suero que contiene y que casi siempre es amarillo. Sin embargo esto no es mas, para Billard, que una simple presuncion rodeada de algunas probabilidades.

* **CIANOSIS.** En esta afeccion que se conoce tambien con los nombres de *cianopatia*, *cianodermia*, y de *ictericia azul*, la cutis toma una color azul mas ó menos jeneral é intenso; siendo mas notable en los parajes en qué los vasos capilares están mas descubiertos por la finura del dermis que los cubre, como los labios, los párpados, las uñas, etc. Todo lo que puede acelerar el círculo de la sangre desde el centro á la periferie, y particularmente el ejercicio, aumenta el color de la cutis y la pone lívida. El cuerpo de los que la padecen se encuentra siempre mas ó menos frio, y su constitucion suele ser muy mala; están flacos, propensos á ahogarse y no tienen enerjía moral. (Merat).

Este fenómeno, que es bastante común, no es mas que un síntoma de un desórden grave del aparato sanguíneo, pudiendo ser orijinal ó conjénito, que es lo mas frecuente, y tambien adquirido.

Han creido muchísimos autores que, el conjénito particularmente, dependia siempre de una comunicacion directa de la parte derecha del corazón con la izquierda por la cual se mezcla la sangre negra ó venosa con la roja ó arterial que ha

experimentado ya la modificación que se efectúa en los pulmones, ya sea efecto de la persistencia del agujero de Botal, que se cree su causa mas frecuente, de la conservación del canal arterial, de la falta de tabique interventricular, de la existencia de aberturas anormales en este tabique, ó bien de un vicio orgánico en los troncos mayores que pueda dar lugar á la mezcla de la sangre. Hasta se ha dicho que en la adquirida, es decir, cuando aparece la cianopatía en una edad mas ó menos avanzada, debe suponerse siempre que se ha perforado recientemente el tabique auricular, sea por erosion, sea por ruptura, ó por lo menos que el agujero oval se ha vuelto á abrir, principalmente si las personas estaban antes sanas y robustas. Sin embargo, varias y repetidas observaciones auténticas prueban que esta afeccion puede depender tambien de otras causas, ya sea congénita, ya accidental; pues que, en muchos casos en quienes se han encontrado en la autopsia los vicios de conformacion del aparato circulatorio que hubieran podido producirlo, no lo han causado; al paso que se ha observado en otros sujetos en los cuales no se ha encontrado despues la espesada comunicacion anormal.

De la análisis de los hechos, en apariencia contradictorios, que se han publicado acerca la cianosis nos parece, con Billard, que puede sacarse una consecuencia media entre la opinion que conduce á considerarla como efecto de un vicio de conformacion del corazon y el concepto opuesto; pues que, resultando la cianosis, segun todas las apariencias, de un defecto de oxijenacion de la sangre venosa, puede tener lugar exista ó no un vicio de conformacion del corazon, con tal que, al atravesar los pulmones, no experimente la sangre las modificaciones vitales y químicas que se efectúan en ellos. Si, á pesar de encontrarse la comunicacion anormal de las dos aurículas, no sobreviene la cianosis, será probablemente porque pasa mucha sangre por los pulmones, y queda en ellos tan oxijenada, de manera que puede transmitir su oxijenacion á la sangre venosa con que se mezcla; y al contrario aparece la enfermedad azul, á pesar de la conformacion normal del corazon, si la disposicion particular de los pulmones no permite que el oxígeno del aire transforme la sangre venosa en arterial. La cianopatía es pues siempre un indicio del defecto de

oxijenacion de la sangre, que puede depender de diferentes causas, como de una pneumonia, de una amenorrea que ocasiona una congestion sanguinea considerable de los pulmones, y, en una palabra, de cualquier efecto grave y profundo de estos órganos, capaz de poner estorbos á la respiracion de un modo notable, como las diferentes especies de asfixia, la parálisis pulmonar que resulta de la injestion de ciertos venenos narcóticos, con especialidad del opio, etc.

El diagnóstico de esta enfermedad es muy fácil con respecto á su carácter principal que consiste en el color azulado de la piel; pero no debe decirse lo mismo con respecto á la clasificacion de la causa que ocasiona este síntoma; y sin embargo es muy útil para la práctica el poder determinarla. Los niños que padecen la cianopatía suelen tener una dificultad habitual en la respiracion y opresion al menor movimiento; por lo regular toman muy poco alimento, dijeren mal y se encanijan visiblemente. Cuando es su causa un vicio orgánico del corazon, este suele latir con fuerza y sus latidos van acompañados de un ruido particular; por lo comun hay palpitaciones, hemorragias, síncope mas ó menos frecuentes, el pulso es muy irregular y anuncia un estorbo muy considerable en el sistema circulatorio; frecuentemente tiene una pequeñez é intermitencia estremadas; sus dos caracteres principales son, segun M. Alibert, la desigualdad y la debilidad. Cuando dependa de una pneumonia ó de otra enfermedad se notarán los síntomas de ella.

El pronóstico, que deberá variar algo segun la causa de la cianosis, por lo general debe ser de los mas funestos; pues los desórdenes que orijina este afecto esceden á los recursos del arte, á escepcion del único caso en que dependiese de la abolicion pasajera de la accion de los pulmones. Los individuos que la llevan congénita casi nunca llegan á la edad de pubertad (Marc); á lo mas no pasan de los treinta años (Merat); pero por lo comun perecen al cabo de algunas horas ó de algunos dias; raras veces prolongan mas su existencia (Hatin). Segun Billard, la cianosis, ya sea local ó jeneral en los mas de los casos depende, en los recién-nacidos, de una congestion sanguinea hácia el corazon y los pulmones. En este caso puede ser mas ó menos pasajera y curarse con menos dificultad.

tad, como tambien cuando dependa de otra enfermedad que pueda curarse.

El tratamiento de este mal es relativo al de las diversas enfermedades de qué puede ser efecto, y por lo comun no admite mas que un método paliativo, que consiste particularmente en el uso bien ordenado de los medios hijjénicos: debe procurarse que no se comuniquen á los niños grandes sacudimientos, que se calmen pronto sus gritos, y que se mantengan siempre en una temperatura moderada; pues que está demostrado que el frio y el calor intensos aumentan los accidentes. Si la sofocacion fuese inminente se podrá recurrir al uso de pediluvios y maniluvios calientes. Segun Corvisart el medio que sirve mejor para remediar la cianosis en los recién-nacidos, consiste en tenerlos cerca de un fuego claro y frotarles con suavidad la cabeza y todo el cuerpo con lienzos muy calientes, práctica que debe continuarse con perseverancia y que es muy preferible á todas las especies de aspersiones de qué suelen valerse los comadrones. Cuando la cianosis es efecto de una pneumonia ú otra enfermedad la terapéutica debe dirigirse contra estas.

CALENTURAS. Hemos hablado ya de muchas de ellas; nos faltan todavía hechos para decidir el lugar que deben obtener en un tratado de patología infantil las fiebres *adinámicas, atáxicas, pútridas, etc.*, consideradas como esenciales. Hemos observado algunos casos de calentura *inflamatoria ó sinoca* sin que hubiese enfermedad alguna local; y nos hallamos muy propensos á creer que, despues de la juventud, la infancia es la edad en que tiene mayor tendencia á desarrollarse; pero los hechos que hemos observado nada nos han ofrecido de particular en los niños. Estos padecen tambien las *calenturas intermitentes*, no endémicas, aun en la mas tierna edad, pero mayormente desde 10 á 15 años, si se hallan en condiciones análogas á las que las ocasionan en el adulto. Lo mismo que debe notarse acerca de ellas es que la dificultad de hacer formar el sulfato de quinina en los niños muy pequeños hace preferir la quinina en bruto. M. Trousseau ha manifestado todas las ventajas de esta sustitucion; la quinina en bruto es insípida, se reblandece con el calor de los dedos de manera que pueden hacerse con ella píldoras tan pequeñas como se

quiere y mezclarlas con la comida que traga el niño sin dificultad: por fin este medicamento tiene los efectos tan seguros como el sulfato de quinina.

***CEFALOMATOMA** ó tumor sanguíneo de la cabeza de los recién-nacidos. Puede ser *esterno* é *interno*. El 1.º consiste en un tumor circunscrito, indolente, elástico, fluctuante y que no ocasiona cambio en el color de la piel, formado por una coleccion preternatural de sangre. En jeneral aparece desde el primero al cuarto dia despues del nacimiento. Su sitio más frecuente es uno de los parietales, mas veces el derecho que el izquierdo y en algunas se halla en ambos: se ha observado tambien en el occipucio y en una de las rejiones temporales. La sangre puede hallarse debajo de la aponeurosis formando la variedad de aquel tumor que se ha llamado *sub-aponeurótico*; ó bien entre el pericráneo y los huesos siendo *sub-pericráneo*. En algunas, aunque raras veces, el derrame se halla en la cara interna del cráneo, sobre la dura-madre, formando el *cefalomatoma interno ó super-meníngeo*.

Los niños pueden llevar al nacer diferentes tumores en la cabeza que pudieran confundirse con el que nos ocupa, y son los siguientes:

Prolongacion de la cabeza. Cuando están muy angostados los estrechos de la pelvis, la cabeza del niño, al atravesarlos, se estrecha alargándose desde el occipucio á la barba, y á veces se comprime de modo que los huesos se ponen los unos encima de los otros. Por considerable que sea esta prolongacion, que no presenta los señales del cefalomatoma, recobra en breve la cabeza sus dimensiones naturales, y el comadron debe abstenerse de cualquiera maniobra para procurarlas.

Edema ó infiltracion de la cabeza. Regularmente es efecto de un parto trabajoso, y forma un tumor pastoso, sin fluctuacion, difuso é irregular, cuya figura no es conoidea, que conserva la impresion del dedo y que se termina insensiblemente en las partes vecinas, teniendo la piel que lo cubre un color rojo mas ó menos subido. Desaparece con bastante prontitud con los solos esfuerzos de la naturaleza, que pueden auxiliarse con los tópicos resolutivos.

Abscesos. Pueden formarse en la cabeza de resultas de las contusiones que reciben los niños en ella en el acto del parto,

y se distinguen del cefalomatoma porque ha precedido á aquellos la inflamacion, no son indolentes, y se han formado gradualmente. Por lo demás presentan los síntomas propios, y el método curativo consiste en una pronta y suficiente dilatacion.

Encefalocele. Consecuente á un vicio de desarrollo en los huesos del cráneo ó la estremada separacion de las fontanelas á causa del hidrocefalo, algunas veces aparece el encefalocele ó *hernia del cerebro*, formando un tumor oval ó esferoideo, blando, incolor é indolente, en el cual se observan pulsaciones isócronas á las del corazón, que siempre pueden distinguirse fácilmente con la vista y el tacto al menor movimiento que hace el niño; el volumen del tumor aumenta momentáneamente durante la tos, los estornudos ó el llanto; con el tacto se encuentran los bordes de la abertura ósea, y la compresion fuerte del tumor ocasiona síntomas de compresion cerebral; todo lo que falta absolutamente en el cefalomatoma. Contra esta enfermedad, escesivamente grave, debemos limitarnos á una suavísima compresion igual, evitando la accion de los cuerpos exteriores que pudieran herir ó inflamar al tumor. M. Adams aconseja la acupuntura, con un método análogo al de Cooper contra la espina bifida, para los casos en que depende la hernia del hidrocefalo.

En las *tupias*, los *tumores erectiles*, los *quistes serosos* y muchos otros tumores que los niños pueden tener en la cabeza al nacer, falta siempre el rodete óseo del cefalomatoma, y en los mas la fluctuacion. Aquel rodete hace que parezca deprimido el hueso en el centro del tumor, por lo que pudiera equivocarse con una *fractura ó depresion del cráneo*; lo que no sucederá si se examina aquel debidamente.

El *cefalomatoma sub-aponeurótico* es raro en los recién-nacidos. Sus causas mas frecuentes son entonces las presiones fuertes ejercidas en la cabeza en el acto del parto y puede serlo cualquiera violencia exterior. Poco tiempo despues del nacimiento es fácil su distincion, pues casi siempre coincide con el edema; el tumor no está bien circunscrito, y si algo doloroso; la piel conserva vestijios de la contusion, y la fluctuacion va estableciéndose por grados; mas adelante puede diferenciarse tambien del sub-pericraniano porque muchas veces se estiende el tumor hasta encima de una sutura, no está muy

bien circunscrito, y no hay el rodete óseo; y además por los otros señales que acabamos de indicar, los cuales se conservan siempre mas ó menos. La hinchazon de las partes blandas simula á veces el rodete óseo; pero lo distingue perfectamente el tacto. El pronóstico de esta variedad debe ser muy benigno, con tal que su causa no haya interesado al mismo tiempo al cerebro produciendo una de las *asfrias por compresion del cráneo* señaladas por M. Dugés. Deben usarse los tópicos resolutivos, y sino se reabsorbe pronto el líquido se consigue fácilmente la curacion con una incision simple.

En el *cefalomatoma sub-pericraniano* que es bastante frecuente, el tumor presenta bien manifiestos los caracteres que hemos espresado en la definicion, aunque en su principio es poco voluminoso y poco tenso, no puede hallarse situado sobre los espacios del cráneo que no están osificados; varia en volumen desde el de una nuez pequeña hasta ocupar todo un parietal y aun mayor espacio, se encuentra al rededor de su base una prominencia mas ó menos considerable, á la que se ha llamado *circulo, anillo ó rodete óseo*, que está formada por una produccion ósea accidental elevada sobre el nivel del hueso. Si se coloca el dedo sobre este rodete y se vá apretando hácia el centro del tumor, aumentando gradualmente la presion, se encuentra al hueso mas allá de aquel. Bastan á veces pocas horas para que el tumor esté completamente desarrollado, pero por lo regular es preciso que hayan pasado uno ó dos dias: cuando ya está formado el rodete no aumenta de volumen.

Segun Valleix su formacion depende de una presion circular que solo puede ejercer el cuello de la matriz, siendo los casos mas favorables á su produccion aquellos en quienes se presenta al cuello una parte muy grande del parietal con exclusion de las demás del cráneo. La poca adherencia que tiene naturalmente el pericráneo con los huesos en el estado normal y la estructura particular de estos que, á la menor presion, dejan escapar por los intersticios de las fibras rayadas y por una multitud de pequeños orificios muchas gotitas de sangre, facilitan la formacion de este tumor.

El pronóstico, aunque debe hacerse con mayor reserva que en el sub-aponeurótico, con todo no ha de ser grave, pues suele conseguirse la curacion; siendo el método curativo pre-

ferible la simple incision hecha con la lanceta ó el bisturí. Debe proporcionarse al volúmen del tumor, pero no hay inconveniente alguno en hacerla un poco grande. Se ha de practicar lo mas lejos que se pueda de los troncos arteriales, pues basta el dividir, en los recién-nacidos, un ramo muy pequeño de una arteria para dar lugar á una hemorragia peligrosa; y se ha de tener presente que, en los tumores muy voluminosos, los principales ramos de las arterias están elevados y colocados lejos de su lugar natural. Si á pesar de estas precauciones, despues de vaciada la bolsa sanguínea, continúa colando en nótale cantidad sangre roja, debe buscarse el vaso dividido en los bordes de la incision para ligarlo, lo que es fácil en atencion al despegamiento considerable de las partes blandas, que pueden renversarse con facilidad: solo despues de haber tanteado infructuosamente esta ligadura debemos recurrir á la compresion; pues que este medio no puede aplicarse con fuerza en el cráneo de un recién-nacido, cuyos movimientos continuos lo hacen ineficaz. La herida debe despues curarse simplemente, introduciendo en ella algunas hilas para evitar su adesion demasiado pronta, cubriéndola con una planchuela y una compresa, y conteniéndolo todo con una venda medianamente apretada.

Los síntomas del *cefalomatoma interno* son los de la compresion del cerebro; sus causas las de la hemorragia cerebral; su diagnóstico es imposible en el viviente, y solo puede sospechase su existencia cuando aquellos síntomas complican á un *cefalomatoma sub-pericraniano*, lo que supone la coincidencia de ambas variedades, que, segun M. Baron, es bastante frecuente; su pronóstico es muy grave, y su tratamiento debe dirigirse contra el derrame cerebral; y además se ha de abrir el *cefalomatoma esterno* si coincide con el interno.

EDEMA DE LOS RECIEN-NACIDOS. Se ha llamado tambien *endurecimiento del tejido celular, induracion, esclerema, esquirrosaricia*; y últimamente M. Valleix ha propuesto el nombre de *asficia lenta de los recién-nacidos* que le ha parecido indicado por la naturaleza de la enfermedad.

Esta afeccion es tan frecuente y mortal en los hospitales de espósitos, como rara en la práctica particular, como sucede con el mal blanco y la pneumonia. Principia siempre en una

época muy inmediata al nacimiento. Valleix nunca la ha observado despues del cuarto dia; circunstancia que basta para atribuirle á alguna de las condiciones propias al paso de la vida intra-uterina á la independiente.

El cuadro resumido de esta enfermedad presenta los síntomas siguientes: en el principio, una coloracion jeneral lívida; enfriamiento de todo el cuerpo mas manifesto en las estremidades; sopor bastante profundo; dificultad notable de la respiracion, que se efectúa regularmente por inspiraciones cortas, penosas y separadas por intervalos, y pronto edema en los piés y algunas veces en las manos. En el 2.º período la infiltracion se hace mas jeneral; la piel adquiere un aspecto violáceo, mayormente en los piés y las manos; el pulso es lento y débil; el sopor es mayor; los ojos permanecen cerrados, y el grito adquiere una agudez muy notable. En los últimos dias el edema invade casi todo el cuerpo; el frio se hace mas intenso; en muchísimos casos sale por la boca una espuma sanguinolenta, y muere el enfermo sin agonía penosa. Cuando el mal se inclina á la curacion la difnea y el sopor son los primeros que ceden; el niño abre los ojos cuando se le espone á la luz; reaparece el calor en todas las partes del cuerpo; el edema empieza á disiparse en los puntos que ha invadido últimamente, y luego despues empieza la convalecencia.

Pasemos ahora á examinar detalladamente los síntomas mas importantes:

Edema. Es un síntoma característico que nunca falta, y sigue casi constantemente la misma marcha. Empieza por las estremidades inferiores, sobre todo por los piés, hace progresos y ha llegado ya á los muslos cuando se manifiesta en las manos. Solo en una quinta parte de los casos Valleix lo ha visto aparecer en las manos al mismo tiempo que en los piés y mas raramente aun lo ha visto manifestarse en un carrillo un dia antes de atacar á los piés. Hacia el fin y en los casos graves se infiltran á su turno el hipogastrio, las nalgas y las partes sexuales; pero es mas raro el verlo llegar á la parte posterior del tronco y aun mas al pecho. Nunca es igual en ambos lados siendo siempre mas infiltrado aquel sobre que está echado el enfermo; de modo que Valleix ha experimentado en muchos casos que si se varia su posicion, á la mañana si-

guiente se hallan tambien mas infiltradas las partes mas declives. Los autores han notado la prominencia de la planta del pié y su forma de albardilla, debida á los progresos del edema; carácter que se nota en todos los casos un poco graves. Cuando el edema ha llegado á la cara, los párpados á menudo se hallan distendidos hasta al punto de llegar á ser semi-transparentes. Contra la opinion de los autores que han pretendido que los miembros infiltrados no conservan la impresion del dedo, es cierto que el hoyo producido es tanto mas profundo y duradero quanto mayor es el edema; y asi, cuando es muy pequeño, la depresion es menos sensible y se borra con rapidez.

Color y enfriamiento de la piel. Son dos síntomas muy importantes. La piel es lívida sobre todo en las estremidades; pero á este color jeneral se le mezcla pronto otro icterico que nada presenta de especial con respecto á la ictericia normal de los recién-nacidos, sino que es á menudo mas intensa. Algunos autores han dicho que la piel se halla adherida á las partes profundas, pero esto es un error, pues siempre pueden moverse mas ó menos los tegumentos. El enfriamiento es constante en todos los casos un poco graves, y casi siempre empieza por las estremidades. En los últimos dias de la vida es tan baja la temperatura de todo el cuerpo que hace percibir á la mano una sensacion incómoda. El interior de la boca participa tambien del enfriamiento jeneral. Si se envuelve el cuerpo con lienzos calientes se calienta hasta hallarse en equilibrio con la temperatura de estos; y si se quitan la piel pierde con prontitud el calor adquirido como un cuerpo inerte.

Síntomas funcionales. Casi siempre se notan en esta enfermedad perturbaciones de la respiracion, á pesar de qué en pocos casos la complica la pneumonia. Se nota una dificultad de respirar caracterizada por una dilatacion incompleta del pecho, por una inspiracion pronta y muy corta, al paso que la espiracion es muy lenta; en suma la respiracion se halla notablemente apagada. Lo mas extraordinario es que en ciertos casos de pneumonia esta flojedad persiste aun, pero en jeneral sucede lo contrario. La matitis que, en jeneral, debe tambien hacer temer la hepaticacion pulmonar, puede corresponder á una porcion de pulmón que no haya respirado. Cuando sobreviene la pneumonia, en los mas de los casos se declara despues

que el edema ha durado ya por lo menos dos ó tres dias: siempre es una complicacion muy grave.

El exámen del pulso es muy difícil por su tenuidad, por la indocilidad de los niños y por el edema del brazo: sin embargo puede conocerse su debilidad y su lentitud. En los casos simples varia de 60 á 80 pulsaciones por minuto; y son mas cuando hay pneumonia; pero la falta de calentura se ha reconocido jeneralmente en el edema. Los latidos del corazon, que pueden apreciarse mejor, parecen siempre débiles, lentos y oscuros. Estos síntomas y el color asfético manifiestan bien que la circulacion se halla perturbada y que es difícil.

En la mayor parte de los enfermos hay un entorpecimiento jeneral de todas las sensaciones y un sopor profundo. Dice Valleix que muchos de ellos si se abandonaban moririan sin llorar ni manifestar la menor necesidad. No puede conseguirse el hacerlos llorar sino sacudiéndolos con violencia y aun algunas veces causándoles dolor. Solo se manifiesta la agitacion durante su exploracion si la enfermedad es muy lijera ó si la complica otra afeccion grave, como la pneumonia. Se nota tambien una oclusion permanente de los párpados, aunque estos no estén edematosos ó lo sean muy poco para que pueda ser difícil su separacion. Algunos autores han dicho que habia accidentes espasmódicos y convulsivos, pero Valleix lo niega, atribuyendo este aserto á la equivocacion del edema con el endurecimiento adiposo.

El grito, en todos los casos, en los primeros momentos es agudo, entrecortado, estremadamente débil, á menudo apagado y oculto; poco á poco se vuelve mas fuerte y mas grave, y acaba para asemejarse al de los niños que no padecen el edema. Segun las investigaciones de Valleix estos caracteres especiales del grito no dependen del edema de la glotis, como se ha dicho, sino mas bien de la dificultad de la respiracion.

Las funciones digestivas no presentan perturbacion alguna; hay inapetencia pero no sed; la lengua está húmeda; el vientre flojo é indolente, y no hay vómitos ni diarrea, sino en algunos casos muy raros, y cuando complica al edema alguna enfermedad de los órganos digestivos, como el mal blanco.

Caracteres anatómicos. De la incision de las partes hinchadas fluye una serosidad abundante, lijeramente viscosa y de

color amarillo fuerte. La seccion del dermis deja salir gotas gruesas de sangre negra que proviene de la division de los vasos infartados. Debajo la primera capa del tejido celular, aquella en que abunda el tejido adiposo y forma lo que se ha llamado *panículo craso*, presenta un aspecto granuloso muy manifiesto; está dividido en pequeños granos separados por intersticios edematosos; y cuando la infiltracion es muy considerable, estos pequeños cuerpos están bastante separados entre sí y parece que no forman parte de la misma membrana. Mas cerca de la aponeurosis se encuentra el tejido celular laminar enormemente distendido por la serosidad, formando una masa jelatinosa transparente y habiendo adquirido un espesor de dos y media á cinco líneas y aun mas. En cuanto al tejido celular intermuscular se halla escento de infiltracion. Casi siempre se encuentra un aumento de serosidad en las cavidades de las pleuras, del pericardio y del peritoneo, de las meninges y aun de los ventrículos del cerebro; derrámenes que, á pesar de qué en jeneral son poco abundantes, es probable que han contribuido á la produccion de los síntomas. Se encuentran tambien en muchos órganos caractéres anatómicos de una detencion de la sangre análoga á la que hemos visto producirse en los capilares de la piel; asi raras son las veces en qué no se halla en los pulmones un infarto sanguíneo mas ó menos pronunciado, y aun algunas veces una verdadera hepaticacion; en la mucosa aérea se nota un color rojo obscuro y numerosas arborizaciones, en la digestiva una congestion pasiva no menos evidente que ocupa la mayor parte de su estension; en los órganos muy vasculares como el hígado y bazo, las membranas cerebro-espinales y aun el mismo tejido cerebral, la congestion sanguínea es siempre muy manifiesta; y por fin se encuentra una cantidad enorme de sangre negra líquida que hincha y distiende todos los vasos y sobre todo los venosos.

Diagnóstico. Á pesar de todos estos síntomas y caractéres anatómicos, muchos autores han confundido el edema de los recién-nacidos con dos estados morbosos muy diferentes. El 1.º es una *inflamacion edematosa de las partes blandas*, que se distinguirá fácilmente por la diferencia de su sitio, su estension circunscrita, sus caractéres inflamatorios locales y la coincidencia regular de la calentura. El 2.º es el *endurecimiento*

del tejido adiposo, que no es una enfermedad sino un simple fenómeno morboso que se manifiesta en todas las afecciones de los recién-nacidos en sus últimos momentos solamente, ó sea en la agonía. Entonces el enfriamiento y la agudeza del grito que se notan resultan de la debilidad de la vida que vá á terminar. Por otra parte, en todo el curso del edema la piel es lívida y movable, y en el endurecimiento adiposo es blanca ó amarillenta y parece pegada á los huesos; además este ocupa, las mas de las veces, los carrillos, despues las partes superiores y esternas de los miembros, sus partes internas, las nalgas, las espaldas y la parte anterior del pecho; lo que no sucede en el edema en el cual la capa laminar y profunda del tejido celular es el sitio principal de la infiltracion serosa, asi como en aquel esta capa se halla seca y delgada, el *panículo craso* es semi-duro y no contiene serosidad; y por fin la seccion del dermis no dá, como en el edema, las gruesas gotas de sangre negra.

Por ahora, entre las *causas* predisponentes y ocasionales que se han atribuido á esta enfermedad solo se ha demostrado la influencia efectiva de la debilidad y del frio. La 1.ª, admitida por todos los autores, se manifiesta porque se nota que el edema se observa en las mas de las veces en niños nacidos antes de término, y en los que, habiendo nacido á término, están poco desarrollados; y la 2.ª tampoco puede dudarse en el dia, pues los datos estadísticos recojidos por Billard, Valleix y Richard (de Nancy) han manifestado bien que el edema es muchísimo mas frecuente en los meses mas frios y mas húmedos que en los mas calientes y secos, en los cuales se padece sin embargo tambien.

Con respecto á la *causa próxima* y á la *naturaleza* de la enfermedad seria largo el discutir las opiniones de los autores, que ha combatido M. Valleix; y asi solo diremos que la de este es la que nos parece por ahora mas fundada, y la única que puede admitirse. Atribuye el mayor valor á la dificultad de la respiracion y á la debilidad de la circulacion y termina diciendo: «Si añadimos á estas lesiones de funcion la congestion sanguínea jeneral, indicada durante la vida por el color lívido de todo el cuerpo, y despues de la muerte por el infarto de todos los vasos, tenemos reunidas las circunstancias mas

notables de la enfermedad, y todo hace creer que debe atribuirse la producción del edema á la perturbación de dos funciones importantes y á la detención de la sangre. Esta opinión deja aun mucho que desear, pues no define la naturaleza de esta perturbación y no se sabe por ella cual es la causa de esta; pero es mejor esperar nuevas observaciones que no valerlos de las hipótesis de los antiguos para explicarla.

Su pronóstico regularmente es muy grave, y tanto mas cuanto mas débil es el niño y mas antigua es su enfermedad. Sino se cura desde el principio vá progresando continuamente; pues, como el enfermo no toma alimento, se aumenta necesariamente la debilidad primitiva y deben irse perdiendo todas las esperanzas de curación.

La terapéutica se resiente de la incertidumbre en que nos hallamos acerca la naturaleza de esta enfermedad, y así es que, según la opinión de los autores acerca este particular, han aconsejado las emisiones sanguíneas, los baños emolientes, las lavativas estimulantes, las lociones escitantes ó aromáticas, las fricciones irritantes, los vejigatorios ó los baños de vapor. M. Valleix ha experimentado la mayor parte de estas medicaciones, y la única que le ha parecido tener ventajas indudables es la de las emisiones sanguíneas locales, que ha tenido tambien buen éxito empleada por otros prácticos: parece demostrado que, para que sirvan bien, aquellas deben ser abundantes. Parece poco importante la elección del sitio en que deben aplicarse las sanguijuelas pues se trata solamente de desinfartar al sistema vascular, mas bien que de combatir un estado local; pero si se quieren evacuar mas pronto los cefálicos, se han de aplicar en las sienas ó detrás de las orejas; y se aplican tambien en el ano, epigastrio, pecho, etc. El emfriamiento de los enfermos indica la necesidad de envolverlos con paños calientes y algodón cardado, caliente y cubierto con tafetan encerado. En algunos casos, por desgracia muy raros, estos medios simples y la permanencia en un aposento caliente pueden curar á los niños afectados todavía lijera y dotados de una constitución robusta. Entre todas las bebidas la mas útil es la leche materna, y si no es posible la lactancia natural debe alimentarse al niño con un cocimiento de cebada ó de harina de centeno mezclada con leche. Para prevenir

la enfermedad deben tomarse todas las precauciones necesarias para impedir la acción del frio en la piel.

HIDROPESÍAS. La afección que acabamos de describir es la única hidropesía que presenta alguna frecuencia en los primeros dias de la vida: las demás son bastante raras hasta la edad de uno ó dos años y solo desde la primera dentición se observan algunos casos de ellas. Reconocen diferentes causas.

1.º Las hidropesías que son consecutivas á las lesiones orgánicas que ocasionan un obstáculo á la vuelta de la sangre hácia el corazón, no son en jeneral ni muy frecuentes, ni excesivamente raras en la infancia. Como las lesiones orgánicas del corazón y de los grandes vasos no suelen mostrarse hasta á lo último de la infancia, y como las del hígado y bazo son muy raras en ella, solo debemos ocuparnos de las hidropesías que resultan de los tubérculos del pecho y del abdomen, pues hemos hablado ya de las que se forman en el cerebro por la misma causa. Las induraciones ganglionares del mesenterio y del mediastino comprimen algunas veces las grandes venas de estas rejiones, estrechan su calibre y entonces pueden ocasionar derrámenes en el tejido celular y en las cavidades serosas: sin embargo esto no suele suceder sino á un grado muy adelantado de las tises tuberculosas. En el abdomen, los tubérculos ocasionan algunas veces la ascitis en los primeros tiempos de su formación; pero entonces depende mas bien de la irritación del peritoneo, lo mismo que sucede en la cavidad del cráneo, en el cual las mas de las veces el derrame depende de la irritación secretoria de las membranas serosas.

2.º Hemos hablado ya de las hidropesías sintomáticas de las flegmasias de las membranas serosas.

3.º Las caquexias, deteriorando la constitución, pueden ocasionar con el tiempo las hidropesías. En los niños casi no tienen este efecto sino la caquexia escrofulosa, y aun deben distinguirse los casos en que depende de lesiones tuberculosas locales. Por otra parte este accidente final de las caquexias solo tiene una mediana importancia.

4.º La anemia, ya sea efecto de un mal régimen ó de diferentes enfermedades, tales como una hemorragia abundante, una diarrea, etc., ocasiona la hidropesía en algunos niños, como tambien la anemia clorótica, pero estas hidropesías nada presentan de particular en la infancia.

3.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 enérgicamente 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 *hidropesías 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 experimenta 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 *síntomas* 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 orden 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 hidrocefalo. Hemos hablado ya de to-

das estas hidropesías. En muchos casos la hidropesía invade también el tejido celular submucoso que entra en la composición 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 observación 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 Bright* (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 así creemos que antes de admitir que las hidropesías escarlatinosas reconocen por causa la acción 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 distension 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* ó *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 negligencia 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 acción del frio ú otra causa.

Tratamiento. Prescindiendo aquí de las indicaciones dependientes de las enfermedades que han dado origen 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 hebi-

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 progresa. 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 digestivas, como sucede cuando hay una diarrea abundante y mayormente si esta depende de la flogosis; 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, goma-guta, escamonea, aceite de croton, eléboro, coloquintida, 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 injeccion 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 digestiva. El estado de esta membrana puede contraindicar ó hacer suspender el uso de la dijitál 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 exacta-

mente 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 abdomen.

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 modificación especial de la enfermedad escrofulosa, ó una afección escrofulosa de los huesos. Las principales razones que apoyan este aserto son: 1.º Que ambas enfermedades reconocen las mismas causas predisponentes y ocasionales; con la sola diferencia de que 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 nutrición del tejido óseo estremadamente activa en esta época, llama hácia él la acción 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 tuberculización. 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 descripción de las lesiones escrofulosas y tuberculosas esternas pertenece en gran parte á la Cirujía, ó á algunos ramos especiales de la patología, como lo hemos dicho ya hablando de ciertas enfermedades de la piel, de los ojos y oídos, cuyo desarrollo se halla manifestamente 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 descripción; al paso que nos detendremos un poco mas en la raquitis.

Los Sres. Alibert y Lugol han descrito una alteración 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 exterior por pequeños agujeros ocasionando ulceraciones parduzcas é irregulares que presentan todos los caracteres 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 extensión y su color se asemejan mucho á las láminas induradas de que hemos hablado, pero se diferencian porque desde su principio presentan una notable blandura al tacto.... Algunas veces terminan por reabsorción, 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 acción 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 fluctuación, primero oscura y despues mas evidente. En este estado, algunas veces permanecen muchísimo tiempo estacionarios; pero por fin terminan por reabsorción ó por evacuación al exterior. 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 ven desarrollar tumores que ofrecen todos los caracteres de los ganglios infartados en las regiones 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 adheridos 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 exterior. 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 caracteres 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 regiones 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.º 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 más sensibles. Sus estremidades se hinchan y aumentan el volumen 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; así es que los fémures se ván volviendo más cóncavos hácia dentro y atrás, y desvian el centro de gravedad más 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 también 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 también lo más 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 columna vertebral, de lo cual resulta un aplastamiento extraordinario de las rejiones axilares que son cóncavas. Se vén también 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, más 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; más considerables en la base del pecho

se hallan en la parte más deprimida de él ó un poco más 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 pezón; en este punto las costillas falsas se elevan y forman una prominencia que envuelve la parte superior del abdómen, aumentan así 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 más prominentes, y en cuanto al 2.º, su corvadura más comun tiene lugar en sentido ántero-posterior, presentando una convexidad más 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 columna 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 también 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

mas ó menos regular de la cavidad de la pelvis. Si aparece la raquitis cuando los huesos del cráneo todavía no están osificados, el reblandecimiento de su tejido les hace ceder á la impulsión del cerebro que se hipertrofia obedeciendo simplemente, digámoslo así, á la sola fuerza expansiva. Si sobreviene mas tarde, cuando las fontanelas están ya completamente osificadas, se aumenta poco el volumen de la cabeza, pero los huesos se engruesan y presentan numerosas abolladuras mayormente en los puntos en que hay mayor cantidad de tejido esponjoso. Se hallan tambien deformaciones semejantes en la cara que se ensancha y parece deprimirse de arriba abajo: los huesos pómulos son prominentes; la raíz de la nariz es mas ancha; la mandíbula es gruesa y voluminosa, y sus ramas se reúnen en el cuerpo casi perpendicularmente, y por consiguiente forman ángulos menos obtusos y mas prominentes que en el estado normal.

Las deformaciones de las diferentes partes del esqueleto de que acabamos de hablar resultan de las modificaciones que la raquitis imprime en la estructura del tejido óseo, y que se reducen á una especie de vascularización del mismo que se despoja de sus sales calcáreas: su elasticidad y flexibilidad están singularmente aumentadas; se puede encorvar un hueso plano ó largo y torcerlo sin romperlo «como las raíces de ciertas plantas» (Rufz). En el cadáver se producen fácilmente fracturas incompletas. La torsion de las fibras óseas hace exudar sangre flúida aun al nivel de la sustancia compacta. El periostio ofrece en jeneral pocas alteraciones; y lo mismo debe decirse de la médula, que solo se halla menos encarnada que en el estado normal; la membrana medular regularmente es muy delgada. En algunos casos de raquitis en su mas alto grado se encuentra una capa membranosa parduzca, muy quebradiza que se saca con la médula: esto es lo que Béclard parece haber indicado con el nombre de *membrana medular de los huesos raquiticos*. Cuando el cuerpo del hueso tiene corvaduras, el canal medular está necesariamente mal conformado, estrechado y reducido á un conducto muy pequeño aproximado á la convexidad de la corvadura; al paso que la concavidad parece formada por una hipertrofia del tejido compacto que oblitera la cavidad ósea. En jeneral la lámina que forma las

paredes del canal medular es mas dura que en el estado normal; pero al exterior la sustancia compacta del cuerpo del hueso está compuesta de muchas capas sobrepuestas representando una reunion de cilindros concéntricos metidos los unos dentro de los otros, de los cuales los mas esternos son mas flexibles y se desprenden fácilmente del periostio. Entre estas láminas se halla una materia sanguinolenta que facilita su despegamiento é indica el aumento de vascularidad del tejido óseo. El tejido esponjoso que ocupa la estremidad de la diáfisis de los huesos largos, es mas rojo, mas blando, y está mas impregnado de jugo medular que en el estado normal. Sus células parecen mayores; pero á medida que está mas cerca de las epífisis este aspecto cambia completamente. El tejido esponjoso se halla embebido de una grande cantidad de sangre, contenida en células estremadamente pequeñas que forman, segun la comparacion de M. Rufz, una esponja muy fina de mallas muy apretadas. Esta porcion del hueso está visiblemente hinchada y mas voluminosa que en estado sano y ella produce el abultamiento de las estremidades de los huesos largos. Segun la descripcion de M. Rufz, la esponja fina seria un tejido de nueva formacion, pero para nosotros es una modificación patológica del tejido normal. Mas allá de esta parte del hueso se encuentra el cartilago que une la diáfisis á la epífisis, regularmente poco alterada; despues la epífisis que se aleja poco de su estado normal, sino es que se desprende del hueso con mayor facilidad, y su osificación menos regular permite encontrar, en medio de la porcion osificada, pequeños núcleos cartilajinosos que están atrasados en las partes inmediatas. El tejido esponjoso ó *diptoe* de los huesos planos presenta un aspecto análogo al de los largos; á menudo se hincha y separa las dos láminas de los huesos. Algunas veces la porcion escamosa del temporal adquiere de esta manera de 2 á 3 líneas de espesor.

M. J. Guerin divide la *marcha* de la raquitis en muchos periodos. En el 1.º, llamado de *incubacion*, se esparrama una materia sanguinolenta en todos los puntos del tejido óseo en que se distribuyen las ramificaciones de los vasos nutricios. De este derrame resulta el despegamiento de las partes componentes del tejido y la hinchazon de las diferentes partes del

esqueleto. Durante el período de *deformacion*, al mismo tiempo que la trama del tejido óseo pierde su consistencia y se reblandece, la materia que continúa á depositarse en todos los intersticios del tejido óseo tiende á organizarse; pasa sucesivamente de la forma célulo-vascular á la célulo-esponjosa. En fin ea el estado de *consuncion raquitica*, el despegamiento y la separacion de las partes componentes del tejido óseo ha sido tan considerable que no se ha efectuado su reunion ni la organizacion de la materia derramada; los tabiques y las láminas óseas han permanecido apartadas y la primitiva consistencia del hueso se halla reducida al punto de que su capa exterior algunas veces es como una película delgada. Cuando la raquitis tiende á la curacion el tejido célulo-esponjoso de nueva formacion pasa al estado de tejido compacto, y se confunde con el tejido antiguo que vuelve á adquirir su primera dureza. De esta manera se explica el aumento de espesor y de anchura que persiste durante mucho tiempo despues de haberse suspendido los progresos de la raquitis. En los adultos curados ya de mucho tiempo, el tejido de los huesos es mas compacto y mas duro que en el estado normal. En este estado, llamado por Guerin *eburneacion raquitica*, no se distingue vestigio alguno de la reunion de los elementos de los huesos antiguos con los de los nuevos. Las investigaciones de este mismo autor han demostrado lo que habian negado muchos otros, á saber, que á mas de la deformacion y de la alteracion del tejido óseo, se detiene su desarrollo y se retarda la osificacion.

Los *signos* de la raquitis propiamente dichos ó dependientes de la perturbacion de las funciones tienen dos orígenes, á saber, el estado caquéctico de que la raquitis, á nuestro modo de ver, no es mas que un efecto; y la mala conformacion del esqueleto que puede obrar mecánicamente sobre algun órgano y ocasionar fenómenos locales secundarios con relacion á los locales primitivos resultantes del vicio de conformacion.

Raras veces empieza la raquitis por la deformacion de los huesos; y asi en la mayor parte de ellas en el 1.º período se notan síntomas gastro-intestinales, diarrea, abultamiento del vientre, sudores nocturnos, calentura, una sensacion de debilidad y, segun Guerin, una sensibilidad marcada de todo el sistema óseo. La tristeza, la morosidad, la alteracion de la fi-

sonomia, la dejadez jeneral, la debilidad muscular y el enflaquecimiento indican un estado morboso jeneral cuya naturaleza aun no puede conocerse; pero que es suficiente para hacer temer alguna gravedad, mayormente cuando estos síntomas persisten y se aumentan á pesar de un tratamiento al parecer racional.

En el 2.º período, la hinchazon empieza regularmente por los maléolos, las rodillas y muñecas. Algunas veces es doble el volúmen de estas articulaciones que se vuelven nudosas. Despues se manifiestan las corvaduras de las piernas, de los muslos, de los huesos del tronco y de los miembros superiores. Los síntomas jenerales que existian desde el 1.º aumentan de intensidad; asi persisten el meteorismo y la diarrea, los sudores y la orina se vuelven siempre mas copiosos, hay calentura y un calor en la piel análogos á la fiebre héctica. Se aumenta la sensibilidad del sistema óseo, les es imposible el andar y el mantenerse en pié; parece que las contracciones musculares no tienen la menor enerjía; sobre todo no pueden sostenerse ó causan una sensacion dolorosa en los huesos que impide la voluntad de procurarlos, pues que se observa que los mas difíciles son aquellos que tienen por efecto, obrando sobre los huesos, el vencer grandes resistencias. Asi es que los raquícticos mueven los brazos que por sí solos tienen poco peso, al paso que los músculos del cuello algunas veces apenas pueden sostener la cabeza que se inclina en todos sentidos como en los hidrocefálicos: el diafragma obra con mucha libertad mientras que los músculos respiratorios que deben levantar las costillas parecen haber perdido todo su poder. La raquitis del cráneo, de la pelvis y de los miembros no ocasiona síntomas especiales; pero no es lo mismo con respecto á la deformidad del torax. Los síntomas que entonces se manifiestan los describen muy bien los Sres. Rilliet y Barthez cuando dicen: «Si unó se acerca á un niño cuyo pecho está mal conformado á causa de la raquitis, admira el aspecto particular que presenta: está flaco y poco desarrollado con proporcion á su edad, su fisonomia y sus movimientos respiratorios indican la opresion que padece; sus grandes ojos, prominentes y muy abiertos, su cara poco colorada ó lijeramente violácea lo mismo que sus labios y su nariz, cuyas alas se dilatan mucho, dan á su fisonomia una espresion especial; despues, cuando se vé que pre-

fiere estar sentado, que á menudo se sostiene con ambas manos á la barandilla de su cama como si quisiera dar mayor fuerza á sus músculos inspiradores, que las inspiraciones se repiten 32, 40 y aun algunas veces 60 veces por minuto, puede creerse, en vista de tal opresion y de esta fisonomía que el niño padece un acceso de asma ó una grave afeccion de los órganos torácicos.» Se conciben fácilmente estos efectos por la dificultad considerable que ocasiona en la funcion pulmonar la estrechez del pecho; y aun pueden hallarse dificultados los movimientos del corazon. La *raquitis del pecho*, que ya es grave por las consecuencias que acabamos de indicar es aun de las complicaciones mas peligrosas que pueden acompañar al catarro bronquial, á la pneumonia y en jeneral á todas las afecciones de pecho, y tambien á las abdominales que pueden dificultar el descenso del diafragma.

Á veces se detiene la marcha de la raquitis despues de haber deformado solamente á los miembros en un débil grado y sin haber afectado al espinazo ni al pecho. Entonces los síntomas se disminuyen y desaparecen. El vientre pierde su dureza y volúmen; las orinas se vuelven mas raras y mas coloradas y los sudores menos abundantes; las fuerzas renacen, y la circulacion, digestion y respiracion vuelven á adquirir su energía y regularidad. Aun en algunos casos en qué la afeccion ha llegado á un grado alarmante se la vé retrogradar lentamente. Se necesita tanto mas tiempo para que la resolucion sea completa cuanto mayores son las corvaduras de los huesos; y en los mas de los casos estos se consolidan en su forma viciosa de lo que provienen deformidades que pueden durar toda la vida y comprometer las funciones ya de los órganos pulmonares y circulatorios, ya de los uterinos en el parto. Casi no son susceptibles de una resolucion completa sino las corvaduras ligeras de los miembros y la hinchazon de las estremidades articulares.

Al contrario, cuando continúa la marcha de la raquitis puede ocasionar la muerte, ya á causa de las perturbaciones de la digestion, de los sudores y de la calentura, como sucede en casos de flujos colicuativos y de calentura hética; ya porque la perturbacion de la respiracion se dejere en una verdadera asfixia; pero algunas veces sobreviene la muerte inesperadamente cuando la raquitis todavía se halla en un grado mode-

rado, y en el cadáver no se encuentran entonces lesiones propias para esplicar la muerte pronta. En dos casos de esta especie que observamos no podimos descubrir la causa próxima de la muerte. ¿Fué tal vez efecto de un acceso de asma nervioso que hizo mas pronto funesto la raquitis del pecho aumentando la difnea? Esta es la hipótesis que nos ha parecido mas probable en vista de las relaciones de los asistentes de los enfermos.

El *tratamiento* jeneral ó interno de las escrófulas esternas es absolutamente igual al de la raquitis; solo varia el esterno. Con respecto al 1.º nos referimos á lo dicho acerca al de las afecciones escrofulosas y tuberculosas en jeneral (páj. 161); y solamente diremos que dichas medicaciones pueden emplearse mas á menudo y ser mas eficaces en las escrófulas esternas porque las vísceras en qué ejercen su accion primitiva bastante á menudo están sanas y poco irritables; y así pueden emplearse con mayor perseverancia y energía el iodo, el oro, el hierro y los demás medicamentos de qué nos hemos ocupado lo suficiente en dicho lugar; y así hablaremos ahora solamente del aceite de hígado de bacalao. En Alemania se han prodigado numerosos elojios á esta sustancia; en Francia es aun menos jeneralmente apreciada; y sin embargo muchos prácticos han experimentado su utilidad: entre ellos M. Bonnet dice que, entre los numerosos medios propuestos contra la caquexia escrofulosa es uno de los mas ventajosos. M. Taufflied ha determinado juiciosamente los límites de su eficacia y dice que á pesar de ser un remedio precioso, su eficacia no es absoluta ni se estiende á todas las enfermedades escrofulosas; y que aun entre las que puede curar, las hay que no ceden á su uso sino bajo la influencia de ciertas condiciones cuyo cumplimiento es independiente de la accion del remedio y son relativas á las lesiones locales. Obra sobre la disposicion caquética modificando, ó restableciendo directamente la nutricion pervertida y así el autor citado lo considera como un medicamento *analéptico* ó reparador; y sus observaciones parecen probar que entre todas las enfermedades escrofulosas las que se curan mas á menudo con él son la caries, la raquitis, la tabes mesentérica y los tumores blancos; debiendo advertirse que las caries con úlcera é infarto de las partes blandas exigen además un tratamiento local. Los infartos de los ganglios linfáti-

cos, sino son los del abdómen, se resisten á este medicamento, cuya accion parece dudosa y aun nula en casos de tisis tuberculosa un poco adelantada. No se ha de olvidar que debe emplearse con perseverancia durante muchos meses para conseguir felices efectos. M. Bretonneau sobre todo ha manifestado en Francia positivamente la eficacia de este medicamento que en el dia es considerado como indudable en la raquitis. Este medicamento se prescribe á la dosis de 2, 3 ó 4 cucharadas mayores en los adultos y de café en los niños. En estos es difícil su administracion á causa de su sabor y olor desagradables; y para disminuir esta repugnancia se les tapa la nariz mientras lo tragan, haciéndoles gargarizar antes y despues de su injeccion un poco de aguardiente ó de algun licor como el de aniseta, etc., y estos licores previenen tambien los eructos desagradables que por lo comun ocasiona aquel: con el mismo objeto pueden servir una infusion de café ó de cualquiera otra sustancia aromática. El Dr. Fehr lo dá en los niños bajo la fórmula siguiente: Aceite de hígado de bacalao una onza; de sub-carbonato de potasa en *deliquium* dos dracmas; de aceite de cálamo aromático tres gotas; de jarabo de corteza de naranja una onza: se dán dos cucharadas de café mañana y tarde. Puede tambien darse en un looch blanco; y entre las diferentes especies de aquel aceite que se encuentran en el comercio debe preferirse el que es moreno y debe haberse preparado por la decoccion de los hígados de bacalao abandonados previamente á la putrefaccion.

No insistiremos acerca la necesidad del tratamiento hijiénico ni en los auxilios quirúrgicos que requieren las escrófulas esternas, como los tópicos antilofísticos, resolutivos, fundentes, escitantes y cáusticos, y las diferentes operaciones como la abertura de los abscesos, la escision de las porciones de la piel despegadas, etc., la extraccion de los secuestros, la reseccion de los huesos y aun las amputaciones en los casos mas graves; y nos limitaremos á hacer observar que solo deben emprenderse con reserva las operaciones serias, porque muy á menudo se curan ciertas lesiones que presentaban todas las apariencias de ser incurables, cuando la constitucion se ha modificado favorablemente; y porque con frecuencia una lesion escrofulosa local desempeña una derivacion que

previene y priva la localizacion del mal en un órgano mas importante, ó por lo menos retarda sus progresos.

La hinchazon de las amígdalas coincide bastante á menudo con la raquitis del pecho, y como se oponen á la entrada del aire, la respiracion es estertorosa y la hematosis viciosa; y así á mas de los medios propios contra la raquitis, como el ejercer presiones moderadas sobre el esternon prominente, un régimen jeneral tónico, etc., deben escindirse las amígdalas. Además la raquitis requiere otros medios locales con el objeto de corregir las deformidades, siendo esencial el distinguir las dos diferentes épocas del mal. En la 1.^a, mientras que el reblandecimiento continua sus progresos, debe impedirse que los niños anden para impedir la corvadura de los huesos á causa del peso del cuerpo: se les mantendrá acostados sobre sacos de helecho ó de plantas aromáticas secas, ó bien se les deja jugar al aire libre sobre colchones ó alfombras ó en fin se les pasea en pequeños coches. Al contrario, cuando ya se halla en el período de resolucion y consolidacion, puede permitirse que el niño ande, pues entonces el ejercicio contribuye al enderezamiento de los huesos. Por fin se hallan indicados los medios ortopédicos, empleándolos lo mas pronto posible, siempre que las corvaduras son tales que la accion de los músculos tiende mas bien á aumentarlas que á hacerlas desaparecer, y particularmente en los miembros inferiores.

FIN.

ADVERTENCIA DE LOS TRADUCTORES.

Cuando nos propusimos la publicacion de la obra de Barrier para el uso de los Alumnos de la asignatura correspondiente, teniamos pensado traducirla en compendio, como lo indicamos en nuestro prólogo; pero habiendo luego conocido el singular interés que ofrece para los Sres. Profesores de la ciencia de curar, resolvimos hacer la traduccion completa; por lo que tan solo hemos suprimido del original los casos prácticos con que prueba el autor sus asertos y algunas repeticiones ó esplanaciones que nos han parecido mas ó menos inútiles; y en cambio hemos añadido diferentes enfermedades que el autor no menciona, como lo dejamos notado en la páj. 305, y á pesar de ser mucho mayor del que habiamos prometido el número de las pájinas, no hemos querido suprimir el índice alfabético de las enfermedades contenidas en este tratado, pues con él puede este servir como un diccionario de todas las enfermedades que pueden padecerse en la infancia.

ERRATAS.

PÁJ.	LÍN.	DICE.	LÉASE.
3	15	fun	fun-
24	15	menos	menor
30	36	dise	dise-
31	38	lo que no será fácil	lo que será fácil
104	18	la quina en	la quinina en
146	14	adquirido.	adquirida.
159	14	reconocerán	se conocerán
165	17	con el	por ella
181	29	hace	hacen
188	26	contraíndican	contraíndica
194	15	feómenos	fenómenos
231	8	Los autores Franceses	En Francia los autores
286	32	ria de	rie de
366	11	antopsia	autopsia
436	20	lactescentes	lactescente
		últ. emisferios	emisferios
462	35	libras-	libras:
508	35	su determinacion	la terminacion

INDICE.

Prólogo	V.
Introduccion	1.
Capítulo I. De las enfermedades del pecho	15.
Artículo I. De la pneumonia	id.
§ I. De la pneumonia lobulillar	id.
§ II. De la pneumonia lobular	51.
§ III. De la pneumonia en la primera época de la infancia	59.
Artículo II. De la pleuresía	62.
§ I. De la pleuresía aguda	63.
§ II. De la pleuresía crónica	69.
Artículo III. De las perforaciones pulmonares	id.
§ I. De las perforaciones tuberculosas del pulmon	71.
§ II. De las perforaciones inflamatorias del pulmon	74.
§ III. De las perforaciones idiopáticas del pulmon	77.
Artículo IV. De las enfermedades de los bronquios	79.
§ I. Del catarro en jeneral	id.
§ II. Del catarro bronquial	84.
§ III. De la coqueluche	95.
Artículo V. De las enfermedades de la larinje	106.
§ I. De la anjina larínjea pseudo-membranosa ó crup	id.
§ II. De la anjina larínjea pseudo-crupal, <i>stri-</i>	

<i>dula</i> , espasmódica, etc.	121.
§ III. De la anjina larínjea edematosa	131.
Artículo VI. De la enfermedad tuberculosa	134.
§ I. De las enfermedades escrofulosas y tuberculosas en jeneral	id.
§ II. De las enfermedades tuberculosas del pecho	168.
Artículo VII De las demás afecciones de pecho	190.
Capítulo II. De las enfermedades del abdómen	194.
Artículo I. De las enfermedades de la porcion superdiafragmática del tubo digestivo	id.
§ I. De los accidentes de la denticion	id.
§ II. De las enfermedades de la boca	205.
§ III. De las enfermedades de la garganta	222.
§ IV. Del mal blanco	230.
Artículo II. De las enfermedades gastro-intestinales	246.
§ I. De la inflamacion gastro-intestinal	id.
§ II. De las diacrisis gastro-intestinales	253.
§ III. De diferentes enfermedades gastro-intestinales	295.
§ IV. De la calentura tifoidea	314.
Artículo III De las enfermedades de los órganos anexos al aparato digestivo	336.
Artículo IV De las enfermedades de los órganos jénitourinarios	341.
Artículo V. De los tubérculos del abdómen	353.
Capítulo III De las enfermedades del sistema nervioso	369.
Artículo I. De las neuroses de movilidad	id.
§ I. De la contractura	370.
§ II. De la afeccion convulsiva ó eclampsia	374.
§ III. De la corea ó baile de San Vito	401.
Artículo II. De la hiperemia y de la hemorragia de los centros nerviosos	414.
Artículo III De las fleumasias del cerebro y de la médula espinal	425.
§ I. De la meningitis é hidrocefalo agudos simples	427.
§ II. De la meningitis aguda tuberculosa	432.
§ III. De la meningitis é hidrocefalo crónicos	460.
Artículo IV De los tubérculos de los centros nerviosos	474.
Capítulo IV De las enfermedades de los órganos de los sentidos	484.
Artículo I. De las enfermedades de la piel	id.
§ I. De las calenturas exantemáticas ó eruptivas	id.
§ II. De diferentes enfermedades de la piel	518.
Artículo II. De las enfermedades de los ojos	530.
Artículo III De las enfermedades de la nariz	535.
Artículo IV De las enfermedades de los oídos	538.
Capítulo V. De las enfermedades que no tienen cabida en los demás cuadros	540.
Advertencia de los traductores	575.

INDICE

**ALFABÉTICO DE LAS ENFERMEDADES COMPREN-
DIDAS EN ESTE TRATADO.**

Abdómen. (Enferme- dades del).....	194	Ascitis.....	340.538.561
Abscesos de la cabeza. —escrofulosos.....	543 563	Asfixia de los recién- nacidos.....	418
—frios.....	562	—por compresion del cráneo.....	547
Afta infantil.....	241	—lenta de los recién- nacidos.....	548
Aftas.....	207.231	Asma esencial.....	191
—blanquecinas.....	id.	—idiopático.....	id.
—cárdenas.....	id.	—nervioso.....	id.
—lardáceas.....	id.	—sintomático.....	id.
—miliares.....	id.	— <i>thymica</i>	126
Albuminaria.....	558	Atrofia de los niños..	265
Alienacion mental...	369	Baile de San Vito....	401
Alopecia.....	529	Bazo (Enfermedades del).....	339
Anasarca.....	556	— <i>Blanchet</i>	231
Aneurisma del corazon	193	Blefaroblenorrea....	532
—del cayado de la aorta	id.	Boca (Enfermedades de la).....	205
Anjina de Fothergill.	227.501	Bronquios (Enferme- dades de los).....	79. 191
—gangrenosa.....	230	Bronquitis.....	85
—inflamatoria.....	222	—aguda.....	89. 90
—lardácea comun....	227	—capilar.....	91
—laríngea edematosa	131	—crónica.....	89. 91
—espasmódica.....	121	—vesicular.....	175
—pseudo-crupal...	id.	Bubonocole.....	309
—membranosa.....	106	Calenturas.....	152.544
—escarlatinosa....	id.	—adinámica.....	314.544
—membranosa comun	227	—ardiente.....	275
—escarlatinosa....	id.	—assodes.....	263
<i>Aphla infantilis</i>	241	—atáxica.....	314.544
— <i>lactamen</i>	id.	—biliosa.....	263
— <i>lactantium</i>	231	—cerebral.....	269.452
Apoplejía capilar....	418	—esencial.....	452
—meníngea.....	416	—de la denticion....	199
—pulmonar.....	190	—eruptivas.....	484
—de los recién-naci- dos.....	397.418	—escrofulosa.....	153
—serosa.....	428	—exantemáticas....	484
—simple.....	415	—frenética.....	452
Aracnoiditis.....	427		
Ascárides lombricó- ides.....	286		
—vermiculares.....	id.		

—gástrica.....	261.263.264	Cianopatía.....	id.
—gástrico-pituitosa..	264	Cianosis.....	id.
—inflamatoria.....	544	Cólera asiático.....	337
—intermitentes.....	id.	—epidémico.....	id.
—intestinal.....	263	—esporádico.....	id.
—linfática.....	264	—de los niños.....	id.
—maligna.....	314	Conjestion cerebral..	414
—mesentérica.....	263	—esencial.....	415
—mucosa.....	258.263	Constitucion catarral	83
—continua.....	263	—escrofulosa.....	135
—efémera.....	id.	Contractura.....	370
—héctica.....	265	Convulsiones.....	id.
—remitente.....	263	—clónicas.....	id.
—nervosa.....	314.452	—esenciales.....	382
—pituitosa.....	264	—parciales.....	383
—pútrida.....	314.544	—simpáticas.....	382
—remitente de los ni- ños.....	153	—sintomáticas.....	id.
—sinoca.....	544	—tónicas.....	370
—tifóidea.....	314	Coqueluche.....	95
—verminosa.....	290	—simple.....	96
Cáncer acuático de la boca.....	211	—complicada.....	101
Caquexias.....	141.151	Corazon (Enferme- dades del).....	193
Caries.....	562	Corea.....	401
Carnificacion del pul- mon.....	20	—jeneral.....	403
<i>Carreau</i>	354	—parcial.....	id.
Catalepsia.....	369	Coriza.....	536
—pulmonar.....	128	—catarral.....	id.
Cataratas.....	530	—pseudo— membra- nosa.....	id.
—central.....	533	Córnea (Cicatriz de la)	533
Catarro.....	79	—(Enfermedades de la).....	530
—bronquial.....	84	—(Inflamacion de la)	533
—de los pequeños bronquios.....	25	—(Opacidad de la)...	id.
—pulmonar.....	85	—(Perforacion de la)	id.
—sufocante.....	86. 89	—(Reblandecimiento de la).....	id.
—vesical.....	342	—(Ulceracion de la)	id.
—de la vulva.....	347	Costra láctea.....	527
<i>Causus</i>	267	Crup.....	106
Cefalomatoma.....	545	—adinámico.....	114
—esterno.....	id.	—crónico.....	id.
—interno.....	545.548	—falso.....	121
—sub-aponeurótico..	545.546	—intermitente.....	113
—sub-pericraniano..	545.547	—latente.....	114
—super-meníngeo..	545	—nervioso.....	122
Cianodermia.....	541	Dejeneraciones del	

pulmon.....	191	—consecutiva.....	id.
Denticion (Acciden- tes de la).....	194	—inflamatoria.....	id.
—anormal.....	id.	—no inflamatoria.....	id.
—difícil.....	195	—pasiva.....	id.
—irregular.....	194	—primitiva.....	id.
—laboriosa.....	195	—de los recién-nacidos.....	548
—simple.....	id.	Empacho gástrico.....	260
—complicada.....	id.	—gastro-intestinal.....	id.
—prematura.....	194	id. —intestinal.....	id.
—tardía.....	id.	Empeines.....	524
Depresion del cráneo	546	Encefalitis.....	425
Diacrisis aceda.....	253.278	—circunscrita.....	id.
—acescente.....	Id. id.	—difusa.....	id.
—biliar.....	337	Encefalocele.....	546
—flatulenta.....	284	Endurecimiento del	
—folicular.....	253.254	tejido adiposo.....	552
—gastro-intestinales.....	253	—celular.....	548
—hipercríticas.....	253	Enfermedad de	
—mucosa.....	253.254	Brighth.....	430. 558
—apirética.....	260	—convulsiva.....	374
—serosa.....	253.282	—manchada hemor- rágica.....	520
—ventosa.....	Id. 284	Enfermedades cróni- cas de la piel.....	524
—verminosa.....	Id. 285	—escrofulosas.....	134
Diarrea nervosa.....	200	—gastro-intestinales.....	246
Diátesis.....	141	—tuberculosas.....	134
Difnea gástrica.....	289	—del pecho.....	168.190
Difteritide bucco-far- íngea.....	223	Enfisema del pulmon	20.191
Dispepsia.....	154.253	Enteroccele.....	309
—escrofulosa.....	144.154	Entero-epiplocele.....	id.
—gastrálica.....	279	Enuresia.....	345
Dolor reumático ó neurálgico en el pe- cho.....	193	Epilepsia.....	369
Dotinenteria.....	317	Epiplocele.....	309
Eclampsia.....	374.383	Epistaxis.....	535
—epileptiforme.....	376	Eritema.....	518
Ecthyma.....	524	—de las nalgas.....	519
—infantil.....	525	Erisipela.....	518.519
Estropion.....	533	Erupciones vesicula- res.....	518
Eczema.....	526	<i>Erythema diffusum</i>	id.
—crónico.....	524	— <i>maculatum</i>	id.
— <i>capitis</i>	526	— <i>marginatum</i>	id.
Edema.....	549	— <i>nodosum</i>	id.
—de la cabeza.....	545	— <i>papulatum</i>	id.
—de la glotis.....	131	Escarlatina.....	491
—activa.....	id.	—anjinosa.....	493
		—confluente.....	id.

—discreta.....	id.	Gastro-enteritis.....	246.250
—maligna.....	id.	Garganta (Enferme- dades de la).....	222
—rubeolosa.....	507	Glándulas salivales (Enfermedades de las).....	336
Esclerema.....	548	Grasa lechosa.....	528
Escrófula catarral.....	530	Grippe.....	89
—cutánea.....	562	Helminthiasis.....	287
—esterna.....	561	Hemacelinose.....	520
Espina bífida.....	472	Hemoptisis.....	190
Esquirrosarcia.....	548	Hemorrajias de los centros nerviosos.....	414
Estafiloma <i>racemosum</i>	533	—cerebral.....	415
Estomatitis.....	205	—gastro-intestinales.....	295
—aftosa.....	205.207	—intersticiales.....	190
—diftérica.....	Id. 223	—de las meninges.....	416
—eritematosa.....	205	Hemorrhagipare.....	414
—escorbúlica.....	id.	Hepatitis.....	337
—gangrenosa.....	205.217	Hernias abdominales	305
—mercurial.....	205	—conjénitas.....	id.
—pseudo-membra- nosa.....	205.211	—del cerebro.....	546
—pustulosa.....	id. id.	—inguinal conjénita.....	309
—ulcerativa.....	id. id.	—umbilical.....	305
—aguda.....	211	Herpes.....	519
—crónica.....	213	Hetiquez verminosa.....	294
Estornudos.....	383	Hidrocéfalo agudo	
Estrabismo.....	id.	esencial.....	428
Eventracion.....	307	—simple.....	427
Exónfalo.....	305	—tuberculoso.....	427.480
<i>Favus</i>	528.529	—conjénito.....	471
— <i>scutiformis</i>	528	—crónico.....	460
— <i>urceolaris</i>	id.	Hidrocele.....	353.558
Fiebre azul.....	395	Hidrofobia.....	369
Fístulas lagrimales.....	530	Hidropericardio.....	561
—pleuro-bronquiales	70	Hidropesias.....	555
Flebitis.....	193	—activas.....	558
Flegmasias.....	153	—escarlatinosas.....	556
—del cerebro y mé- dula espinal.....	425	—internas.....	557
Flegmones crónicos.....	562	—mecánicas.....	558
—sub-peritoneales.....	341	—pasivas.....	id.
Flictenas ulcerosas.....	208	Hidrorraquis.....	471
Flujos biliares.....	337	Hidrotorax.....	561
Fluxion.....	89	Hígado (Enfermeda- des del).....	336
Fractura del cráneo.....	546	—(Hiperemias del).....	id.
Gangrena de la boca.....	217	Hinchazon de los pe- chos.....	347
—hospitalaria.....	215		
—de la vulva.....	351		
Gastralrijias.....	280		
Gastritis folicular.....	248		

Hiperemia de los centros nerviosos.....	414	Menigitis aguda simple.....	427
Hipertrofia del corazon.....	193	--tuberculosa.....	432
Hipo.....	383	--crónica.....	460
Histerismo.....	369	--simple.....	id.
Ictericia.....	337	--tuberculosa.....	id.
--azul.....	541	Mielitis.....	426
--de los recién-nacidos.....	540	Millet.....	231
Idiotismo.....	369	Miliar.....	519
Impetigo.....	524	Muguet.....	231
--granulata.....	527	Nariz (Enfermedades de la).....	535
--larvatis.....	id.	Necrosis.....	562
Indigestion.....	301	--infantis.....	351
--gástrica.....	302	Nefritis albuminosa.....	430.558
--intestinal.....	id.	Neuraljias.....	369
Induración.....	548	Neuroses.....	id.
--escrofulosa de la piel.....	562	--de movilidad.....	id.
Incontinencia de orina.....	343	Odontaljia.....	195
--nocturna.....	id.	Oftalmias.....	530
Infartos ganglionares.....	564	--blenorrájica.....	531
Infiltracion de la cabeza.....	545	--id.....	id.
--de los jenítales.....	353	--catarral.....	530
Inflamacion gastro-intestinal.....	246.250	--escrofulosa.....	id.
--edematosa de las partes blandas.....	552	--purulenta.....	id.
Intertrigo.....	519	--de los recién-nacidos.....	id.
Invaginacion de los intestinos.....	298	Oidos (Enfermedades de los).....	538
Keratitis.....	533	Ojos (Enfermedades de los).....	530
Larinje (Enfermedades de la).....	106	Onfalocele.....	305
Larínjitis.....	id.	Opistótonos.....	423
--edematosa.....	131	Organos anexos al aparato digestivo (Enfermedades de los).....	342
--estrepitosa simple.....	122	--de los sentidos (Enfermedades de los).....	484
--stridula.....	id.	--sexuales (Enfermedades de los).....	346
--sub-mucosa.....	131	Otorrea.....	309
Lepra comun.....	524	Otitis crónica.....	538
Leucorrea.....	347	Oxyures.....	286
Lombrices.....	286	Pancreas (Enfermedades del).....	339
Lupias.....	546	Parálisis.....	370
Lupus escrofuloso.....	524		
Mal blanco.....	230.231		
--discreto.....	232		
--confluente.....	id.		

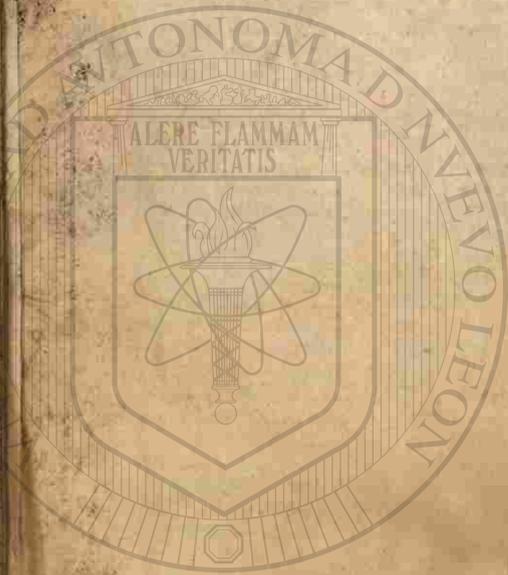
Pecho (Enfermedades del).....	15	--metastática.....	42
Peliose.....	520	--nervosa.....	55
Pénfigo.....	524	--primitiva.....	15
Perforaciones pulmonares.....	69	--pseudo-lobular.....	16.41
--idiopáticas.....	77	--de los recién nacidos.....	59
--inflamatorias.....	74	--secundaria.....	15
--tuberculosas.....	71	--simple.....	id.
Pericarditis.....	192	--sub-aguda.....	38
Peritífilitis.....	341	--tuberculosa.....	id.
Peritoneo (Enfermedades del).....	339	--vesicular.....	17.175
Peritonitis aguda.....	id.	Pneumo-torax.....	70
--crónica.....	340	Porrigo.....	524
Petequias.....	520	Prolongacion de la cabeza.....	545
Piel (Enfermedades de la).....	484.518	Prurigo.....	524
--(Enfermedades crónicas de la).....	524	Pseudo-meningitis.....	450
Pityriasis capitis.....	528	Pupila (Obliteracion de la).....	534
Pleuresia.....	62	Púrpura.....	518
--aguda.....	63	--grave.....	522
--crónica.....	69	--hemorrájica.....	520
--costo-pulmonar.....	67	--simple.....	id.
--diafragmática.....	id.	Pústulas.....	524
--interlobular.....	id.	Quistes serosos.....	546
--jeneral.....	id.	Raquitis.....	561.565
--mediastínica.....	id.	--del pecho.....	193.572
--parcial.....	id.	Reblandecimiento cerebral.....	426
Pleurodinia.....	193	--de la membrana mucosa gastro-intestinal.....	300
Pneumo-hydro-torax.....	71	Retencion del meconio.....	400
Pneumonia.....	15	Retortijones de tripas.....	280
--aguda.....	38	Reuma.....	89
--biliosa.....	id.	Reumatismo.....	540
--complicada.....	13.38	Risa cínica.....	385
--consecutiva.....	38	--sardónica.....	id.
--cortical.....	23	Romadizo.....	89
--diafragmática.....	id.	Roséola.....	507.518.519
--franca.....	15	Rubeola.....	507
--hyospática.....	27	--nigra.....	491
--latente.....	38	Sarna.....	524
--lobular.....	15.51	Serapion.....	489
--lobulillar.....	15	--complicado.....	491
--diseminada.....	15.40	--granuloso.....	508
--jeneralizada.....	16.40	--lijero.....	490
--marjinal.....	23		
--mediastínica.....	id.		

—intenso.....	490	—pseudo-crupal.....	124
—irregular.....	491	Tricocéfalos.....	286
—maligno.....	id.	Trismus.....	424
Sistema nervioso (Abscesos de los órganos del).....	369	Tubérculos del abdomen.....	353
—(Afecciones cancerosas del).....	id.	—de los centros nerviosos.....	474
—(Enfermedades del).....	id.	—del pulmon.....	20
Supuración del pulmon.....	19	Tumor sanguíneo de la cabeza de los recién-nacidos.....	545
Synechia anterior.....	533	Tumores blancos escrofulosos.....	565
Tabes mesentérica.....	354	—erectiles.....	546
Tenias.....	286	—lagrimales.....	530
Tetanos esencial.....	422	Úlcera de la boca.....	211
—de los recién-nacidos.....	421	Urticaria.....	518.519
—sintomático.....	422	Usagre.....	527
Tiñas.....	524.526	Variolóides.....	497
—amiantácea.....	527	Vasos (Enfermedades de los grandes).....	193
—crustácea.....	id.	Vermes.....	85
—escamosa.....	528	Viruelas.....	493
—furfúrácea.....	526	—bastardas.....	497
—granulada.....	527	—confluentes.....	496
—mucosa.....	id.	—córneas.....	497
—pustulosa.....	id.	—cristalinas.....	id.
—verdadera.....	528	—discretas.....	496
—vesicular.....	526	—falsas.....	497
Tisis abdominal.....	353	—locas.....	id.
—bronquial.....	168	—malignas.....	498.505
—cerebral.....	474	—penigóides.....	497
—pulmonar.....	168	—sanguíneas.....	498
Tos crupal.....	124	—verrugosas.....	497
—ferina.....	95.489	Volvulus.....	298
—gástrica.....	268		

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

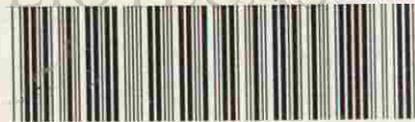




UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



1030021087

