

I. *Cestodes*.

a) *Taenia mediocanellata* ó *saginata*. Es la más frecuente en la infancia y se observa especialmente en los niños que se alimentan de carne de buey cruda ó á medio asar. La tenia alcanza la longitud de 4 á 5 metros; su cabeza posee cuatro ventosas discos chupadores rodeados por un borde pigmentado negro, pero no tiene corona de ganchitos. El cuello es corto, no eslabonado, las proglótidas no maduras son muy anchas, y las maduras más largas que anchas, la entrada de las vías genitales reside á un lado, y el útero está ramificado dicotómicamente (fig. 5). El cisticerco procede del buey (LEUCKART).

b) *Taenia solium*. Esta tenia se observa con tanta menos frecuencia cuanto más joven es el niño. Adquiere una longitud de 2 á 3 metros, su cabeza es mucho más pequeña que la de la tenia saginata, alcanzando aproximadamente el tamaño de un grano de lino, presenta cuatro discos chupadores y en medio de éstos una prominencia cónica, rodeada de una doble corona de ganchitos. El cuello es largo, inarticulado, las proglótidas no maduras son más anchas que largas, las maduras son cuadradas ó rectangulares, la entrada de las vías genitales es lateral y situada indistintamente en el lado derecho ó izquierdo, el útero está abundantemente ramificado (fig. 6). El cisticerco vive en los músculos del cerdo (KÜCHENMEISTER).

c) *Taenia egyptica* ó *cucumerina*. Alcanza tan sólo una longitud de 10 á 30 centímetros, la cabeza posee una prominencia y una delicada corona de ganchos, el cuello es muy delgado, las proglótidas cortas, las maduras largas (fig. 7 a y b). La tenia se desarrolla del piojo del perro (*Trichodectes canis*), que vive entre los pelos del perro y del gato y penetra fácilmente en la boca y en el intestino de los niños que suelen jugar mucho con estos animales (LEUCKART, HOFFMANN). Esta tenia se presenta ya en críos muy tiernos, que no se alimentan todavía de carne.

d) *Bothriocephalus latus*. Se presenta solamente en Rusia, Polonia, Prusia oriental y Holanda, principalmente en comarcas en que abunda el agua, y según MAYER-AHRENS, también en Suiza, al lado de las demás tenias. Su cisticerco vive probablemente en algún pez; de los huevos se desarrolla en el agua dulce un embrión provisto de pestañas vibrátiles y ganchos, que penetra en el estómago del hombre, sea con el agua, sea por medio de algún pescado. El botriocéfalo adquiere una longitud de 5 á 8 metros, la cabeza es ancha y ovalada, posee dos discos chupadores y ninguna corona de ganchos, el cuello es corto, las proglótidas son

más anchas que largas, están sobrepuestas é imbricadas unas sobre otras y tienen su entrada de las vías genitales, no á un lado, sino en la línea media (fig. 8).

SCHNIEBER ha recopilado los caracteres distintivos de las tres tenias más importantes en la siguiente forma:

TAENIA SOLIUM

Procedencia: cerdo.

Cabeza: 4 discos chupadores, corona de ganchos.

Proglótidas: delgadas y transparentes, más largas que anchas.

Útero: situado en el medio de las proglótidas, presenta 7 á 12 ramificaciones gruesas y arborescentes; entrada de las vías genitales á un lado.

Huevos: poseen una cáscara gruesa formada de bastoncillos dispuestos en dirección radiada.

TAENIA SAGINATA

Procedencia: buey.

Cabeza: mayor, 4 discos chupadores, sin corona de ganchos.

Proglótidas: gruesas, menos transparentes, más largas que anchas.

Útero: presenta de 15 á 20 ramificaciones laterales simplemente divididas á modo de horquilla.

Huevos: mayores que los de la taenia solium, asimismo ovales, y de análoga estructura.

BOTHRIOCEPHALUS LATUS

Procedencia: peces.

Cabeza: claviforme, aplanada, con un disco chupador en cada borde.

Proglótidas: más anchas que largas, imbricadas y sobrepuestas unas á otras.

Útero: en forma de roseta, de color pardo, entrada de los genitales en la línea media.

Huevos: cubierta oval, parda y de consistencia cérea; su polo posterior se deja levantar como una tapadera; estructura celular.

May recientemente ha observado MERTENS, en un niño de seis años, la presencia de la *Taenia nana*, hasta ahora no observada en el Norte y

Este de Europa. Las cabezas de estos animales son tan delicadas que sólo con dificultad se encuentran al examinar las heces. En cambio los huevos son muy característicos, de color blanco claro, transparentes, ovales, tienen una longitud entre 39 y 60 milímetros y una anchura entre 33 y 45 milímetros (fig. 9). Contienen un embrión esférico y poseen una doble cubierta; entre las cubiertas se encuentra una masa amorfa, granulosa, infiltrada en una red filiforme, y entre la cubierta y el embrión un líquido homogéneo é incoloro. El embrión mismo, provisto de ganchos, tiene una longitud de 20 á 25 milímetros.

Síntomas y curso. La existencia de las tenias se da á conocer por la expulsión de algunas proglótidas maduras ó de series completas de

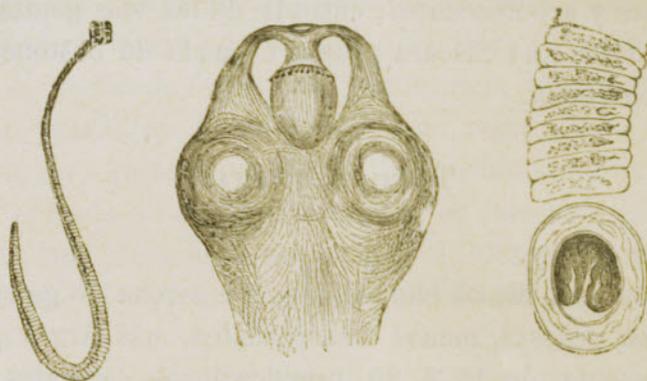


Fig. 9

Taenia nana, según J. Ksch. Cabeza con rostellum hundido. Proglótidas, huevo

ellas. En la inmensa mayoría de los casos no se observan otras manifestaciones patológicas locales ó generales. Sin embargo, algunos autores mencionan dolores locales, perturbaciones digestivas de toda clase, insomnio, sensaciones diversas, y hasta convulsiones epilépticas é histéricas (BREMSEB, BOUCHUT).

Tratamiento. Los dos agentes más activos para la expulsión de la tenia son la *raíz del helecho* y la corteza de la *raíz fresca del granado silvestre*. El extracto del primero debe prepararse con raíces tiernas jugosas y recolectadas en Mayo y Octubre y conservarse siempre en éter (SEIFERT, KRÄMER). En la mayoría de casos obra prontamente, sobre todo administrada en cápsulas gelatinosas (LVI); generalmente bastan 2 á 4 gramos del medicamento. El día antes, dieta escasa y un ligero laxante, y á la mañana siguiente, primero una taza de café ó de té, y una hora más tarde las cápsulas en intervalos de cinco á diez minutos cada una. En caso de sobrevenir náuseas, algunas cucharadas de café, pe-

queños fragmentos de hielo con azúcar y algunas gotas de ácido cítrico. Si al cabo de una hora no se presenta ninguna evacuación, está indicado un purgante ligero (aceite de ricino).

La corteza de raíz de granado silvestre se administra en macerado ó en cocimiento (LVII), así como en extracto ó se prescribe su alcaloide *tanato de peletierina* (LVIII). BETTELHEIM recomienda introducir el cocimiento en el estómago directamente mediante la sonda esofágica, á causa de su sabor desagradable, ó bien administrar el medicamento en forma de *píldoras keratinizadas*, con igual objeto. El *tanato de peletierina* se da en solución ó en polvo. Parece recomendable no emprender una cura expulsiva en los niños de menos de un año, y asimismo en los que no gozan de perfecta salud.

Ultimamente se han recomendado como muy activos para combatir la tenia la *naftalina* (LIX) y el *cloroformo* (LX).

LVI. Rp. Extracto etéreo de raíces frescas de helecho macho. 0,50

Para X cápsulas gelatinosas.—Adminístrense según lo indicado en el texto.

LVII. Rp. Corteza de raíces frescas de granado silvestre. 30 á 50,0
 Agua. 300 á 400,0

Macérese durante veinticuatro horas y hiérvase luego hasta quedar reducido el líquido á. 180,0

Tómese en tres veces con media hora de intervalo de una á otra.

LVIII. Rp. Tanato de peletierina. 0,20

Háganse cinco papeles iguales.—Un papel cada media hora.

LVIII. Rp. Tanato de peletierina. 0,4
 Agua destilada. 40,0
 Jarabe de ruibarbo. 10,0

Para tomar en dos veces con intervalo de media hora.

LIX. Rp. Naftalina pura. 0,30 á 0,50
 Aceite de ricino. 15,0
 Esencia de bergamota. X gotas

Para tomar de una sola vez.

LX. Rp. Cloroformo. 4,0
 Jarabe simple. 30,0

Para tomar en cuatro veces cada dos horas; y después dos cucharadas de aceite de ricino.

II. *Nematodes*.

a) *Ascaris lumbricoides* (LINNÉ). Verme parecido á la lombriz de tierra, de 30 á 40 centímetros de largo, cuyo cuerpo presenta numerosas

estrías transversales y longitudinales y termina en punta por sus dos extremidades. La cabeza posee tres labios provistos de dientecillos muy finos (fig. 10). Los machos son mucho más pequeños que las hembras y se encuentran rarísimas veces (SIEBOLD). Los huevos son elípticos, de superficie parecida á la de la mora y se cuentan por millones (ESCHRICHT.) Estas lombrices se observan muy á menudo en los niños, con más frecuencia entre los cuatro y diez años y especialmente en los que se alimentan de amiláceos en abundancia; en los críos se han encontrado hasta ahora muy pocas veces, siendo rarísimas en los niños de corto número de semanas (N. MILLER).

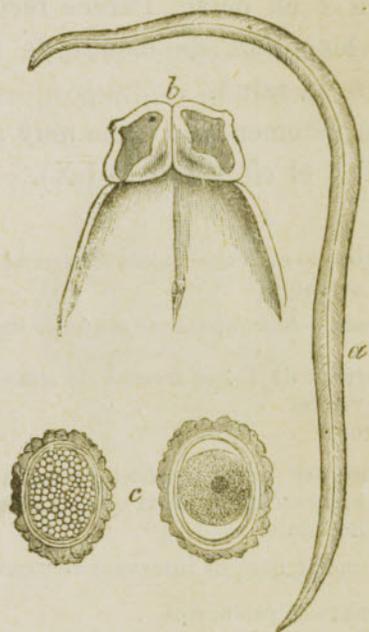


Fig. 10.

Ascaris lumbricoides, según JAKSCH: *a*, lombriz; *b*, cabeza; *c*, huevos

Habitan en el intestino delgado. Rara vez se encuentran allí ejemplares aislados, pues las más de las veces se hallan en número de 10 á 15, y en ocasiones forman pelotones de varios centenares, hasta el punto de poder obstruir por completo la luz del intestino. Características son las *emigraciones* de las lombrices en el cuerpo, pues se las ha encontrado en las diferentes cavidades hasta en los conductos lagrimales y trompas de Eustaquio. Se han visto casos aislados en niños de pecho, en los que salieron ascárides á través del ombligo perforado (SALMUTH, MILLER). En la laringe pueden provocar ataques súbitos de sofocación, y penetrando en los conductos biliares, en el conducto pancreático, en el apéndice vermicular y en las venas esplénicas pueden producir inflamaciones y abscesos de terminación fatal (DRASCHE, DAVAINÉ; SCHEUTHAUER). Existe la duda

respecto á si las lombrices pueden perforar la pared intacta del intestino, pero en cambio, en casos de úlceras tuberculosas perforantes, se han encontrado ascárides libres en la cavidad abdominal y asimismo en abscesos que se habían desarrollado en las inmediaciones de dichas úlceras.

No obstante, estas lesiones y esas extensas emigraciones son raras. Más frecuente es que sobrevengan síntomas generales y reflejos, mayormente en niños anémicos y excitables, habiéndose observado especialmente comezón en la nariz, dilatación pupilar, estados espasmódicos, escalofríos, cefalalgia, vértigo y hasta estados extásicos é histéricos que se han relacionado con la presencia de lombrices (VOGEL, BIEDERT, HENOCH, LEUCKART y otros). No es inverosímil que una parte de estos síntomas sea debida á la excitación química que las lombrices provocan con su olor penetrante que recuerda el de los ácidos grasos (HUBER).

EPSTEIN ha practicado recientemente una serie de investigaciones experimentales respecto á la transmisión de la lombriz humana, valiéndose de ensayos de alimentación en niños de la casa de expósitos de Praga. De ellas se deduce que la inmigración de la lombriz en el cuerpo se verifica por *infección directa*, pues los huevos que contienen embriones no lesionados y vivos, penetran por deglución en el conducto intestinal y siguen desarrollándose en él. Con esto resulta, pues, superfluo investigar la existencia de otro ser intermediario. Dedújose además que la época de la pubertad de la hembra y respectivamente su primera postura de huevos, se presenta entre la décima ó duodécima semana después de la infección ó de establecerse el embrión en el intestino humano (1).

Tratamiento. El medio más seguro de expulsar los ascárides es el *semencontra* y respectivamente la *santonina*, que se administra convenientemente en combinación con un ligero purgante: también puede prescribirse la santonina en solución oleosa (LXI).

LXI. Rp.	Polvos de semencontra..	4,50
	Polvos de raíz de jalapa.	2,50

M. y div. en V dosis.—Un papel cada media hora.

LXI. Rp.	Santonina.	0,05 á 0,10
	Aceite de ricino.	20,0

M. s. a. Una cucharadita por la mañana en ayunas.

(1) EPSTEIN. — «Ueber die Uebertragung des menschlichen Spulwurmes.» *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, tomo XXXIII, 1892.

b) *Oxyuris vermicularis* (BREMSE). Los oxiuros habitan en el recto y en el colon y tienen el aspecto de pequeños filamentos blancos y delgados (fig. 11). Las hembras tienen una longitud de 9 á 10 milímetros, y los machos de 4 milímetros; las primeras poseen una extremidad aguda, y los segundos la tienen espiral. Los huevos son lisos, ovalados y asimétricos. Los machos se adhieren fuertemente á la mucosa y muy raras veces se encuentran en las evacuaciones. Los oxiuros se presentan frecuentemente en cantidades extraordinarias en las mencionadas secciones del intestino, se mueven con viveza, provocan prurito intenso en el ano,

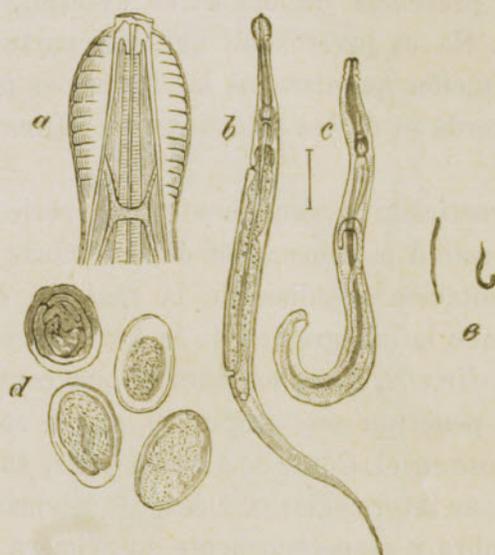


FIG. 11

Oxyuris vermicularis, según JAKSCH: a, cabeza; b, hembra; c, macho; d, huevos; e, oxiuros en su tamaño normal

sobre todo durante la noche con el calor de la cama, emigran también á veces á la vulva de las niñas, ó debajo del prepucio en los niños y aun pueden originar una blenorrea, una balanitis y hasta la manía, á consecuencia del intenso prurito. En algunos casos se han encontrado oxiuros en el estómago y en la boca (SELIGSOHN).

Tratamiento. Los enemas de sublimado constituyen el medio más eficaz (LXII), y para combatir el prurito intenso en el ano, pueden emplearse fricciones de pomada mercurial (LXIII) en la cantidad de un guisante aproximadamente.

LXII. Rp.	Sublimado corrosivo.	0,01 á 0,03
	Agua destilada.	100,0

M. s. a. para enema.

LXIII. Rp. Pomada mercurial.
 Ungüento simple. } aa. 0,50

Para una cajita y reitérese cinco veces.

III. *Protozoos.*

Desde que LAMBL (1860) encontró en la mucosa intestinal de los niños el *megastoma entericum*, al que denominó *cercomonas intestinalis*



Fig. 12

Cercomonas intestinalis, según LAMBL

(fig. 12), faltaron hasta estos últimos tiempos observaciones sobre la presencia de protozoos en las deposiciones de los niños. CAHEN ha observado recientemente (1891) en un niño de cuatro años, que padecía de diarrea disentérica, la aparición del *amoeba coli* (LÖSCH) y últimamente

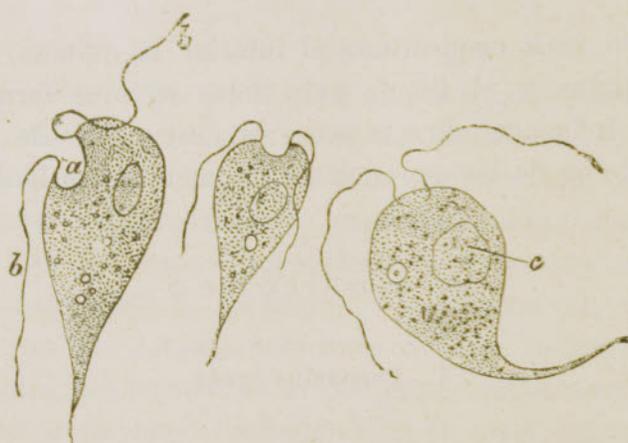


Fig. 13

Monocercomonas hominis (GRASSI), según EPSTEIN

publicó EPSTEIN (1893) 26 casos de evacuaciones diarreicas en niños de uno á seis años, en las cuales se encontró el *monocercomonas hominis* (GRASSI) y además en 5 casos el *amoeba coli*. El *monocercomonas* se encontró tan sólo en las cámaras diarreicas, en tanta más abundancia cuanto más líquidas eran éstas; tampoco se presentaron los parásitos en todas, sino en ciertas diarreas, y al aparecer un caso, solían seguir otros. El *monocercomonas* se caracteriza por su intensa movilidad y cambio rápido de forma; el número de los parásitos es diverso y cambia frecuen-

temente de un día para otro en el mismo niño (fig. 13). Fuera del cuerpo perecen muy pronto estos parásitos.

El *amoeba coli* (fig. 14) parece pertenecer á la clase de parásitos patógenos, á deducir de las observaciones existentes hasta ahora. No obstante, en los casos de EPSTEIN, faltaban las evacuaciones sanguinolentas y otros puntos de apoyo para admitir alteraciones ulcerosas en la mucosa intestinal.

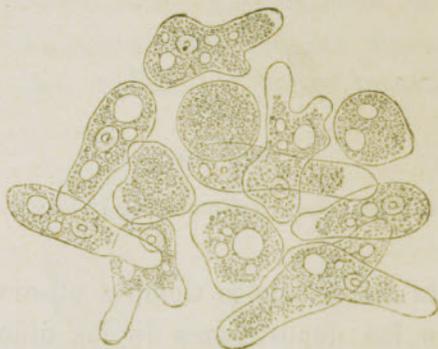


Fig. 14

Amoeba coli, según LÖSCH

Como *tratamiento* empleáronse al interior la quinina, los calomelanos, la tanoquinina y el timol; pero tales agentes farmacológicos no ejercieron una influencia directa sobre la destrucción de los parásitos; éstos desaparecieron de las deposiciones en cuanto cesó la diarrea.

E. Peritoneo

1. Peritonitis aguda

Patogenia y etiología. La peritonitis aguda, tanto primitiva, como secundaria, se observa no raras veces en todos los períodos de la infancia. La forma *primaria* se caracteriza por la formación de un exudado serofibrinoso ó purulento, originándose por enfriamientos, traumatismos y quemaduras y por efecto de una intensa irritación intestinal, causada por catarros ó por una alimentación inconveniente. Se ha demostrado que el agente patógeno de la peritonitis aguda es el diplococcus pneumoniae.—La peritonitis *secundaria* se asocia á otras enfermedades y además de haberse observado en algunos fetos á consecuencia de la sífilis hereditaria, se desarrolla en recién nacidos, por efecto de una infección puerperal ó de enfermedades sépticas del ombligo; en edades más avanzadas se pre-

senta en caso de invaginación, enteritis y sífilis, en forma de peritonitis perforante, y por otra parte, tampoco es rara en una serie de enfermedades infectivas (escarlatina, viruela, erisipela, fiebre tifoidea, disentería).

Anatomía patológica. Las superficies del peritoneo, principalmente de sus cubiertas viscerales, aparecen en los casos recientes, inyectadas ó hiperémicas, opacas y afelpadas, cubiertas en varios puntos de exudados plásticos amarillo verdosos, y las asas intestinales están muchas veces adheridas en varios puntos ó soldadas unas con otras y con el epliploon. El proceso flogístico tiene generalmente un carácter difuso, el derrame libre es casi siempre escaso, á veces seroso, de aspecto de suero y coposo ó espeso, de color amarillo verdoso, más ó menos purulento, y en las formas secundarias, hemorrágico ó sanioso. En períodos más avanzados existen numerosas y compactas adherencias de las superficies que se hallan en contacto, y engrosamientos callosos del peritoneo. Respecto á bacterias, encuéntrase las más de las veces el streptococcus pyogenes en las formas secundarias purulentas y además el bacterium coli en la peritonitis perforante.

Síntomas y curso. La peritonitis empieza, en la mayoría de casos, con fiebre alta, con dolores abdominales de intensidad rápidamente creciente y con vómitos. El abdomen se pone *meteorizado*, muy tirante y sumamente sensible ó doloroso, tanto espontáneamente, como por el más ligero contacto. Los dolores son intensísimos, sobre todo en los primeros días y remiten lentamente al formarse la exudación. Los niños yacen de ordinario en decúbito dorsal, están inmóviles con las piernas extendidas y á veces encogidas, no pueden llorar con persistencia, sino que lo hacen con interrupciones y quejidos. La respiración es corta, superficial y acelerada; el diafragma está más elevado, el pulso es pequeño y frecuente, la temperatura es de 39° á 40° C., la piel es seca y caliente y la sed está aumentada. Al principio suelen presentarse evacuaciones líquidas, y más tarde hay constipación por regla general. La emisión de la orina es difícil y hasta en muchos casos imposible espontáneamente por faltar los esfuerzos con que contribuye á ella la capa muscular del vientre. La orina es concentrada, escasa y contiene indican. No es frecuente observar un exudado libre en la cavidad abdominal.

El *curso* ulterior es variable. Algunos casos transcurren con gran rapidez. A la iniciación violenta con vómitos incoercibles, hipo, fiebre elevada y delirio, siguen pronto el colapso profundo y la muerte, ya al cabo de trece

á veinticuatro ó treinta y seis horas (POTT, RILLIET y otros). En otros casos ceden los síntomas hasta cierto grado y empieza la convalecencia, después de seis, ocho ó diez días de durar la enfermedad; reabsórbese entonces paulatinamente el exudado. En otros casos, que son los más raros, sobreviene la supuración del exudado (*empiema abdominal*), unas veces después de existir largo tiempo un exudado considerable, otras veces tras de la reabsorción incompleta de restos incapsulados del mismo, que son percibibles á la percusión y á la palpación en forma de elevaciones planas, parciales y resistentes, sea alrededor del ombligo, sea en el lado derecho ó izquierdo del abdomen, sea por encima de la sínfisis. Escalofríos repetidos con las consecutivas elevaciones térmicas indican y acompañan la supuración. El pus puede evacuarse espontáneamente hacia fuera, por regla general á través del ombligo como punto menos resistente de la piel del abdomen, con abombamiento y alteración inflamatoria de su cubierta exterior, y en otros casos puede abrirse paso por el recto y por la vejiga, así como otras veces se abre paso al pus por la vía quirúrgica. La curación exige varios meses, se afecta la nutrición y los niños se demacran considerablemente.

Diagnóstico. Dedúcese del síndrome descrito. En casos concretos, los datos anamnésicos y el curso de la enfermedad decidirán si la peritonitis es primaria ó secundaria. En caso de peritonitis perforante debe prestarse especial atención á la desaparición de la macidez del hígado, cuyo síntoma puede, no obstante, dejar de presentarse. — Las inflamaciones *flemonosas* de las cubiertas abdominales pueden simular á veces en su principio una peritonitis, pero los síntomas inflamatorios locales, que luego se manifiestan, evitarán toda confusión.

Pronóstico. Es dudoso; relativamente favorable en las formas primarias denominadas reumáticas y en ciertas formas de peritonitis traumática (caída, vuelco), y por regla general desfavorable en las formas secundarias.

Tratamiento. Este debe encaminarse ante todo á calmar los sufrimientos. Fomentos helados ó la aplicación de una vejiga de hielo, no demasiado pesada, sobre el vientre, ingestión de pequeños fragmentos de hielo y de agua helada para combatir el vómito, el hipo y la sed; los *opiados* para poner en reposo el intestino, y una dieta muy escasa (leche diluída enfriada en hielo, en pequeñísimas cantidades á los niños pequeños; sopas gelatinosas, muy líquidas, á los niños mayores) y sólo muy paulatinamente una alimentación más sólida. Al cesar los dolores, fricciones con *pomada mercurial* (LXIV) ó con *jabón blando* (LXV) (SENATOR).

BIEDERT recomienda envolver todo el cuerpo con un lienzo mojado en agua fría y aplicar encima una manta de lana, durante hora y media, una ó dos veces al día. Deben procurarse evacuaciones regulares por medio de enemas é irrigaciones. Los *empiemas abdominales* requieren la intervención operatoria, antes de que el pus se abra camino espontáneamente. Alimentación escrupulosa durante la curación de la herida y en caso de supuración prolongada.

LXIV. Rp. Pomada mercurial. 1,0

Divídase en V dosis ó paquetes.—D. S. Tres paquetes al día en fricciones.

LXV. Rp. Jabón blando. 1,0

Divídase en V dosis ó paquetes.—D. S. Tres paquetes al día en fricciones.

2. Peritonitis crónica

Patogenia y etiología. Hasta hace poco tiempo se ha venido dudando de la existencia de una peritonitis crónica *primaria* sin tuberculosis y con formación de un exudado seroso ó serofibrinoso. Únicamente á raíz de los trabajos de GALVAGNI y de los más recientes de VIEROBDT, HENOCH y otros, se ha llamado la atención sobre la relativa frecuencia de esta enfermedad en la infancia, y particularmente en niños de seis á doce años. La *etiología* es aún bastante obscura. La enfermedad se origina primariamente á consecuencia de enfriamientos y humedades y también por efecto de acciones traumáticas, pudiendo ser asimismo espontánea en muchos casos sin causa apreciable; algunas veces se ha observado inmediatamente después de desaparecer el sarampión (FIEDLER, HENOCH).

Anatomía patológica. En un caso en que HENOCH pudo practicar la autopsia, se encontraron, además de 500 gramos de líquido turbio en la cavidad abdominal, múltiples adherencias de las asas del intestino delgado mediante compactas cicatrices peritoníticas, y un engrosamiento calloso sumamente enorme del revestimiento peritoneal y del tejido subseroso. Ningún vestigio de tuberculosis.

Síntomas y curso. La afección se desarrolla de un modo lento y latente; de vez en cuando existen perturbaciones digestivas. El síntoma principal, con frecuencia el único, es la *ascitis*, derrame casi siempre seroso y en ocasiones serofibrinoso, en la cavidad abdominal que aumenta

paulatinamente y que puede reconocerse mediante la percusión y por la sensación de fluctuación. En caso de derrame serofibrinoso se presentan elevaciones térmicas por la noche y se forman induraciones nudosas y restiformes que pueden hacer sospechar la existencia de tumores. El vientre no es apenas doloroso ni espontáneamente ni á la compresión. El estado general está poco perturbado, y los demás órganos, especialmente el hígado, se manifiestan normales. El estado de nutrición se afecta, sin embargo, más adelante, pero por regla general tiene lugar al cabo de algunas semanas ó meses la reabsorción del exudado y el completo restablecimiento.

Diagnóstico. Se apoya en la comprobación de un exudado libre en la cavidad abdominal y en la ausencia de toda enfermedad orgánica. La peritonitis tuberculosa se distingue de la serosa de que tratamos, principalmente por la gravedad del estado general, la fiebre y las demás localizaciones tuberculosas y escrofulosas; pero con frecuencia no es posible apenas hacer esta distinción y únicamente la terminación favorable ó desfavorable decide definitivamente la duda.

Pronóstico. En general es favorable, sobre todo predominando los derrames serosos y faltando las induraciones nodulares y restiformes.

Tratamiento. Están indicados ante todo el reposo en cama, una alimentación adecuada y los cuidados convenientes. Por otra parte, pueden prescribirse fomentos hidropáticos, baños salinos y fomentos con agua madre de Hallein, pincelamientos con *colodión yodado* (1 : 100) y fricciones con *jabón blando*, pero debe atenderse principalmente á la evacuación temprana del derrame por medio de la punción ó eventualmente por la laparotomía, con la cual se logró la curación en algunos casos publicados recientemente (HENOCH). Al interior el *hierro*, el *yoduro de hierro* (LXVI), principalmente en forma de *jarabe de yoduro de hierro* (LXVII).

LXVI. Rp. Sacarolado de yoduro de hierro. 1,0
Azúcar en polvo. 5,0

M. y divídase s. a. en X papeletas iguales.—Para tomar tres papeles diarios.

LXVII. Rp. Jarabe de yoduro de hierro. 10,0

Consérvese en un frasco de color muy obscuro.—Para tomar X gotas tres veces al día.

3. Peritonitis tuberculosa

Patogenia y etiología. La peritonitis tuberculosa consiste en el desarrollo de nódulos miliares en el peritoneo junto con irritación inflamatoria del tejido seroso y subseroso y trasudación de un exudado libre en

la cavidad abdominal; da lugar á múltiples adherencias membranosas de las cubiertas viscerales y ocasiona consecutivamente depósitos tuberculosos y caseosos en las pseudomembranas formadas. La enfermedad se extiende *difusamente* por el peritoneo, aparece con más frecuencia como secuela de afecciones tuberculosas ya existentes en otros órganos (tuberculosis ganglionar, tuberculosis pulmonar), y es menos frecuente que aparezca como localización del proceso tuberculoso limitado exclusivamente al peritoneo. La peritonitis tuberculosa ataca con preferencia á los niños de dos á diez años, si bien que se ha observado también, aunque raras veces, en niños menores de un año (BEDNAR); los 12 casos de CASSEL se referían á niños de doce y trece meses. Los niños son atacados más á menudo que las niñas. En estas últimas, la aparición de la tuberculosis peritoneal puede ir precedida de un flujo genital que contenga bacilos de la tuberculosis (VIERORDT).

Anatomía patológica. La formación de tubérculos se observa preferentemente en el grande epiploon y en la cubierta visceral de los intestinos, del hígado, del bazo y del diafragma. Según los distintos estadios del proceso, se encuentran en los puntos mencionados nódulos gris-blancos, casi siempre constituyendo grandes agrupaciones, unas veces en forma de nódulos mayores y menores, de color amarillo y caseosos, otras veces en estado de disgregación y formando extensas ulceraciones, que en no pocos casos se extienden en profundidad y dan lugar á la perforación del intestino; la periferia de aquéllas está infiltrada por regla general de recientes erupciones de nódulos miliares. El exudado libre es seroso al principio, seropurulento más tarde, á veces hemorrágico por estallar pequeños vasos corroídos, y finalmente pútrido al avanzar la destrucción ulcerosa ó sobrevenir la perforación. Encuéntrase con regularidad adherencias de las vísceras abdominales unas con otras y con las cubiertas del abdomen, formadas generalmente por pseudomembranas muy consistentes, viéndose también con frecuencia masas más ó menos considerables de exudado enquistadas, ó abscesos enquistados, que están localizados las más de las veces alrededor del ombligo. Encuéntrase además úlceras tuberculosas en la mucosa intestinal, caseificación y tuberculosis de los ganglios mesentéricos y bronquiales, hígado grasiento, tuberculosis pulmonar y meníngea, nefritis parenquimatosa, anemia y demacración de los cadáveres. La frecuencia de la peritonitis tuberculosa, en comparación con la afección tuberculosa, principalmente del intestino y de los ganglios mesentéricos, que se encuentra en el cadáver, varía según los diversos autores.