

de volumen, duros y más pesados, sumamente pigmentados, presentando en los últimos períodos una degeneración amiloidea; la mucosa intestinal está engrosada y descolorida. El pigmento melanósico se encuentra en la sangre, en los capilares de casi todos los órganos (cerebro) y en la piel. En los casos graves y muy duraderos encuéntrase, aparte de una anemia general, nefritis crónica, induración pneumónica, anasarca é hidropesía en las bolsas serosas.

*Sintomas y curso.* El período de incubación de la fiebre intermitente dura siete, catorce ó veinte días. — Según su curso clínico se distinguen en esta enfermedad formas *regulares* y otras que discrepan del tipo ordinario, ó sean formas *larvadas*. Estas últimas son mucho más frecuentes en los niños que en los adultos, y asimismo las formas *regulares* se distinguen de las de los adultos por ciertas particularidades. Estas diferencias consisten por una parte en el desarrollo *paulatino* del ritmo intermitente, y por otra parte en la frecuente defectuosidad y *desarrollo rudimentario* de los accesos típicos de fiebre.

1. Las más de las veces se inicia la enfermedad por inapetencia ú otras perturbaciones gástricas (vómito, diarrea, constipación). Al mismo tiempo existe malestar general, cefalalgia y sensación alterna de frío y de calor. Es frecuente observar precozmente una marcada palidez lívida de la cara; el bazo se pone tumefacto. Poco á poco se constituye cierto ritmo ú orden regular en los síntomas; éstos aparecen cada vez más pronunciados en determinadas horas del día, presentan remisiones y van acompañados de fiebre remitente que va seguida á veces de ligera diaforesis. Raras veces se observan en los niños los verdaderos paroxismos con sus tres legítimos períodos (frío, calor, sudor).—El *período de frío* falta por completo en muchos casos y cuando existe es de cortísima duración. Se da á conocer, sobre todo en los niños pequeños, por ligeras contracciones espasmódicas de los músculos faciales, por el semblante abatido, por círculos azulados alrededor de los ojos y de los labios, por enfriamiento de las manos y de los pies, y en los niños algo mayores por bostezos frecuentes y vómitos alimenticios. La diuresis se suspende durante el período de frío. El *período de calor* es el más pronunciado. Los niños están muy agitados, su piel se pone ardiente y la cara encendida, y sienten mucha sed; en los críos se presentan por regla general convulsiones, los niños mayores deliran ó pierden el sentido, la temperatura asciende hasta 40 y aun 42° C. y el número de pulsaciones á 120 ó 160. El período de calor dura frecuentemente algunas horas, y á veces tan sólo un cuarto ó

media hora. Los niños suelen luego dormirse, su piel se pone húmeda, desciende la temperatura, se restablece la diuresis que se hallaba suspendida desde el período de frío y la orina expelida es concentrada y oscura; por regla general no se presentan sudores marcados, sobre todo en los niños pequeños.—Estos accesos febriles suelen presentar en los niños el tipo *cotidiano*, se observan más frecuentemente durante el día que de noche, pero no suelen comenzar en una hora determinada y fija del día ó de la noche. No es raro observar también el tipo *terciario*, siendo más raro el *cuartano*; asimismo es raro el tipo *octavo*. Los tipos pueden también presentarse duplicados, variando entonces con frecuencia su ritmo. — Durante los intervalos *apiréticos* rara vez dejan de observarse ciertos síntomas, sobre todo en los niños pequeños. Por regla general existen, como al principio de la enfermedad, trastornos digestivos, en los niños y niños pequeños casi siempre diarreas, y en los mayores constipación frecuente. Los accesos siguientes se inician ordinariamente con diarreas más seguidas, ó estas subsiguen al acceso, pudiendo también adquirir un carácter profuso y aparecer las deposiciones mezcladas con sangre.

2. La *irregularidad* de las formas de intermitentes se refiere en parte á la aparición desusada de síntomas extraños junto con las manifestaciones ordinarias de la fiebre, y en parte á la aparición de diferentes estados patológicos que se inician *sin fiebre*, ó van acompañados de ésta tan sólo de un modo secundario, pero en forma de accesos intermitentes regulares, y representan las verdaderas formas *larvadas* de la fiebre intermitente.—Las formas irregulares primeramente mencionadas son muy frecuentes en la infancia, las últimas son raras y se observan casi exclusivamente en los niños mayores. Unas veces está afectado preferentemente el *sistema nervioso*, otras el *aparato digestivo* ó *respiratorio*, y varía por lo tanto el síndrome de la forma irregular larvada de fiebre intermitente. Las más de las veces existen síntomas *nerviosos*. Estos presentan su mayor grado de intensidad en las denominadas *fiebres intermitentes perniciosas* de las regiones meridionales y tropicales, donde se desarrollan, principalmente en los niños pequeños, con estados gravísimos de colapso, sopor y coma.—En los niños mayores se inician los accesos de fiebre terciaria y cotidiana con convulsiones generales, pérdida del conocimiento, rechinar de dientes ó se presentan estos síntomas durante el curso de los accesos; su duración es no pocas veces de algunas horas y pueden hasta terminar por la muerte. Entre las formas larvadas deben incluirse los casos en que se presentan *convulsiones* tónicas limitadas á ciertos grupos

musculares (esternomastoideos y escalenos), vértigo, síncope ó trastornos psíquicos con melancolía y sensación de angustia en forma de ataques típicos cotidianos y tercianos, y asimismo los casos en que se observan *neuralgias* en la zona del trigémino, de los nervios intercostales y de los nervios vesicales, estranguria periódica, enuresis y parálisis intermitentes (WESTPHAL). Por parte del *aparato digestivo* se observan vómitos, diarreas profusas ó hemorrágicas, ictericia grave con hematuria, por parte del *aparato respiratorio* los síntomas del laringoespasma, del pseudocrup ó ataques asmáticos ó pneumonías, por parte de la *piel*, sobre todo la urticaria, las erupciones maculosas, el eritema exudativo multiforme, etc., estados que unas veces acompañan al acceso febril predominante en él, y otras veces aparecen bajo la máscara de la malaria y se repiten en accesos periódicos. En todos estos estados existe constantemente aumento de volumen del bazo, y según hemos dicho ya, falta del todo la fiebre como en las neuralgias ó queda relegada á segundo término.

3. Con más rapidez que en los adultos, y en los niños pequeños á veces ya tras de pocos accesos, se manifiestan los efectos generales del veneno malárico sobre el organismo, que en períodos más tardíos representan la *caquexia palúdica*. Preséntase palidez y color lívido de la piel y de las mucosas, la demacración y la anemia, el aumento de volumen é induración progresivos del bazo y del hígado, y ligeros edemas en los carpos y en los tobillos. La sangre se empobrece de glóbulos rojos, la musculatura se relaja y marchita, el panículo adiposo desaparece, la piel toma un color gris amarillento, y no raras veces sobrevienen epistaxis ó la púrpura y el escorbuto. El vientre está hinchado y los órganos infartados notablemente son dolorosos á la compresión. A veces existen todavía ligeros accesos febriles, casi siempre fiebre remitente, por regla general diarrea, en algunos casos deposiciones sanguíneas; los niños sufren inapetencia, disnea, insomnio y agitación. Con frecuencia sobrevienen *complicaciones*, principalmente la bronquitis y pneumonía, la pleuritis, más raras veces la nefritis y la disentería, que conducen á la terminación fatal. Si la caquexia dura largo tiempo se presentan la degeneración amiloidea del bazo, hígado, riñones é intestino, trastornos circulatorios en distintos órganos por efecto de la acumulación de masas de pigmento, la hidropesía general y la muerte; ésta última sobreviene á veces súbitamente en medio de síntomas urémicos, apoplectiformes, ó de edema pulmonar.

*Diagnóstico.* Dedúcese en los casos regulares de la periodicidad de los accesos febriles, de la comprobación del infarto del bazo y de

los efectos generales del veneno palúdico sobre el cuerpo, que, sobre todo en la infancia, suelen presentarse rápidamente en muchos casos. Hay que excluir las enfermedades agudas (catarros gastrointestinales, inflamaciones del oído medio), los estados pihémicos y respectivamente las supuraciones ocultas. En ciertos casos podrán evitarse errores diagnósticos tan sólo con una observación y examen minuciosos. Respecto á las formas larvadas debe atenderse principalmente á la periodicidad de los estados patológicos y á la tumefacción del bazo. En los casos dudosos el examen de la sangre y el hallazgo de las plasmodias en los glóbulos rojos suministrarán un signo diagnóstico seguro.

*Pronóstico.* Depende ante todo de la localidad y de la clase de la fiebre intermitente. Los casos importados ó esporádicos transcurren favorablemente con un tratamiento apropiado, y lo mismo las puras formas típicas de intermitente. En las comarcas en que la fiebre es endémica, en las formas irregulares larvadas y perniciosas y también en la caquexia palúdica el pronóstico es siempre dudoso, é influyen en él en cada caso el predominio de los síntomas por parte del sistema nervioso y del tracto intestinal tanto más desfavorablemente cuanto más pequeños son los niños.

*Tratamiento.* Como medida *profiláctica* deben mantenerse alejados á los niños de las comarcas notoriamente palúdicas. — Para combatir la fiebre intermitente, el medio más eficaz es la *quinina*. Lo mejor es administrarla en una sola dosis (0,30, á 0,50, á 1,0 según la edad) tres ó cuatro horas antes del acceso; si el medicamento no es tolerado ó es expelido por vómito, debe emplearse en forma de supositorios ó de enemas, y según las circunstancias en inyección subcutánea con todas las cautelas asépticas. Algunos autores prefieren el *tanato de quinina* (á dosis doble ó triple) por su mejor sabor. Está indicado seguir administrando durante algunos días la quinina á dosis menores después de cesar el primero y segundo acceso febril. — Si fracasa la quinina, puede emplearse el *arsénico* en forma de solución de FOWLER (CLXXXIII), la *tintura de eucaliptus* (CLXXXIV), la *hidroquinona* (CLXXXV) y el *salicilato de sosa* (CXXXIII). — Durante el acceso debe procederse *sintomáticamente*; al iniciarse el escalofrío, debe meterse en cama á los niños, manteniéndoles en ella bien calientes hasta terminar el acceso ó hasta haber transcurrido algunas horas. En el período de calor, son convenientes los fomentos fríos en la cabeza y durante el período de sudor los envoltorios y bebidas calientes para favorecer la diaforesis. Si se presentan síntomas amenazadores, convulsiones, colapso, etc., deberán combatirse con los medios correspondientes. Durante los períodos apiréticos, dieta ligera. — Durante

la convalecencia, están indicados una alimentación vigorosa con pequeñas tomas de vino y de cerveza, la estancia en el campo á la vez que los baños fluviales y marítimos, y en caso necesario los ferruginosos y los nuevos preparados alimenticios. El tratamiento de la *caquexia palúdica* requiere también un método tónico corroborante, y entre los medicamentos sobre todo el *arsénico* y los preparados de hierro y de quina, y principalmente el alejamiento de las comarcas palúdicas.

CLXXXIII. Rp. Licor arsenical de Fowler. . . . . 1,0  
 Agua de menta piperita . . . . . 5,0

M. s. a. Una á tres gotas diarias por cada año de edad que haya cumplido el enfermito.

CLXXXIV. Rp. Tintura de eucaliptus. . . . . } aa. . . 10,0  
 Glicerina pura. . . . . }

M. s. a. X gotas cuatro veces al día.

CLXXXV. Rp. Hidroquinona. . . . . 0,25  
 Azúcar. . . . . 0'30

M. s. a. Para una papeleta. Reitérese IX veces. Para tomar de tres á cuatro papeletas al día.

## E. — Enfermedades infectivas crónicas

### 1. Escrofulosis; escrofulismo

*Patogenia y etiología.* La escrofulosis es, desde el punto de vista clínico, una anomalía constitucional que conforme á la doctrina de VIRCHOW se traduce en una vulnerabilidad anormal de los tejidos, por efecto de la que éstos responden á las menores excitaciones externas con alteraciones inflamatorias de naturaleza particular, caracterizadas en parte por su larga duración y por frecuentes recidivas y en parte por la gran pertinacia de sus productos patológicos transitorios y por la escasa tendencia de éstos á la resolución ó á la formación de tejido normal. Desconócese todavía la esencia de esta anomalía constitucional.

Respecto á la tan debatida cuestión sobre la naturaleza de las relaciones entre la tuberculosis y el escrofulismo, optamos por el punto de vista dualístico que han expresado últimamente con tanta precisión entre otros autores HENOCH, BIEDERT y principalmente O. KANZLER. Desde luego las relaciones entre la tuberculosis y el escrofulismo son muy íntimas. Es indudable que los niños escrofulosos están predisuestos á la tuberculosis,

que la adquieren con mucha frecuencia y que descienden á menudo de padres tuberculosos, que por otra parte se encuentra frecuentemente el bacilo de Koch en los productos patológicos de la escrofulosis (ganglios caseificados, osteitis fungosas y afecciones articulares) y que con los materiales de los ganglios caseificados y supurados se han producido tuberculosis por inoculación. Pero también es indudable que existe un escrofulismo sin tuberculosis, que existen especialmente una serie de afecciones locales verdaderamente escrofulosas (catarros de las mucosas, afecciones del ojo y del oído ó de la piel) que, conforme se ha demostrado, no dependen del desarrollo de tubérculos, que tampoco está comprobado el origen bacilar de las afecciones escrofulosas antes mencionadas, sino que éstas adquieren el carácter tuberculoso tan sólo en época posterior, cuando al iniciarse la metamorfosis regresiva se crea un terreno favorable de cultivo para la inmigración y colonización del bacilo de Koch, del mismo modo que ocurre en otros productos inflamatorios crónicos no escrofulosos, pero de nutrición pobre y dotados de las mismas propiedades de caducidad y tendencia á la degeneración adiposa (pleuritis, induraciones pleuríticas y pericardíacas, granulaciones, etc.). Por lo tanto el escrofulismo y la tuberculosis no deben considerarse como idénticos (SCHÜPPEL, FRIEDLÄNDER), y la relación que existe entre ambos debe más bien explicarse diciendo que la escrofulosis representa el factor etiológico *primario*, que por la naturaleza peculiar de sus tejidos y de sus productos patológicos prepara y madura el terreno favorable de cultivo para el bacilo de Koch, y en cambio la tuberculosis representa el hecho *secundario*.

La escrofulosis es en la mayoría de los casos *congénita* y respectivamente *hereditaria*. Entre las enfermedades de los padres cuyos hijos están predispuestos á la escrofulosis, se presentan en primer lugar el propio escrofulismo y la tuberculosis, además la diátesis cancerosa, la leucemia, la diabetes, los estados anémicos y debilitantes de toda clase y á veces también la sífilis. Pero la escrofulosis puede también ser *adquirida*. La favorecen principalmente la pobreza, la mala alimentación, las habitaciones malsanas, húmedas y oscuras, la falta de aire y de luz, y en las primeras edades de la vida ciertas enfermedades sufridas (sarampión, coqueluche).—La escrofulosis es uno de los estados patológicos más frecuentes de la infancia; se observa en todos los períodos de la misma y con igual frecuencia en los niños que en las niñas.

*Anatomía patológica.* Los productos anatomopatológicos de las afecciones locales escrofulosas, ó sea de los ganglios, de la piel y de las

mucosas, de los huesos, articulaciones y órganos de los sentidos, se caracterizan, como hemos dicho, por una abundante formación celular, por la caducidad de los elementos de nueva formación, por la tendencia de éstos á la metamorfosis regresiva, á la degeneración adiposa y adipocaseosa y á la supuración. Así es que se encuentra todo el *sistema ganglionar linfático* tumefacto, al principio con simple hiperplasia celular, más tarde con degeneración adipocaseosa y supuración de los elementos noviformados; en las *mucosas* se desarrollan catarros crónicos con secreción blenorreica ó purulenta abundantes y úlceras; en la *piel* se observan procesos inflamatorios crónicos con formación de granulaciones lacias, abscesos con trayectos fistulosos, ó restos de los mismos en forma de cicatrices hundidas y estrelladas; en los *huesos* y en las *articulaciones* se presentan inflamaciones cariosas, necróticas y fungosas provistas de granulaciones caducas. En los últimos períodos de estos procesos, y sobre todo en los últimamente mencionados, se ha encontrado á menudo el bacilo de Koch, y en otros casos el *staphylococcus pyogenes*.

*Síntomas y curso.* El *cuadro sindrómico general* de la escrofulosis es muy variado según predominen las lesiones en uno ú otro órgano ó tejido, y según sea la naturaleza y el grado de intensidad de las mismas. Con frecuencia se da á conocer la aptitud escrofulosa por el hábito exterior, según la cual se distinguen ya de antiguo dos formas de escrofulismo: la *erética*, de piel pálida, complexión delicada de la cara y del cuerpo, escaso panículo adiposo y musculatura delgada, y la forma *tórpida*, de cara abultada, nariz y labios gruesos, fisonomía potofina, abundancia del panículo adiposo. En la primera predomina una inteligencia viva y en la segunda la inercia psíquica.

a) Los primeros síntomas de la enfermedad son, por regla general, *tumefacciones ganglionares*, que se inician en los ganglios del cuello y de la nuca. Estos pueden ya encontrarse aumentados de volumen en los recién nacidos, pero generalmente se infartan á consecuencia de la afeción de una mucosa ó de la piel (coriza, vacunación, taladro de los pulpejos), permaneciendo entonces abultados, poco sensibles y pudiendo adquirir tamaños variados y hasta conglomerarse formando grandes paquetes ganglionares; las mismas tumefacciones se observan en los ganglios axilares, cubitales é inguinales. No es raro que se formen abscesos espontáneamente ó por efecto de irritaciones ligeras, seguidos de ulceraciones de larga duración que al curarse dejan cicatrices restiformes ó estrelladas, observándose esto con especial frecuencia en los ganglios del cuello; en

otros casos sobreviene la caseificación. — Entre los múltiples *catarros de las mucosas*, el coriza y la faringitis son los más frecuentes y tenaces; recidivan á la menor ocasión y persisten frecuentemente durante toda la vida. En muchos casos se desarrolla sobre este substrátum morboso un ozena con ulceraciones y atrofia consecutiva de la mucosa nasal, ó también una hipertrofia de las tonsilas y vegetaciones adenoides en el nasofarinx. También son frecuentes los catarros crónicos de la laringe y de los bronquios, y lo son menos los del estómago y del intestino—ambos son muy importantes por las tumefacciones consecutivas de los ganglios *bronquiales* y *mesentéricos* los cuales sufren frecuentemente la caseificación. En tales casos obsérvanse á veces accesos asmáticos, y respectivamente síntomas gastrointestinales (diarreas, cólicos, constipación), la tuberculosis miliar, y con menos frecuencia procesos ulcerativos (véase pág. 334). — Entre las afecciones del aparato génito-urinario merecen mencionarse las afecciones blenorreicas de la *mucosa vaginal*, tan frecuentes en las niñas pequeñas.

b) Sumamente frecuentes son las afecciones de la *piel* y del *tejido conjuntivo*; en primer lugar deben mencionarse las tumefacciones y engrosamientos del labio superior y de la nariz, las excoriaciones en estos órganos, la formación de fisuras y costras en las aberturas nasales, los eczemas húmedos ó secos y pruriginosos de la cara, del cuero cabelludo, del pabellón de la oreja y otros puntos del cuerpo, con menos frecuencia extendidos por toda la piel, el intertrigo en los repliegues cutáneos, una diaforesis exagerada ó aspereza y sequedad de la piel, la urticaria, el prurigo, el lupus, y con menos frecuencia la psoriasis. También se observan múltiples supuraciones del tejido celular con formación de úlceras de bordes sinuosos, socavados ó bien limitados, que se desarrollan lentamente, producen trayectos fistulosos y son rebeldes al tratamiento.

c) Tienen especial importancia las afecciones de los *órganos de los sentidos* por los síntomas subjetivos que provocan, por su duración pertinaz y por sus peligrosas consecuencias. Entre las enfermedades de los *ojos*, merecen mencionarse, aparte de las simples oftalmías escrofulosas, la *conjuntivitis* con formación de flictenas en el borde de la córnea, que va acompañada de gran fotofobia, lagrimeo y blefaroespasma, y la *blefaroradentitis* acompañada de tumefacción, rubicundez y excoriación de los bordes palpebrales, y que provoca frecuentemente la caída de las pestañas y la induración callosa del borde palpebral. No es raro que se presente también la *queratitis* seguida de opacidades de la córnea, ligeras y transitorias ó extensas y profundas, que alteran la agudeza visual y que en



ciertos casos pueden ir seguidas de ulceración y perforación del bulbo ocular, con atrofia del mismo.—Entre las enfermedades del *oído* se observan, aparte de las inflamaciones eczematosas de la oreja ya mencionadas, las del conducto auditivo externo con otorrea, pero principalmente la *otitis media purulenta*; ésta procede por lo común de la trompa, aparece en uno ó en ambos lados, provoca casi siempre la perforación del tímpano, es muy pertinaz é insidiosa, y va acompañada de flujo purulento fétido. Con frecuencia queda dureza de oído, á veces sordera, y en ciertos casos puede hasta sobrevenir la caries de la apófisis mastoides y del peñasco, la trombosis de los senos y la meningitis ó la piohemia.

d) En los niños escrofulosos, por último, se presentan muy frecuentemente inflamaciones de los *huesos* y de las *articulaciones*. Estas aparecen unas veces en forma de procesos *periostíticos*, *ostéticos* ú *osteomielíticos*, y otras veces como inflamaciones *fungosas*, afectan con preferencia y precozmente las falanges de las manos y de los pies, los huesos del metacarpo y del metatarso (*espina ventosa*), los huesos tubulares largos, las vértebras y los huesos craneales, y entre las articulaciones principalmente las del codo, de la rodilla y de la cadera, provocan largas supuraciones, seguidas de formación de abscesos por congestión, de desprendimiento de grandes y pequeños fragmentos de hueso necrosado, de un estado de consunción progresiva de fuerzas, de la degeneración amiloidea de los órganos internos y de muerte por agotamiento, ó en caso de terminación favorable se producen anquilosis y deformidades persistentes de las articulaciones. La sintomatología especial de estas enfermedades puede verse en los tratados de cirugía.

El *curso* de la escrofulosis es crónico y se prolonga durante largos años, y el *grado de intensidad* de la afección es muy variado. En muchos casos existen tan sólo ligeras tumefacciones de los ganglios periféricos, una susceptibilidad de las mucosas con tendencia á catarros frecuentemente recidivantes, debilidad muscular, erupciones eczematosas durante mucho tiempo y hasta llegar dentro del período de la pubertad, aunque sin presentarse afecciones locales graves; en tales casos puede lograrse la curación mediante un tratamiento é higiene adecuados. En otros casos se presentan en una época más ó menos temprana, y con especial frecuencia durante la pubertad, procesos locales graves, la caseificación de los ganglios, afecciones de los huesos y de las articulaciones; en muchos de estos casos se desarrolla la tisis pulmonar, la tuberculosis miliar, la meningitis y supuraciones consecutivas, á consecuencia de las que perecen los enfermos.

*Diagnóstico.* Se deduce del conjunto de síntomas descritos, y especialmente de la aptitud hereditaria, de la sensibilidad y excitabilidad anormales de los tejidos, de las tumefacciones ganglionares y de las múltiples afecciones locales.

*Pronóstico.* Es dudoso aunque no desfavorable quoad vitam, y depende en cada caso de las condiciones exteriores de vida del enfermo, así como de la clase y del grado de las afecciones locales. En este último concepto las simples hiperplasias ganglionares, los catarros y las afecciones de la piel permiten un pronóstico relativamente favorable, mientras que las afecciones de los huesos y articulaciones y las caseificaciones ganglionares son de pronóstico desfavorable.

*Tratamiento.* Ha de ser ante todo *general* y debe encaminarse principalmente á procurar una alimentación é higiene general las más favorables posible. La lactancia materna ó por una buena nodriza, la limpieza y cuidados de la piel y la estancia al aire libre durante la primera edad son medidas indispensables que deben emplearse en los niños de padres escrofulosos ó tuberculosos. Los niños mayores deben alimentarse preferentemente de leche y lacticinios, de carnes ligeras (volatería, caza, carnero, ternera) y de huevos, dándoles asimismo verduras frescas y fruta madura en comidas muy regulares, permitiéndoles tan sólo escasa cantidad de pan, patatas, pastelería y dulces; como bebida, pequeñas cantidades de vino aguado ó de cerveza.—La higiene general de los niños *mayores* coincide con las reglas establecidas en la primera parte de la presente obra. Convienen especialmente los dormitorios bien ventilados, el frecuente ejercicio al aire libre con ejercicios gimnásticos, y si es posible la estancia en el campo, en las montañas ó en las costas. Son aquí de gran valor las colonias escolares y hospicios marítimos que según demuestran las estadísticas ejercen muy benéfica influencia. Debe concederse la mayor y constante atención á los cuidados de la piel, y acostumbrarse á los niños que no estén afectados de catarros de las vías respiratorias á las lociones frías diarias, á los baños de río y de mar y á la natación durante la estación calurosa. Estos medios excitan del modo más activo el cambio general de materias y los procesos de la asimilación. La estancia en las costas ejerce en estos enfermos los mejores efectos, estando más indicado para las formas *tórpidas* el aire fuerte de las costas del mar del Norte, y para las formas delicadas y *eréticas* el aire suave de las costas del mar Báltico ó del Mediterráneo.—Otro importante factor curativo de la escrofulosis lo constituyen las *curas de aguas salinas*, severamente dirigidas, con preferencia en el mismo balneario (Hall, Ischl, Reichenhall, Tona, etc.),

cuyos efectos seguros no se manifiestan sino después de repetidas curas.

Entre los *medicamentos de uso interno* están principalmente indicados los *preparados de yodo y de hierro*, el *aceite de hígado de bacalao* y la *creosota*, y respectivamente el *guayacol* y *geosot* (*guajacolum valerianicum*, WENDT). El yodo se emplea, sea en forma de agua mineral yódica (Hall, Darkau, Kreuznach, Heilbronn, Tona, etc., á la dosis de 10 á 15 gramos diarios según la edad), sea asociado al yoduro potásico (CLXXXVI), ó á la vez con el *hierro*, sobre todo bajo la forma de *jarabe de yoduro de hierro* (CLXXXVII), el *aceite de hígado de bacalao* en emulsión (véase pág. 509) ó puro á la dosis de 1 á 4 cucharaditas ó cucharadas según la edad, administrándose siempre durante la estación fría y no estando perturbada la digestión; el *guayacol* (CLXXXVIII), la *creosota* (CLXXXIX) y al *geosot* (CXC) administrados puros en leche y en forma de emulsión. Como sucedáneo del aceite de hígado de bacalao se ha recomendado mucho en estos últimos tiempos la *lipanina* indicada por v. MERING y preparada con aceite de olivas con 5 ó 6 por 100 de ácido oleico. El aceite de hígado de bacalao puede asociarse también con la *tintura de yodo* (1:50) con el *hierro* y la *creosota* y respectivamente con el guayacol y creosotal (véase pág. 509). — El tratamiento de las distintas afecciones locales se halla indicado en los respectivos capítulos, y respecto al de las afecciones óseas y articulares, véanse los tratados de cirugía.

CLXXXVI. Rp.	Yodo puro. . . . .	0,02 á 0,04
	Yoduro potásico. . . . .	0,10
	Agua destilada. . . . .	150,0
	Jarabe de corteza de naranjas. . . . .	20,0

M. s. c. Una cucharadita cada dos horas.

CLXXXVII. Rp.	Jarabe de yoduro de hierro. . . . .	} aa. . . . .	20,0
	Jarabe simple. . . . .		

M. s. a. X á XX gotas tres veces al día.

CLXXXVIII. Rp.	Guayacol. . . . .	1,0
	Tintura de quina. . . . .	2,0
	Vino de Málaga. . . . .	100,0

M. s. a. Una cucharadita después de cada comida.

CLXXXIX. Rp.	Creosota de haya. . . . .	1,50
	Aceite de almendras. . . . .	30,0
	Agua destilada. . . . .	80,0
	Goma arábica. . . . .	20,0
	Jarabe de almendras. . . . .	20,0

Emulsiónese. Una cucharadita tres ó cuatro veces al día.

CXC. Rp. Geosot. . . . .	5,0 á 10,0
Alcoholaturo de menta piperita, c. s., hasta un total de. . . . .	30 0

M. s. a. X gotas, tres veces al día, en vino, leche, cocimiento de avena, zumo de fruta, aceite de hígado de bacalao.

*Fiebre ganglionar.* Con este nombre ha designado E. PFEIFFER (1889) una enfermedad que se caracteriza por una perturbación general febril, por una tumefacción múltiple y sensibilidad dolorosa á la compresión de los ganglios laterales del cuello situados detrás del esternomastoideo. La fiebre es intensa, 39 á 40° C., la lengua está cubierta por una capa saburral, la faringe está ligeramente rubicunda, la deglución es dolorosa y los movimientos de la cabeza y del cuello se hallan algo entorpecidos por la tumefacción dolorosa de los ganglios. En muchos casos desciende la fiebre al siguiente día, remiten los demás síntomas, y al cabo de algunos días desaparece del todo la tumefacción dolorosa de los ganglios. En otros casos se exacerban los síntomas, la fiebre se mantiene algunos días á la misma altura, la tumefacción invade los ganglios del otro lado, y al tercero ó cuarto día sobreviene un aumento de volumen del bazo y del hígado con dolores abdominales espontáneos ó provocados por la compresión. No se presentan síntomas por parte de los órganos digestivos y de los pulmones, ni tampoco infartos de los ganglios axilares é inguinales. El curso ulterior es favorable, pues hasta los casos graves terminan en pocos días por curación.

La esencia de esta afección particular no está aún dilucidada. Pero el hecho de que aparezca en forma de pequeñas epidemias caseras y familiares permite clasificarla como enfermedad infectiva. Esta opinión se halla más justificada desde que HEUBNER y RAUCHFUSS, con posterioridad á la primera comunicación de E. PFEIFFER, publicaron casos análogos, á los que han seguido últimamente otros de OLINSKI y HAINEBACH, entre los cuales se encontraron algunos en los que la tumefacción ganglionar fué seguida de nefritis; también en un caso se encontró supuración de los ganglios.

Los niños enfermos tenían de dos á diez y seis años de edad, en su mayoría habían permanecido sanos hasta entonces y casi todos procedían de padres sanos. En varios casos análogos que hemos tenido ocasión de observar en los que, entre otros, estaban también infartados los ganglios contiguos al ángulo de la mandíbula, existía en realidad en los enfermos tara ó vicio escrofuloso demostrable.

## 2. Tuberculosis

*Patogenia y etiología.* Por tuberculosis se entiende una enfermedad infectiva causada por la introducción en los órganos del cuerpo de un microorganismo específico, el bacilo tuberculoso descubierto por ROBERTO KOCH. Preséntase en dos formas: como *tuberculosis localizada* y como *tuberculosis generalizada*, llamada *tuberculosis miliar*. La tuberculosis *localizada* ataca, según sea la puerta de entrada del virus tuberculoso, los distintos órganos y tejidos (ganglios linfáticos, piel, aparatos digestivo y respiratorio, huesos y articulaciones, etc.), se circunscribe á los mismos, permaneciendo en estado *latente* por más ó menos tiempo, ó sigue adquiriendo mayor desarrollo. Su propagación ulterior se realiza, ó bien lentamente por contigüidad, ó de un modo rápido por el sistema vascular linfático y sanguíneo (WEIGERT). Las causas de la propagación radican en las enfermedades agudas graves ó en influencias debilitantes de todas clases, á consecuencia de los cuales destrúyense los focos tuberculosos y se convierten en punto de partida de la infección general. Origínase entonces la tuberculosis generalizada, la cual, según sean las condiciones locales en que se ha verificado la irrupción de los bacilos en el torrente circulatorio, y según sean éstos numerosos ó escasos, adquiere un curso prolongado y crónico, ó violento y muy febril (*tuberculosis miliar crónica y aguda*). Procede, pues, la tuberculosis miliar, según ha sido ya indicado por BUHL, de una tuberculosis local ó foco caseoso que se ha destruído y de la entrada del virus tuberculoso en la corriente sanguínea y linfática. A continuación nos ocuparemos tan sólo de la tuberculosis miliar; para las tuberculosis localizadas, véanse los respectivos capítulos del presente libro.

La aparición de la tuberculosis miliar en los niños dista mucho de ser tan frecuente como en los adultos; no obstante, si en los primeros existen focos tuberculosos locales, parece que están entonces más predispuestos que el adulto á una erupción aguda generalizada. Las condiciones para la constitución de la tuberculosis radican, parte, en aptitudes *hereditarias* y, parte, en las *adquiridas*, esto es, en un estado de los tejidos en virtud del cual poseen buenas condiciones para la implantación y ulterior desarrollo del bacilo de Koch (véase pág. 344 y el capítulo anterior). En el primer concepto deben considerarse la tuberculosis y escrofulismo de los padres, y respectivamente la escrofulosis de los hijos, y en el segundo las enfermedades agudas y crónicas (tifus, sarampión, coqueluche, escarlatina, caries

de los huesos, etc.). La tuberculosis es *inoculable* á los animales (VILLEMIN) y *transmisible* al hombre. Numerosas observaciones de estos últimos años han enseñado que la tuberculosis infantil puede muy bien atribuirse á una infección directa en la mayoría de los casos. En los niños se ha demostrado especialmente la infección por el uso de leches no hervidas y procedentes de vacas tuberculosas, así como la infección por la circuncisión ritual y otras superficies cruentas; es posible también por medio del esputo de los tuberculosos, y respectivamente por el polvo de las habitaciones que contenga bacilos y por el trato íntimo de los niños con los padres, los parientes ó los criados tuberculosos. En casos raros la tuberculosis puede también ser congénita (JOHNE, GOLDSCHMIDT).

*Anatomía patológica.* El proceso anatómico de la tuberculosis consiste en la erupción de nódulos miliares, que pueden encontrarse en casi todos los órganos del cuerpo, radicando con preferencia en ciertos órganos, como los pulmones, las serosas y las meninges. La detallada estructura anatómica de los nodulitos la hemos expuesto ya en la pág. 344.—En los casos de curso agudo se encuentran tan sólo nódulos grises, y en los casos de tipo crónico encuéntranse además ulceraciones antiguas, de color amarillo, blanco amarillento, opacas ó también caseificadas, de tamaño variable, aisladas ó confluentes. En cuanto á otras alteraciones, se observan focos tuberculosos locales antiguos, infiltraciones caseosas del pulmón, antiguos exudados pleuríticos, ganglios caseificados (ganglios bronquiales, mediastínicos y mesentéricos), úlceras tuberculosas en las mucosas (intestino grueso), demacración más ó menos considerable en los cadáveres; además, en todos los productos tuberculosos se demuestra la existencia del bacilo de Koch. No es raro encontrar marcado infarto del bazo.

*Síntomas y curso.* El síndrome de la tuberculosis miliar presenta formas muy variadas; su aparición va precedida, por más ó menos tiempo y de un modo más ó menos marcado, de síntomas de tuberculosis local ó de otras enfermedades anteriormente mencionadas. Los niños están pálidos y anémicos; los mayores están, por regla general, demacrados; los niños lo están poco ó nada; muchos aquejan tos seca, fiebre vespertina con rubicundez circunscrita de las mejillas, manos ardientes y sed exagerada. La piel de ciertas partes del cuerpo (tronco) se pone seca, áspera y se descama; en otras (cabeza) se presentan sudores abundantes. Sólo raras veces están los niños en apariencia completamente sanos.—De un modo

más ó menos agudo, á veces violento, se desarrolla un estado general febril (40 á 41° C. y más todavía) con curso febril sumamente irregular, que permite reconocer en un mismo caso tan pronto un ascenso parecido al del tifus, seguido de los descensos súbitos hasta la temperatura normal propios de una fiebre continua intensa que persiste días enteros; en otros casos intermitencias muy pronunciadas. Los niños están tan pronto apáticos como soñolientos, algunos deliran ó aquejan cefalalgias, el sensorio está perturbado y existe postración general. En ciertos casos los síntomas nerviosos ó tifódicos mencionados pueden faltar hasta la muerte. El pulso es muy acelerado y pequeño, la respiración es frecuente y superficial desde un principio y el examen de los pulmones, cuando no existe ningún foco primitivo, acusa tan sólo los signos de una bronquitis de las vías respiratorias medianas, predominando los estertores secos; la lengua está seca, el apetito disminuído, el vientre moderadamente distendido en unos casos, normal en otros, presentándose á veces vómitos; en la mayoría de casos existe constipación, en algunos (tuberculosis intestinal) diarreas, y con frecuencia está el bazo tumefacto.—Este estado puede prolongarse largo tiempo sin que sea posible establecer una distinción entre el tifus, la tuberculosis miliar generalizada y la meningitis. Pero en muchos casos es posible descubrir con un examen minucioso, las más de las veces al llegar la enfermedad á su grado culminante y contadas veces al principio de la misma, la existencia de tubérculos dispersos en la coroides, con lo cual queda confirmado el diagnóstico. En otros casos la respiración se hace extraordinariamente frecuente, aparece la cianosis, mientras que los signos que acusa el examen del pulmón carecen de importancia ó son puramente los de un catarro, ó bien se desarrolla una infiltración físicamente demostrable y consecutivamente el síndrome de la tisis pulmonar, y aun en otros casos cada vez más pronunciados los síntomas de la meningitis tuberculosa. Por último, en ciertos casos faltan, como se ha dicho, todos los síntomas nerviosos ó tifódicos, ó se manifiestan poco antes de la terminación fatal; la enfermedad sigue en tales casos un curso prolongado de muchos meses y hasta años, durante el cual se suceden exacerbaciones agudas con intervalos relativamente libres (*tuberculosis miliar crónica*). La muerte tiene lugar por demacración y agotamiento progresivos ó bajo los síntomas de la meningitis tuberculosa. La *duración* de la enfermedad es muy variable; en los casos agudos puede ser de diez á catorce días y en los crónicos de algunos años. La *terminación* es siempre fatal.

*Diagnóstico.* Dada la multiplicidad de formas del cuadro patológico, el diagnóstico es muy difícil en no pocos casos, y aquellos en que no es

posible comprobar la existencia de focos de tuberculosis local son difíciles de distinguir, sobre todo del tifus. Los datos anamnésticos, el carácter de la fiebre, las desviaciones de la marcha típica de la curva tifódica que en aquélla se observan, la extraordinaria elevación de la temperatura durante largo tiempo y las oscilaciones fuertes é inmotivadas de la misma, la falta de las deposiciones tifódicas, de la roseola y de una tumefacción considerable del bazo, la disnea marcada ya desde un principio con signos físicos insignificantes y casi negativos, y por último, el curso ulterior con demacración y anemia progresivas, permiten la diferenciación en ciertos casos; en la mayoría de éstos el diagnóstico podrá confirmarse tan sólo por el curso ulterior y la terminación. Decisiva para el diagnóstico es la comprobación de tubérculos en la coroides y de bacilos de KOCH en las secreciones y excreciones del enfermo. Más fácil es el diagnóstico cuando, junto con la comprobada existencia de focos tuberculosos ó caseosos (infiltrados pulmonares, tumores ganglionares) ó de exudados pleuríticos antiguos, se desarrolla con carácter agudo ó subagudo una afección general, altamente febril, acompañada de repetidas exacerbaciones, con el carácter antes mencionado. En muchos casos la falta de la reacción de GRUBER-WIDAL suministra valiosos puntos de apoyo para el diagnóstico (véase pág. 602).

*Pronóstico.* La tuberculosis miliar aguda termina fatalmente. La curación de la crónica depende de la posibilidad de poder extirpar precozmente los focos tuberculosos mediante una operación.

*Tratamiento.* Desde el punto de vista *profiláctico* debe procurarse mantener á los niños lo más alejados posible de sus padres ó parientes tuberculosos, ó evitar un contacto demasiado frecuente é íntimo con los mismos. No es necesario insistir en que las madres tuberculosas no deben criar á sus hijos.—Los peligros de la infección con la leche de vacas tuberculosas pueden evitarse hirviendo previamente la leche. Respecto á las medidas de higiene general á que deben sujetarse los niños tuberculosos, véase el anterior capítulo.—El tratamiento de la tuberculosis miliar ha de limitarse á conservar las fuerzas y á atacar los síntomas que se presentan. Para el tratamiento de los focos *tuberculosos locales* de la piel, de los ganglios, huesos y articulaciones, véanse los tratados de cirugía, y el de la tuberculosis de los restantes órganos en los respectivos capítulos de esta obra. Digamos tan sólo de paso que el tratamiento de las afecciones locales tuberculosas y escrofulosas por medio de la *tuberculina* de R. KOCH no ha correspondido en general á las esperanzas que en ella se habían fundado.