SEMEYOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

Y PUERICIA

PARA USO DE ESTUDIANTES Y MÉDICOS PRÁCTICOS

OBRA ESCRITA EN ITALIANO POR EL

DR. RAFFAELE SARRA

Profesor de Ciencias Naturales
y especialista en las Enfermedades de los Niños

TRADUCIDA AL ESPAÑOL POR

D. JOSÉ WIEDEN PORTILLO

CON UN PRÓLOGO DEL

DR. J. VIDAL PUCHALS

VALENCIA—1891

LIBRERÍA DE PASCUAL AGUILAR, EDITOR

Caballeros, 1

Registrada con el nº 374 al folio 45 del libro diario y en el talonario provisional con el nº 374 al folio 192. Valencia 23 de Diciembre 1891.
El Jefe del Registro
Vicente Chirivella

SEMEYOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y PUERICIA

SEMEYOLOGIA Y DIAGNÓSTICO

DE LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA Y PUERICIA

PARA USO DE ESTUDIANTES Y MÉDICOS PRÁCTICOS

OBRA ESCRITA EN ITALIANO POR EL

DR. RAFFAELE SARRA

Profesor de Ciencias Naturales
y especialista en las Enfermedades de los Niños

TRADUCIDA AL ESPAÑOL POR

D. JOSÉ WIEDEN PORTILLO

CON UN PRÓLOGO DEL

DR. J. VIDAL PUCHALS

VALENCIA—1891
LIBRERÍA DE PASCUAL AGUILAR, EDITOR
1, Caballeros, 1

Imprenta de F. Vives Mora, Lauria, 20.—1891.

ÍNDICE.

Págs.

AL LECTOR.

A la benévola amistad cuanto inmerecida confianza con que me distingue y me honra el traductor debo el presentar esta su labor al público médico.

«Este no podrá quejarse,—como acertadamente dice el eminente clínico Dr. Cadet de Gassicourt (1),—de penuria de documentos sobre la patología infantil. Nunca la literatura pediátrica, sin hablar de los autores antiguos, ha sido tan rica como hoy. Todos nos hemos puesto á la obra: unos, como el malogrado Parrot, han escudriñado la anatomía patológica; otros, como Julio Simón, han estudiado la terapéutica; otros, como nuestro maestro Roger, han con-

(1) En el prólogo de la traducción francesa del *Manual práctico de las enfermedades de la infancia,* por el doctor inglés Ed. Ellis, 1884.

densado su larga experiencia en las investigaciones clínicas; otros, como Picot y d'Espine, han publicado manuales que resumen el estado de la ciencia en una forma concisa, etc.»

El tiempo está, pues, por las publicaciones de paidología; y si esta es una verdad que, de pocos años á esta parte, confirman hasta los mismos poderes públicos instituyendo la asignatura especial que por tantos años dejara sentir su falta en los programas de nuestras Facultades, ¿á qué esforzarme en probar la utilidad y hasta la necesidad de un tratadito como el presente, en el cual se estudia un vasto capítulo de la patología general de la infancia, que hacía ya sentir su carencia en la bibliografía médica contemporánea?

¿Es que habíase descuidado hasta aquí la investigación general de los síntomas por los diferentes tratadistas de pediatría?

No diré, como otro traductor americano de Rafael Sarra (tal vez mal enterado), que este capítulo «no se encontrase en ningún autor formando doctrina y con designación que señalara el carácter de dicho estudio.» Ahí están las apreciadísimas *Lecciones de Semeyótica de las enfermedades de la infancia* del profesor Enrique Roger, decano-honorario del hospital de niños de París, que datan ya de 1864, y la *Sintomato-*

logía infantil del Dr. Carlos Ronquillo, editada en Barcelona desde 1880, para no dejarme mentir; mas, probado queda por estas fechas que dicha parte de la ciencia médica no podía permanecer estacionaria durante un cuarto de siglo, ni menos hoy en que tanto se investiga y todo se remueve merced al nuevo impulso que á la etiología imprime la moderna y pujante microbiología. En cuanto á la obrita de nuestro compatriota el Dr. Ronquillo, aunque sus diez años de existencia ya la coloquen en casi idénticas circunstancias que la anterior, sus dimensiones de simple folleto (70 páginas) la impiden también el tener otras aspiraciones que las de un modesto—pero muy recomendable—diccionario de sintomatología aplicada á la infancia: y bien lo deja comprender así su estudioso autor, cuando le aplica el calificativo de «notas compiladas.»

Por lo demás, convenimos con el Dr. Aróstegui (de la Habana),—que es nuestro aludido colega—en que, tanto los antiguos Billard, Valleix, Gersand y Blache, Rilliet y Barthez, como los modernos Bouchut, Whest, Steiner, Vogel, Henoch, Jacobi, D'Espine y Picot, Lewis Smith, Baginsky y Descroizilles, sin haber especializado el asunto en monografías particulares, no dejan de comprender la exacta investigación de

los síntomas en los capítulos respectivos de sus generales tratados. ¡Ni cómo descuidarlos, si de su mismo atento examen depende la seguridad de un juicio tan importante como el diagnóstico, en el cual ha de basarse la terapéutica, y en cuya sucesión é interpretación precisa, el pronóstico ha de adquirir aquella fuerza que constituye todo el prestigio del médico práctico? Ya el célebre Boerhaave lo había comprendido así al formular su conocido aforismo: «Preferiría un médico que, aun ignorándolo todo, supiese *Semeyología,* á otro que le sucediese lo contrario.»

Dicho esto en descargo de una imperdonable omisión, me complazco en transcribir las siguientes líneas del traductor habanero en loor de la obrita italiana que nos ocupa y á las cuales tengo que suscribir en totalidad: «los que la lean—dice—presumirán que me ha movido á traducirla, la creencia de que es un libro bueno y útil, y que al estamparlo contribuyo á dar á conocer una obra escrita con ámplio criterio, en la cual, y es su mejor recomendación, no sobran en mi sentir palabras, ni faltan hechos. Todo lo que es de utilidad para el práctico encierralo la obra en extracto; y ocupan un lugar preferente las últimas adquisiciones de la ciencia, ya aceptadas. Para los que se dediquen al

estudio de la infancia doliente, servirán sus páginas de recuerdo; á los que miren como de soslayo la paidopatía, les ofrecerán estímulo bastante para apreciar el vasto tesoro que encierra en materiales de estudio la niñez; para todos, en fin, será consejero abonado, eficaz y competente.»

Aquí debo una aclaración al lector y un tributo de cortesía á D. Gonzalo de Aróstegui por parte de mi amigo Wieden: aquélla consiste en que, á pesar de la reciente publicación del original italiano, coincidieron en el pensamiento y hecho de la traducción—aun separados por la distancia de la Península y el Atlántico—el pediatra cubano y el residente en Valencia; con la importante diferencia, de que el primero tuvo la previsión de adelantar su demanda de permiso al autor cuatro meses escasos á la del segundo, y, por tanto, éste se ha encontrado cohibido en su publicación (aunque también gustosamente autorizado por el autor) por la aparición primero de aquélla en la Habana, á mediados del pasado año; mas también cumple hacer constar, en elogio del Dr. Aróstegui, que no bien sabedor de la coincidencia, se apresuró á reparar el involuntario percance, desentendiéndose de las primicias otorgadas, y autorizando por su parte á mi compañero para imprimir su

personal traducción, de acuerdo con el deseo del autor y en galante carta que el favorecido conserva con aprecio. Este dato histórico se hacía preciso para explicar la dualidad de la traducción española y las dilaciones que por ende ha tenido que sufrir la edición valenciana.

Ya así las cosas, el Sr. Wieden Portillo ha querido enriquecer, si cabe, la excelente doctrina del original con algunas notas alusivas, producto unas de su experiencia personal y resumen otras de puntos tratados con mayor extensión por novísimos articulistas ó autores. Además, ha agregado al final, como apéndice-resumen, unos laboriosos é instructivos *cuadros sinópticos* que, ajustándose á su programa, conducen como de la mano al *diagnóstico* de cada afección infantil; y los cuales no pudiendo ajustarlos á la forma y tamaño de la obra principal, ha tenido que publicar en fascículo aparte.

¿Qué puedo añadir respecto á la bondad de este secundario trabajo, así como de la versión castellana, cuando la amistad que á su autor me une y mis conocidas simpatías por el asunto me prohiben todo elogio? Debo confesar que á mi tocayo no le ha preocupado en ello otra idea que la de ser fiel y exacto intérprete del original, en muchas ocasiones deficiente y parco de lenguaje; por lo cual la imaginación

inexperta se tortura en vano para poder adaptar á los giros de nuestra rica dicción los laconismos intraducibles de la sintaxis extranjera. No obstante, el público docto, creo, sabrá dispensar los italianismos y tropiezos en que la falta de costumbre de un principiante le hace incurrir con frecuencia, y en cambio apreciará la buena voluntad de quien sólo anhela servirle al divulgar obras escritas con un fin enteramento práctico, cual ésta.

Por lo tanto, espero no parará mientes en la galanura y lo castizo de la frase para acoger favorablemente la SEMEYÓTICA Y DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA INFANCIA del doctor R. Sarra, dispensando al traductor valenciano y á este su humilde presentante la indulgencia que por ello han menester.

José Vidal Puchals.

Al Profesor Comendador Augusto Murri.

MAESTRO:

Hemos querido compilar un Vade-Mecum del examen clínico de los niños para uso de los estudiantes, los cuales, adiestrados en nuestras Universidades casi siempre en el estudio de las enfermedades de los adultos, se encuentran en la práctica sobrecogidos del mayor embarazo cuando por vez primera se acercan á tratar un enfermito.

Reasumiendo en estas páginas la doctrina de los profesores Henoch, Gerhardt, Senator y Widerhofer, cuyas respectivas clínicas hemos tenido el alto honor de frecuentar por algún tiempo, hemos procurado llenar en esto dos miras: la de no repetir lo que el examen clínico de los niños tiene de común con el del adulto, y la de dar al trabajo un carácter esencialmente práctico, señalando los síntomas más salientes

é indispensables para la exacta determinación del diagnóstico.

Con la esperanza de que el presente librito pueda acarrear alguna utilidad al práctico, deseamos, Maestro, que esto sea bajo los auspicios de vuestro ilustre nombre, como débil testimonio de nuestro inmenso afecto de discípulos; afecto, que nunca se entibia, sino antes bien se acrecienta fomentado por nuestra peregrinación á través las clínicas del extranjero, durante la cual ha ido siempre unido al recuerdo de su Escuela, el orgullo de habernos contado un tiempo en el número de sus discípulos.

Dignáos, pues, aceptar el sentimiento de nuestra profunda estimación y reconocimiento.

Matera, Enero 1888.

RAFAEL SARRA.

ANAMNESIS.

En la práctica de los niños la anamnesia es breve y sencilla, porque las enfermedades crónicas complicadas, que en los adultos son con frecuencia la regla, en la edad infantil pertenecen á la excepción.

El niño que ha alcanzado ó pasado la edad de 6 á 7 años, si es inteligente y vivaz, se hallará en disposición de expresar al médico, si no la naturaleza y modificaciones de sus sufrimientos, por lo menos el asiento de éstos. Frecuentemente las respuestas del enfermito serán prontas, precisas y ciertas; pero, como observan Barthez y Rilliet, la exposición de los fenómenos morbosos suele estar preñada de prolijidad y divagaciones inútiles ó fastidiosas. Pero si el niño es menor ó poco inteligente, entonces los antecedentes se recogen de boca de la madre ó de quien hace sus veces. El práctico debe-

rá siempre comprobar con perspicacia todo aquello que se le haya referido, porque no pocas veces el afecto materno puede en tales ocasiones dar lugar á una narración de síntomas erróneos ó exagerados.

West, con ese sentido clínico que es la prerogativa de la escuela inglesa, consagra en sus *Lecciones Clínicas* una hermosa página á la manera como deben tomarse notas en los casos clínicos.

El conocimiento de la *edad*, dice el eminente pediatra, es el primero y más importante elemento para el diagnóstico; porque, en efecto, ciertas enfermedades invaden á determinada edad: el *esclerema* y el *cefalhematona* son enfermedades de los recién-nacidos; el *ileo-tifo* es rarísimo en los niños de pecho; la *difteria* es frecuente en el segundo año; la *escarlatina* del tercero al octavo. Además de esto, el conocimiento de la edad permite juzgar del desarrollo físico del pequeño organismo, y este dato tiene con frecuencia gran valor bajo el punto de vista de la marcha y pronóstico de muchas afecciones.

La investigación de la edad de los padres en la época de la concepción, y de los vínculos de parentesco, serán necesarios en aquellos casos en los cuales se desea, según observa Roger, aclarar especiales problemas patológicos como el *idiotismo*, la *sordo-mudez* y otros.

Es bueno asegurarse de si el niño ha sido *vacunado* y si ha escapado á las enfermedades de los primeros años *sarampión, tos ferina*, etc., ó si las ha

sufrido ya, porque estas enfermedades sólo excepcionalmente recidivan. Si el niño hubiese padecido otra enfermedad, se indagará atentamente la naturaleza de ésta, su marcha y semejanzas; y se procurará determinar cuál fué el último día que el niño pareció estar bien.

Respecto á la *disposición morbosa hereditaria,* la *tuberculosis,* la *sífilis,* las *psicosis* y otras *neuropatías* son factores esenciales en la génesis de diversas enfermedades de la infancia. Convenimos perfectamente con la opinión de Roger, en empezar estas investigaciones con cierta reserva, ya porque renovamos tristes memorias en el corazón de una madre, ya porque podemos ser indiscretos é inoportunos. Recuerdo que Henoch en su policlínica cuando tenía que tratar niños afectos de *sífilis hereditaria,* á menos que sus padres no lo hubiesen confesado espontáneamente, no solía insistir; pero no dejaba de examinar á la nodriza ó al padre, cuantas veces se aseguraba de la inocencia de la madre.

El acto mismo del *nacimiento,* fisiológico ó ayudado por el arte, las *anomalías del desarrollo,* y *los restos de procesos morbosos* ocurridos durante la vida fetal, (p. ej. *endocarditis* del tercer mes de la vida), y los transtornos ocasionados por el *desarrollo de cada órgano* y el *crecimiento del cuerpo* (clausura de ciertos conductos y orificios fetales de la circulación, crecimiento de los huesos, etc.), constituyen otros tantos factores importantes del diagnóstico etiológico.

Se encontrará fácilmente la causa de muchas enfermedades *(desviaciones de la columna vertebral, miopía, afecciones contagiosas)*, en las *escuelas*, en los *institutos*, en los paseos por los jardines públicos, mientras que de las *habitaciones húmedas* y *mal aireadas* surgirá el rico contingente de niños *anémicos* y *escrofulosos*.

El *frío* y la *mala higiene* en la alimentación son dos elementos, puede decirse, exterminadores de la tierna infancia, y es en efecto espantosa la cifra de los niños que sucumben por enfermedades del *tubo gastro-intestinal* y del *aparato respiratorio*.

El *destete* es otro objeto de examen.

Cuándo fué el niño destetado? Se le quitó el pecho por indisposición suya ó de la nodriza?

La *dentición*, según las miras modernas, ha perdido mucho de aquella importancia que le venía atribuyendo la antigua patología, y la larga serie de enfermedades llamadas de la *dentición* va poco á poco reduciéndose en todos los manuales de Pediatría.

Las *estaciones* ejercen cierta influencia en la patogenia y curso de algunas afecciones: así son frecuentes en verano las *enteritis;* según las observaciones de Tripe y Fox la *escarlatina* reina con cierta violencia durante la estación cálida; el *sarampión* es favorecido por la primavera, así como la *roseola* cuando el aire ha refrescado.

Después preocupará de un modo especial el ánimo del pediatra, el llamado *genio epidémico;* en aque-

llas ciudades ó campos donde éste domina, aquél podrá con pocos y ligeros síntomas establecer el diagnóstico y hasta el pronóstico con mucha seguridad.

EXAMEN Ó INSPECCIÓN GENERAL.

El examen ó inspección general tiene por objeto reunir los signos que pueden orientar al práctico en la investigación objetiva, y comprende el estudio de la *fisonomía,* la *actitud*, los *movimientos,* el *grito,* la *piel,* el *desarrollo,* la *nutrición,* el *sistema linfático glandular,* la *temperatura* y el *pulso.*

El niño debe examinarse de la cabeza á los pies, completamente desnudo, á ser posible cuando esté tranquilo ó durmiendo. Se procederá al examen de cada uno de los órganos, empezando por aquel cuya función se vea comprometida por un fenómeno importante que habrá llamado vuestra atención ó la de la madre. Será con frecuencia difícil de poner en práctica un orden bien determinado, porque teniendo que tratar con sujetos pusilánimes é indóciles, convendrá sacar partido de los síntomas, según las circunstancias del caso.

Aparte de la paciencia y afabilidad, el médico de los niños debe estar dotado de destreza y solicitud en el examen. Aquéllas en gran parte se heredan, éstas no se adquieren sino con una larga práctica y una observación diligente.

FISONOMÍA.

La fisonomía adquirió un valor diagnóstico extraordinario en tiempos que no se conocían todos aquellos medios de investigación, de los cuales actualmente dispone la clínica en general. El perfeccionamiento de éstos le ha quitado gran parte de aquella importancia que le fué atribuida; sin embargo, no debemos descuidar el estudio de la expresión mímica, porque de ella el pronóstico y la terapéutica reciben con frecuencia puntos de apoyo de cierto valor.

Las *líneas* y los *rasgos* de Jadelot y Eusebio de Salle han caído en perfecto olvido, porque una línea ó una arruga no constituyen la expresión total del rostro, y con este motivo no puede tener un valor semeyótico importante (1).

Los niños sanos y tranquilos tienen la fisonomía desprovista de toda expresión. A causa del rico te-

---

(1) Los rasgos patognomónicos de Jadelot á que alude el autor, son los siguientes: 1.°, parte del ángulo mayor del ojo y se pierde por encima de la eminencia formada por el hueso pómulo ó de la mejilla *(afecciones nerviosas y cerebrales)*; 2.°, comienza en la parte superior del ala de la nariz y desciende hacia la comisura de los labios *(afecciones gastro-intestinales)*; 3.°, nace hacia el mismo ángulo de los labios y se pierde en la parte baja de la cara *(afecciones del pecho y del corazón)*. (N. del T.)

gido adiposo, el rostro está grueso, redondo, sin arrugas; los ojos en los primeros dias se mueven aquí y allá sin seguir un objeto determinado; hacia el fin de la segunda semana se vuelven susceptibles á las impresiones exteriores; desde la sexta, ó lo sumo á los dos meses, parécenos que se fijan en los objetos y los reconocen; la boca está cerrada y la respiración se verifica por la nariz (Bouchut).—Antes que se formen las ideas no están aún en grado de saber manifestar la alegría y el bienestar, y el responder á las caricias de la madre con contracciones de la cara, el permanecer estáticos ante el resplandor de un objeto, el reir durante el sueño deben ser considerados como acciones reflejas dependientes de estímulos en la piel, en el intestino, en el cerebro y en la médula espinal.

En la infancia el dolor se exterioriza, según Soltmann, bajo diversos tipos, que verdaderamente sería difícil describir bien, porque como el mismo autor afirma, un retrato se puede pintar, pero no describir.

La fisonomía de los niños enfermos de *afecciones agudas pleuro-pulmonares,* inspira pena, opresión, angustia. Las cejas, bajo la acción simultánea de los fascículos centrales del músculo frontal y de los que fruncen el entrecejo, se ponen en una dirección oblicua, los ojos están brillantes, el rostro colorado á causa de la frecuencia de la circulación, la comisura de los labios preséntase en forma semilunar con la concavidad dirigida hacia abajo y como

dispuesta á gritar, por la acción del músculo depresor del ángulo de la boca.

Cuando instintivamente el enfermo suprime el grito para no acrecentar el dolor pungitivo, resulta una serie de suspiros quejumbrosos y repetidos que contribuyen á presentar un efecto fisonómico muy característico.

De esta manera se presentan los niños que sufren *afecciones agudas de la laringe*, de las cuales el representante principal es el *crup*. Cuanto más grave es la sintomatología, tanto más la cara y la agitación de todo el cuerpo expresan el sentimiento de la angustia llevada al grado máximo.

Es imposible que el enfermito pueda estar tranquilo ni por un solo momento; la cara está colorada, hinchada, bañada por sudor, los ojos espantados, la boca abierta, las alas nasales en acción, como también todos los músculos respiratorios auxiliares á fin de facilitar la entrada del aire en las vesículas pulmonares. El *pseudo-crup*, el *absceso retrofaringeo*, el *edema de la glotis*, la *coqueluche*, ofrecen idénticas modificaciones en los rasgos de la fisonomía.

Muy semejante al tipo de las afecciones laríngeas es el que corresponde á las *cardiopatías*. El aspecto de los pequeños cardíacos se ofrece ciertamente lleno de angustia, pero ésta va unida á una cierta rigidez é inmovilidad.

Se sientan sobre el lecho en estado de excesiva opresión, apoyados con los brazos para facilitar la

respiración, tienen la frente encrespada de arrugas, la boca ámpliamente torcida y con los ojos extraviados como por espanto, imploran auxilio de las personas que se acercan á su cama. En un estado más avanzado de la enfermedad, los ojos pierden su brillo, se ponen lánguidos, como anublados, los párpados penden flácidos y la fisonomía, más prolongada y abatida, expresa aquel abandono indescriptible que solemos encontrar en la más solemne postración del ánimo.

Patognomónica es la fisonomía en las *afecciones agudas del cerebro*. Los ojos esquivan la luz, las pupilas están contraídas, la frente surcada de arrugas perpendiculares en el centro, y los maseteros contraídos. El conjunto expresa un aire de seriedad, de resolución, que forma un gran contraste con tan tierna edad. Sobreviniendo síntomas de parálisis y perdido el conocimiento, la fisonomía queda desprovista de todo sentimiento, los globos oculares divergen en diferentes sentidos, la cabeza se inclina hacia atrás por la contracción de los músculos de la nuca, y los enfermos como en éxtasis no reaccionan al examen del médico, y reasume una *facies* que dá razón de aquel dicho popular *parece que el niño juega con los ángeles* (1). Más tarde, las parálisis, las convulsiones, la contractura del ángulo bucal deforman el aspecto, aumenta la soñolencia,

---

(1) *Ya está más allá que aquí*, se suele decir en Valencia. (N. del T.)

la insensibilidad y bien pronto sucede la catástrofe.

Durante el curso de las *enfermedades intestinales* (especialmente *dispepsia crónica, enteritis*). se encuentra pintado en la cara el sentimiento de las náuseas, de la aversión y del miedo. La boca se abre y contrae, de modo que se ponen muy aparentes los pliegues naso-labiales; la lengua y las mandíbulas están en contínuo movimiento, como para sacar fuera algo que les disgusta; pero si el vómito y la diarrea persisten, como en el *catarro intestinal agudo* y en el *cólera infantil,* tales movimientos cesan para dar paso á la expresión del abandono y de la languidez graves. En este momento, la cara se vuelve pálida como la de un espectro, con la nariz afilada, los labios adelgazados, los ojos hundidos en sus órbitas, rodeados de un círculo azul y cubiertos de legañas. En el *catarro intestinal crónico* y en la *enteritis folicular,* los pequeños se momifican, la piel se levanta formando pliegues, y las arrugas, disponiéndose á modo de rayas en el ángulo bucal y en el ángulo externo del ojo, dan á la fisonomía cierto parecido con la senil. Aluden graciosamente á éstos los pediatras franceses cuando hablan del *rostro á lo Voltaire.*

Los recién-nacidos afectos de *esclerema* presentan un aspecto rígido, parece que tengan una máscara inmóvil, los párpados están cerrados, y cuando lloran, la boca se mueve poco ó con gran dificultad.

Los *escrofulosos, raquíticos* y *sifilíticos* tienen un

sello especial que los hace reconocer al solo mirarlos. Son propios de la *escrófula* llamada *erética,* los cabellos y los ojos de color obscuro, la piel delicada, el carácter muy vivaz, que producen un aspecto agradable; mientras que en la forma *tórpida* los cabellos son más ó menos rubios, los ojos de un azul amortiguado, la nariz y el labio superior son gruesos, la piel de color pálido mate, la facies abultada y el semblante estúpido. Cou frecuencia fluye de la nariz una secreción que enrojece y escoria el labio superior, el cual se abulta á manera de hocico rebasando el inferior; si los párpados sufren inflamaciones crónicas, se contraen espasmódicamente á la acción de la luz viva, y por esto, los niños se cubren siempre los ojos con las manos.

Por los cambios sufridos en los huesos de la cabeza y de la cara (cabeza cuadrada), los *raquíticos* despiertan cierta aversión, y los niños de pecho que heredaron de sus padres la *sífilis* serán fácilmente reconocidos por la nariz, algún tanto hinchada y con frecuencia deprimida al nivel de su raiz, por el flujo sero-purulento mezclado con sangre, que sale de las ventanas de las narices, por las escoriaciones en las comisuras de la boca que fácilmente sangran, y en fin por el tinte característico de la piel, que está también llena de neo-formaciones patológicas especiales (1).

---

(1) De una reciente y numerosa estadística (1000 casos), cosechada por el Dr. Mh. Miller en la Casa-cuna de Mos-

ACTITUD Y MOVIMIENTOS.

La actitud y los movimientos completan el cuadro de la fisonomía.

Los niños sanos duermen con los miembros superiores en flexión, de manera que las manos están colocadas al nivel del cuello ó del maxilar inferior, y los inferiores doblados sobre el tronco; en muchos los bordes de los párpados no se cierran del todo.

---

cou, se deduce que la *rinitis ulcerosa* y el *penfigo*, son generalmente los síntomas más precoces de la *sífilis hereditaria;* pero estas formas de la enfermedad no suelen ser las más frecuentes, porque la primera solo fué observada por el autor en la proporción del 58 por 100. Las *ragades*, que suelen tapizar las comisuras labiales, lo son más, pues fueron observadas en el 70 por 100; y con seguridad se las puede considerar como manifestaciones de una sífilis hereditaria, cuando después de cauterizaciones repetidas no solo no curan, sino que aumentan de volumen y se ulceran.

Otro síntoma excelente de la sífilis *congénita*, se encuentra ser la *pseudo-parálisis sifilítica* de las extremidades. Ha sido observada en el 7 por 100 de todos los casos estudiados por el autor, y en 40 de los 1000 fué el primer síntoma de esta diátesis. Pero lo que caracteriza más particularmente á la sífilis hereditaria, es, por un lado, el polimorfismo de las erupciones cutáneas que en ella se observan, y por otro la variedad de complicaciones que se producen en otros órganos.

La mayor parte de estos 1000 niños estaban flacos y atrofiados, y muchos de ellos habían nacido antes de término.—(N. del T.)

Durante la vigilia están los niños en contínuo movimiento, el cual parece ser automático; los ojos, desde la cuarta semana siguen á los de la madre; las manos se vuelven hacia los objetos que se les presentan ó hacia las mamas. Después de dos ó tres meses empieza la cabeza á sostenerse derecha; se consigue fácilmente sentarlos hacia el 4.° ó 5.° mes, y en el 7.° ó en el 8.° los movimientos son facilísimos, y los ejecutan en todas direcciones. Después de los 9 meses los niños procuran sostenerse en pié; sin embargo, hay muchos que al año aún no andan solos (Billard).

Los *raquíticos* de cabeza abultada aprenden con dificultad y más tarde á sostener la cabeza derecha. Importa por esto tener en cuenta el desarrollo del sistema muscular, especialmente de la nuca, y si después del 4.° ó 5.° mes la cabeza oscila sobre el cuello de un lado á otro, á menos que no se presenten otros síntomas patológicos de origen nervioso, no se pensará en enfermedad cerebral congénita. A los 18 meses un niño que no se sostiene en pié ó no anda, debe inducir sospechas que sea efecto de algún estado morboso, y en primer lugar pensarse desde luego en el *raquitismo*. Los padres cuentan que sus hijos ó no daban un solo paso, ó si habían empezado á andar pronto se les había olvidado. Sostenidos de la mano y obligándolos á moverse, presentan una manera de andar que se puede comparar á la de los ánades (Henoch).

Excluido el raquitismo, convendrá emprender el

examen del sistema nervioso, y se encontrará fácilmente que la función de las extremidades afectas, depende ó de *vicio congénito de los huesos* y de las *articulaciones*, ó de *debilidad de los músculos*, ó directamente de *parálisis*, cuyo origen en gran parte, es dependiente de la *difteria*, de la *sífilis*, *afecciones de los centros nerviosos*, y finalmente de *causas mecánicas* de orden quirúrgico.

Es frecuente la tendencia de algunos niños á permanecer acostados sobre el vientre, y esto sucede para evitar la acción de la luz cuando existe una inflamación en los ojos (1); fuera de este caso se puede decir que no se reconoce otra causa (Baginsky).

Tenidos al pecho, muchos prefieren mamar acostados del lado derecho, porque de este modo evitan la presión del hígado sobre el estómago, lo que fácilmente les hace vomitar; y en casos de *pleuritis exudativa*, los niños maman acostados del lado afecto. En edad más avanzada, especialmente si el dolor pungitivo es algún tanto vivo, escogen como los adultos el decúbito del lado sano, y procuran evitar todo movimiento supérfluo. Muchos rehuyen el descansar en la cama y desde el principio de la enfermedad se vuelven voluntariamente escoliósicos. Si se observa la dirección de la columna vertebral, se verá que la convexidad de la columna desviada está vuelta hacia el lado sano, y esto por

(1) Especialmente la oftalmía escrofulosa. (Nota del T.)

que la parte enferma y doliente respire con más tranquilidad. Formado el exudado, tiene lugar la desviación en sentido inverso y se podrá por tales signos sospechar la afección pleurítica, que con frecuencia se desarrolla en la infancia de un modo latente, á falta de otros síntomas como la fiebre, el enflaquecimiento y así sucesivamente.

El decúbito de los enfermos de *pneumonía* es el dorsal. Si la disnea es poco intensa, muchos niños de pecho prefieren estar en los brazos de su madre y con la cabeza apoyada sobre el hombro de ésta, pero los mayores se sientan sobre el lecho. La ortopnea, según Baginsky, es muy rara. Si la disnea es grave, la agitación es máxima, igualmente si están en ejercicio síntomas de sofocación. En el crup, por ejemplo, los pequeñuelos se arrojan de la cama y se cogen á los brazos de los que les asisten, pero pronto se dejan caer abatidos, gesticulan con las manos y las llevan ansiosamente al cuello como para quitarse una cosa que impide la respiración, y si la asfixia aumenta, caen en el sopor y apenas ejecutan ya ningún movimiento. Sucede lo mismo en todas las *enfermedades consuntivas,* en las cuales el enflaquecimiento y la postración alcanzan un cierto grado.

La agitación contínua y el cambio repetido de posición en la cama puede ser el efecto de una *fiebre alta.* Si ésta se mantiene alta y el niño está tranquilo, esto será un hecho grave, indicará una debilidad en aumento, lo que con frecuencia

se encuentra en las *enfermedades infectivas* de terminación frecuentemente mortal.

En la *peritonitis* permanecen en decúbito supino, evitan todo movimiento y se asustan con solo ver acercarse las personas que les prestan sus cuidados; como en la *pleuritis,* igualmente descansan en la cama del lado del exudado; cuando éste se forma, se encuentra en gran cantidad (Mayr).

En las *inflamaciones del intestino* están sumamente inquietos y fastidiados, de un modo particular si sufren de cólicos; en cuyo caso ponen en contínuo movimiento las extremidades inferiores, ora encogiéndolas sobre el vientre, ora apartándolas de él. Con la expulsión de gases ó de materias fecales, sobreviene la calma; y se repite la escena al iniciarse la neuralgia. Si la *enteritis* es grave, las copiosas excreciones diarreicas producen tal postración, que les es imposible cualquier movimiento.

Tendréis ocasión de observar niños que aún no andan, y cuando se prueba á levantarlos ó acostarlos contraen el rostro como movidos por dolor y gritan, ó bien caminan, pero de un modo rígido; lo mismo sucede cuando se les sienta, ó se les inclina, ó se les mueve; todo esto os debe dar á entender la sospecha de una *espondilitis* que se está formando (Politzer). Henoch da mucha importancia á la posición de las manos, porque siempre indica el sitio del dolor; y en efecto, durante la *dentición,* las manos son llevadas contínuamente á la boca; al cuello en las

enfermedades de la laringe; á la nariz ó al ano en la *helmintiasis;* al vientre durante los *accesos de cólico;* al pubis en las *afecciones de la vegiga;* á los órganos genitales en los *calculosos;* á las orejas en las *otitis;* á los cabellos, que llegan á arrancarse, en casos de *hidrocéfalo* ó de *meningitis.*

En algunas *afecciones cerebrales* apoyan fuertemente la cabeza en la almohada, indudablemente por la gran excitación de los nervios que animan los músculos de la región cervical posterior.

El movimiento perezoso y después la fijeza de los ojos en el espacio por largo tiempo, la mirada incierta, y que no fija los objetos, unido al movimiento, también perezoso de los párpados, son para Politzer síntomas prodrómicos de *afecciones cerebrales.* Ha sido observado frecuentemente en el *idiotismo congénito* el mirarse contínua, automática é inmotivadamente las manos.

En el *corea menor* los movimientos de las extremidades y de todo el cuerpo son de tal manera clásicos, que es imposible olvidarlos una vez vistos. En los casos de cierta intensidad es difícil la marcha, á menudo los enfermos tropiezan y caen, y hasta sentarlos, en casos todavía más graves, se vuelve imposible.

Los movimientos de las extremidades superiores en aquellos que sufren *hidrocéfalo crónico,* recuerdan los de la *corea.* Presentándoles varios objetos, ejecutan movimientos desordenados, no suficientes cuando se deciden á quererlos cojer. Co-

locados en pie, no permanecen derechos, ni menos andan, pues los más cruzan las piernas.

Durante el curso de la segunda semana en que se inició la *meningitis*, los niños, si están en condición de expresar sus sufrimientos, refieren tener vahidos y ruegan á la madre los sostenga, tanto si están acostados, como si están sentados, de lo contrario están ciertos de caer. Más tarde, en el sopor, se presentan regularmente con una pierna en extensión y la otra en flexión, por donde adoptan en verdad aquella posición llamada por los franceses *de gatillo de fusil*.

Por el modo de andar, el médico vendrá en conocimiento de la existencia de contracturas ó de parálisis, y para conocer el origen de éstas se procederá como después diremos.

Es digna de ser mencionada la marcha característica de los niños que sufren de *parálisis pseudohipertróficas:* avanzan con las piernas abiertas y vacilantes, tocando el suelo con la punta de los pies. Si se dejan caer, para levantarse apoyan la mano en el suelo, después la apoyan en el muslo, y así se hallan en pie. En el último estadio de la enfermedad, aumentada la debilidad de las extremidades superiores, les es imposible el ponerse en pie, y los movimientos que ejecutan son torpes, pesados, incapaces y nulos.

En el curso de las enfermedades puramente pertenecientes á la cirujía se averiguará del mismo modo las modificaciones, ya en la posición, ya en

los movimientos; pero de éstas no nos ocupamos aquí.

GRITO Y VOZ.

En los niños sanos el primer grito, emitido en la vida extrauterina, es fuerte, claro, sin duda ocasionado por la influencia brusca del aire sobre la piel y el aparato respiratorio.

En seguida los pequeñuelos gritan por la necesidad que tienen de alimentarse, de dormir, de moverse, de cambiar una posición penosa, y para manifestar su enojo, el dolor, y la impaciencia. Considerado así el grito es para los recién-nacidos y los niños de pecho, lo que la voz y la palabra son para los adultos.

Los pediatras pusieron todo su ingenio para conseguir estudiar con todo cuidado este medio de expresión de las necesidades y de los sufrimientos, é indicaron reglas para distinguir el grito motivado por el dolor del ocasionado por otra causa.

Si no hay ocasión de escuchar el grito cuando se examina el niño, se puede sacudirle ligeramente, para obligarlo á gritar.

Se halla escrito en algunos libros de patología que el grito producido por la cólera ó la incomodidad se manifiesta por un chillido prolongado que acompaña la espiración, con predominio de las vocales *a* ó *e*, mientras que aquella expresión de sufrimientos comprende más bien la vocal *i*. Estos

caracteres, como se verá en la práctica, no tienen un gran valor; se necesitan observar muchos elementos para poder juzgar de un grito patológico, y estos son: la fuerza, la frecuencia, la obstinación con que tiene lugar, el conjunto particular de la fisonomía, la poca ó ninguna influencia ejercida sobre la atención por una luz, por un espejo, por un reloj, etc. El largo ejercicio en la práctica de los niños da seguridad al juicio; y nosotros no sabremos de otro modo describir á los lectores el grito doloroso, sino poniéndoles á la vista un niño de pecho á quien haya acontecido la fractura de un miembro. Es absolutamente imposible confundir los gritos, que él emitirá á la palpación de los fragmentos óseos, con aquellos que dependen de simple incomodidad. Observaréis á menudo un temblor evidente de los labios y de los brazos, y en los casos de dolor verdaderamente intenso la madre referirá la desazón contínua y el rechazo á tomar el pecho.

Tuvo á bien Billard el instituir análisis y clasificaciones minuciosas. Distinguió en el grito del recién-nacido dos períodos, el del grito propiamente dicho, fuerte, extenso, que tiene lugar en la espiración; y el de la 2.ª parte (reprise) que tiene lugar en la inspiración. Valleix consideró el grito en sus modalidades; y por consiguiente la *intensidad*, la *forma*, el *timbre*, y la *duración*. Por su *forma* el grito puede ser *incompleto* ó *imperfecto*, *difícil*, *ahogado;* por su *timbre*, *agudo*, *velado*, *velante;* por su

duración, breve ó precipitado, interrumpido ó sollozante.

Si se considera que el grito en sí no es más que el resultado de dos funciones, esto es, la espiración de una columna de aire expulsada con más ó menos fuerza, y las vibraciones de las cuerdas vocales, es claro que de los cambios á que será sometido, dos cosas se podrán en cierto modo deducir, estas son, la *constitución* del niño y las *afecciones del aparato respiratorio.* Un niño robusto y bien desarrollado, tendrá un grito fuerte, porque dispondrá de mucha energía en el funcionalismo de los músculos espiratorios; en cambio otro indivíduo atrófico emitirá delicados lamentos; el primero hará oir un timbre claro ó dará lugar á un grito ronco, según que la mucosa de la laringe se encuentre ó nó en su estado normal.

En general puede observarse que las alteraciones del grito propiamente dicho se verifican en las *enfermedades de los bronquios y de los pulmones,* los de la 2.ª parte *(reprise)* en las *afecciones de las fauces, de la laringe y de la tráquea.*

El *grito imperfecto* está caracterizado por la debilidad del primero ó del segundo período, y este es siempre manifestación de la *atrepsia infantil,* la *atelectasia pulmonal,* la *adinamia,* la *inanición.*

El *grito trabajoso,* que acaba siempre como un lamento, es signo seguro de afección grave de órgano importante *(pneumonia, enteritis, peritonitis).*

El *grito ahogado,* esto es, cuando se oye la se-

gunda parte, demuestra que el aire no pasa libremente y no llega á los alvéolos pulmonares *(pneumonía, colapso pulmonal, estenosis de los conductos aéreos; laringitis graves, oclusión de la glotis)*.

El *grito agudo ó estridente es propio de las irritaciones de la laringe y de la tráquea (cuerpos extraños, crup, laringitis estridulosa)*. Es muy semejante á éste, el *grito cerebral* de Coindet, que es único, muy fuerte y agudo y se repite á intérvalos muy lejanos *(meningitis, meningo-encefalitis,* etc.) El *grito freno-glótico* de Bouchut aparece al final de los accesos en el *espasmo de la glotis,* y semeja, como dicen los franceses, al *hipo*.

El *grito velado* revela el catarro de las *vías respiratorias* (Vanier); el *balante,* la *angina edematosa* (Billard); el *sollozante, la angina sofocante* y las *afecciones nerviosas del aparato respiratorio,* por demás raras (Vanier); el breve pertenece á los *cólicos,* al *ileo* y á la *peritonitis*.

El asiento de la enfermedad, además de los caracteres del grito, es sospechada con frecuencia por algunas circunstancias que acompañan á este último. Debemos recordar entre otras la posición de la mano, de la cual ya nos hemos ocupado, y el momento en que se exaspera ó viene á ser provocado. Con la tos se origina por lo común el dolor en el interior del pecho, que termina al cesar éste; con la tos se exacerba la *cefalea* y el *dolor de la peritonitis*. El grito por *dolor cólico* se acompaña de la retracción y extensión de las extremidades inferiores y

se despierta deprimiendo la pared abdominal tensa y resistente. Los pequeños que gritan durante la defecación sufren de *fisuras* en el ano; si al principio y durante la micción penosa, se fijará la atención en las *vías urinarias (fimosis, blenorrea, vicios congénitos del orificio uretral, calambres de la vegiga, afecciones de los riñones)*.

Aunque no muy frecuentes, también suelen presentarse en los niños accesos de *cólicos nefríticos* por excesiva acidez de la orina; en tales casos, unidos á los gritos dolorosos y repetidos, no faltan otros síntomas que suelen encontrarse en la edad adulta. En las *afecciones articulares* el movimiento impreso á las extremidades despierta dolor y de aquí el grito. Los pequeños *raquíticos* están siempre de mal humor é irritables, y parece que sienten dolores comprimiéndoles los huesos, ó levantándolos por debajo de los brazos, de ahí los gritos agudísimos que profieren. Esto sucede de una manera más notable en el *raquitismo general agudo*. En la *pesadilla* el grito es penetrante, violentísimo; dura dos ó tres minutos; está acompañado de angustia y extrictamente sucede una ó dos horas después que el niño está adormecido.

Muchos niños de pecho gritan incesantemente, durante el día y la noche, sin un motivo apreciable. Estos niños, justamente llamados *tristes* por las nodrizas, pueden llevar el germen de una grave enfermedad, como la *meningitis tuberculosa;* y con este motivo el médico debe ser muy reservado so-

bre el juicio que es suplicado por los desesperados padres.

En los más creciditos, cuando está ya en aptitud la función de la palabra, la voz puede ofrecer caracteres interesantes que hagan sospechar una enfermedad.

La voz *ronca* corresponde á las *afecciones de las primeras vías respiratorias;* y puede ser un síntoma importante de la compresión del vago ó del recurrente, por parte de los *gánglios bronquiales* y *traqueales tumefactos* (Henoch y Romberg). La voz nasal ó trémula debe hacer sospechar ó la *hipertrofia de las amígdalas,* ó el *ozena sifilítico* ó la *parálisis del velo del paladar por la difteria.*

Si falta la voz (disfonia, afonía), esto sucede en la *sífilis hereditaria,* en la *difteria,* en el *esclerema, atelectasia,* en las *grandes afecciones cerebrales,* en las *disneas graves,* en el *colapso,* en las *fiebres* de alto grado. En las *neurosis,* como sucede en la *histeria* de los adultos, según Roger, no se ha observado nunca la total extinción de la voz.

PIEL Y MUCOSAS.

El examen de la piel nos lleva al diagnóstico ó de una enfermedad general ó local. En el segundo caso el pediatra debe estar muy práctico en el conocimiento de la dermatología.

La piel del recién-nacido está cubierta de una

substancia llamada *barniz caseoso,* constituída por la secreción glandular mezclada con células epiteliales: dicha substancia en algunas regiones es muy espesa y tiene por objeto protejer al feto de la maceración de las aguas del útero. Un día después la piel se presenta de un color rojo más ó menos intenso á causa del estado hiperémico, pero gradualmente tal coloración disminuye, y la piel en una semana adquiere su color natural.

Por incompleto funcionalismo de los nervios vaso-motores en la piel de los niños, si se deprime ó frota se presentan manchas de color rojo que duran un cierto tiempo.

El fenómeno se hace más patente cuando está afectado el sistema nervioso central, y constituye un punto de apoyo para el diagnóstico (manchas de Trousseau en la *meningitis).*

La *palidez,* que es siempre más notable en los puntos normalmente más coloreados de rojo subido, como en el rostro y en las mucosas visibles, alcanza un grado notable en la *asfixia* de los recién-nacidos en la forma llamada *pálida,* y más tarde en la *anemia, leucemia* y *pseudo-leucemia.*

La *tuberculosis,* la *nefritis escarlatinosa,* la *diarrea crónica,* la *nutrición defectuosa,* la *mala higiene* de las habitaciones, la *consunción orgánica exajerada* (fiebres), las *hemorragias,* la presencia de *exudados* y *trasudados* traen consigo la palidez persistente de la piel, mientras que esta es pasajera durante el estadio del *frío inicial de la fiebre,* después de las *in-*

fluencias psíquicas, y durante las *afecciones cardíacas.* La palidez mortal que sobreviene en la *pulmonía* y en el último estadio de *crup* es el precursor de gran peligro, porque revela la participación del sistema nervioso.

El tinte *térreo amarillento* acompañado de desórdenes en la nutrición es propio de las *caquexias* (malaria, degeneraciones, neoplasmas).

La coloración rojiza se presenta en todas las enfermedades que existe una temperatura elevada, y entonces es general. En el principio de ciertas *enfermedades del aparato respiratorio (pneumonía, pleuresía)* el color rojo obscuro de la cara y la ligera coloración cutánea á manchas, engañan fácilmente al médico, el cual espera una *escarlatina* ó una *fiebre gástrica* (Rilliet y Barthez).

La rubicundez está frecuentemente limitada á determinadas regiones, por ejemplo, á las mejillas *(meningitis tuberculosa, pulmonía).*

Muchos niños cambian con frecuencia de color: la cara pasa del rojo á la palidez extrema, y esto sucede por una cierta *debilidad erética* ó porque están predispuestos á la *tuberculosis.* Verificándose esto durante el curso de una enfermedad, tiene un valor pronóstico de muerte inminente (Baginsky).

El color amarillo de la piel se presenta accidentalmente en ciertas *enfermedades* del *aparato respiratorio (pleuresía, pulmonía,* Monti), y mientras en los adultos es síntoma de *absceso metastático* en los pulmones durante la *puohemia;* en la edad infantil

la coloración amarillenta no ha sido observada en los *abscesos septicémicos* del pulmón (Steffen).

Si se presenta á vuestros cuidados un recién-nacido, del segundo ó tercer día del nacimiento, con color amarillo de la piel más acentuado en la frente, al rededor de la boca, en el tronco, menos á las extremidades, coloración que á la presión aparece de un hermoso tinte anaranjado, debéis pronto caer en la idea de la *ictericia de los recién-nacidos,* que es una enfermedad especial de esta edad, favorecida por la debilidad de causas desfavorables durante el parto, de la influencia del frío, de la atelectasia pulmonal, etc. Esta ictericia, que cuando se complica con otras afecciones, es mortal, no debe ser confundida con aquella que es dependiente de *obliteración ó falta congénita de las vías biliares,* y con la otra de naturaleza maligna que es producida por infección puerperal de la herida umbilical.

En edad más avanzada la ictericia se presenta por *catarro del duodeno* ó de las *vías biliares (primitivo ó secundario),* ó por helmintos introducidos en el conducto coledoco ó hepático.

Otro cambio en la coloración de la piel está representado por la *cianosis,* que puede difundirse por todo el cuerpo, ó limitarse á regiones especiales.

Tendréis ocasión de encontraros ante un niño cuya coloración es de un hermoso azul violeta, especialmente en las mejillas, en la punta de la nariz, en las uñas, en la mucosa de la conjuntiva, de la lengua, etc. A los gritos, durante el llanto, en el

acto de mamar, bajo la acción del aire frío, esta coloración se hace más obscura. Este cuadro es dependiente de *vicios congénitos del corazón,* de *atelectasia congénita* y de *asfixia de forma hiperémica.*

Durante los accesos de *tos convulsiva,* en el *crup,* en la *laringitis espasmódica,* en el *edema de la glotis,* en el estado del *frio de la fiebre malárica,* la cianosis del rostro alcanza un grado extremo.

En el *esclerema,* las extremidades están cianóticas, mientras que el resto de la piel es de un color amarillo sucio.

En la *metamórfosis aguda adiposa* y en la *enfermedad de Vinckell* (enfermedad por demás rarísima), la piel se presenta de color obscuro, muchas veces combinado con el amarillo por la frecuencia de la ictericia.

Al estudio de la cianosis se une el del *edema* y el de la *hidropesía.*

La piel afecta del llamado *edema de los recién-nacidos,* es tensa, pastosa ó dura; á la palpación según el grado de infiltración, da coloración amarillenta ó rojiza, aquí y allá jaspeado. Se parece por sus caracteres al esclerema y suele depender de erisipela, de debilidad cardíaca, de atelectasia pulmonal y también de nefritis (Elssässer).

En los *vicios congénitos del corazón* el edema se encuentra muy raramente. La debilidad cardíaca es causa de edema en la *leucemia,* en la *tuberculosis,* en las *diarreas* prolongadas, y también en la *atelectasia pulmonal* y las *afecciones de los gánglios bron-*

quiales. La *perfrigeración* determina frecuentemente en los niños, edemas, y se ha observado con frecuencia el edema periódico por *infección malárica*.

En la *tos ferina* los enfermos tienen los párpados hinchados por infiltración edematosa. Gerhardt y Huguenin llamaron la atención del edema de los párpados superiores ó de la mitad de la cara en los casos de *trombosis del seno trasverso*.

En otras afecciones, que producen un estado hidrohémico ó compresión, el edema y la hidropesía tienen el mismo valor semeiótico que en la edad adulta. Lo mismo puede decirse respecto á las hidropesías de enfermedades abdominales, especialmente del peritoneo.

No conviene descuidar el funcionalismo de las glándulas sudoríparas.

Los *sudores* generales son algún tanto raros, y Steffen no ha observado nunca sudores en los niños tísicos; en los mayorcitos los sudores coliquativos son por lo demás moderados, y no prefieren, como sucede en los adultos, regiones determinadas (Monti).

En las *enfermedades agudas* la secreción del sudor puede ser abundante; es de malísimo presagio si se presenta con persistencia de fiebre y frecuencia de pulso, porque entonces esto indica desórdenes del sistema nervioso central, como se verifica, por ejemplo, en aquellas *pneumonías* en las cuales la fiebre no cede al séptimo ó al octavo día.

Por el éxtasis de la sangre durante la dispnea

que se presenta en los enfermos de *crup*, de *bronquitis capilar* y otras, el sudor aparece en la cabeza, el cuello y el pecho. En el último estadio de la *meningitis tuberculosa*, el sudor corre en forma de claras y gruesas gotas por la frente y mejillas.

El sudor de la *escrófula y raquitismo* es profuso, particularmente en el occipucio, durante la noche, hasta el punto de mojar la almohada.

El *enfisema* de la piel es, como en los adultos, un fenómeno rarísimo. Ha sido observado por Roger, y Henoch lo ha visto producirse en el pecho y en el cuello de un tísico.

Por medio de la palpación se examina la *delicadeza y elasticidad* de la piel, que han sido perdidas en aquellas enfermedades de los recién-nacidos que dependen de debilidad congénita ó adquirida, como en el *esclerema*. La piel está fuertemente tensa, lisa; no se desliza fácilmente sobre las partes subyacentes á las cuales parece adherirse, ni es posible imprimir el hoyo característico de las infiltraciones edematosas. La afección puede estar generalizada á todo el cuerpo y también á la cara, en cuyo caso es fácil la confusión con el *trismus*.

La presencia de cicatrices en la piel (por *supuraciones* de los *gánglios, huesos, articulaciones, sífilis ó lupus)*, debe considerarse en el *estado actual*, porque contribuye á dar luz sobre el pasado, y puede hacer valuar bien el pronóstico, tratándose especialmente de *enfermedades del pulmón*.

Del examen de la piel sacamos datos muy im-

portantes para el diagnóstico de algunas *enfermedades infectivas* y *constitucionales*.

La *erisipela de los recién-nacidos*, originada por enfermedad general *(puemia, septicemia, infección puerperal* de la madre) ó de una herida, por ejemplo, del ombligo, del pene en la circuncisión, es de fácil diagnóstico: la piel es de rojo intenso, tensa, frecuentemente edematosa, con infiltraciones y vesículas en regiones limitadas ó en todo el cuerpo. En los niños de pecho y en los más crecidos las causas se deben buscar en las *heridas (vacunaciones, traqueotomía, eczema del cuero cabelludo, escoriaciones de los órganos genitales ó del ano, eritema intértrigo y rinitis crónica)*.

La rubicundez escarlata más ó menos intensa es de la *escarlatina:* es debida á la reunión de innumerables puntos rojos, separados los unos de los otros por pequeños espacios pálidos y que deben observarse muy de cerca. La piel por la palpación está áspera, á la presión palidece para reaparecer pronto roja apenas cesa la acción del dedo. El exantema se presenta primero en el cuello y sobre el torax, algunas horas más tarde en los brazos y cara, en el espacio de un día se extiende por el tronco y á las extremidades inferiores.

El exantema del *sarampión* está constituído por pápulas del grosor de la cabeza de un alfiler ó de una lenteja, de un rojo vivo y muy aplastadas. Se inicia la enfermedad en primer lugar en la cara, en las sienes y después en las orejas, y se propaga

en 24 horas por todo el cuerpo. Cuando la erupción es completa, las pápulas se vuelven manchas del grandor de una habichuela, redondas en forma de media luna, de bordes irregulares. A la presión, desaparecen momentáneamente.

Las manchas de la *roseola* son pequeñas, del tamaño de una lenteja, de coloración rojo vivo, ordinariamente en el centro más obscuras que en los bordes, de forma irregular, poco ó nada levantadas sobre el nivel de la piel sana. De la cara, se esparcen rápidamente al pecho, vientre, espalda, y últimamente á las extremidades.

Los niños enfermos de *varicela* tienen manchas rosáceas, sobre las cuales, en breve tiempo, se producen pequeñas vesículas llenas de un líquido claro, que después de pocas horas se desecan, dando lugar á costras pequeñas, que pronto caen.

La *roseola tífica* es un elemento importante para el diagnóstico del tifus; también la *difteria* suele presentarse con *erupciones maculosas* y *eritematosas*.

Las *hemorragias* de la piel se observan del mismo modo en el *tifus*, como igualmente en la *escarlatina*, en el *sarampión*, en la *endocarditis*, en los *procesos sépticos* y en la *púrpura simple*.

En la hemorragia de la piel, si participan también las mucosas (nariz, encías), entonces la forma clínica que se tiene delante es la *púrpura hemorrágica*, en la cual toda la superficie cutánea presenta el aspecto de una piel de leopardo.

También en la piel se notan las principales loca-

lizaciones de la *sífilis hereditaria*. En algunos niños se encuentran en el rostro, tronco, manos y planta del pie, *manchas* de color rojo, un poco obscuro, redondas, de varios tamaños *(sifiloderma maculosa)*; en otros, las manchas se elevan sobre la piel y constituyen verdaderas *pápulas* de un color moreno ó rojo sucio, desprovistas de epidermis, por lo que se presentan húmedas *(sifiloderma papulosa)*, ó bien cubiertas de *escamas*, que fácilmente se separan *(sifiloderma escamosa)*, ó dispuesta en la forma figurada *(psoriasis girata)*.

Entre las formas ampulosas sobresale el *pénfigo de los recién-nacidos;* su asiento predilecto es la palma de las manos, la planta de los pies, el cuello, la axila, las ingles; las ampollas, por lo general, están medio llenas de líquido, después flácidas; se implantan sobre un fondo lívido; son ordinariamente confluentes, del tamaño de una lenteja, y hasta el de una avellana; y si se revientan, dejan una superficie húmeda y escoriada, en algunos puntos cubierta de epidermis seca. Este *pénfigo* de naturaleza *sifilítica* no debe ser confundido con la forma *simple* ó *aguda;* un carácter importante que le diferencia, es, que aparece en las regiones donde la piel es más delicada, que son las más atacadas por la sífilis.

Son menos frecuentes las formas *nudosa, pustulosa* y *eczematosa*.

Las *escoriaciones*, las *ulceraciones* y los *condilomas aplanados* aparecen en la vecindad del orificio

anal, y este examen no será olvidado en la investigación de la sífilis (1).

Entre las afecciones cutáneas propiamente dichas que el médico de niños tendrá ocasión de observar con más frecuencia, están el *eritema*, el *eczema impétigo*, el *prúrigo*, *telangiectasia* y el *lupus*.

El *eritema* está constituído por *manchas* rosáceas de tamaño y forma variables, diseminadas en distintas regiones. Si además de la hiperemia, existe

---

(1) Otro sitio frecuente, según el Dr. Sevestre de París (*Etudes de clinique infantile*, 1889), es la extremidad superior del pliegue semicircular que separa del cráneo el pabellón de la oreja; pudiendo por esta particularidad distinguirse de los eritemas y hasta erosiones que á menudo se observan en los niños mal cuidados y que generalmente ocupan el segmento postero-inferior de este pliegue, correspondiente al pulpejo.

Hay que tener en cuenta, según el mismo autor, que relativamente á la frecuencia de estas ulceraciones sobre las nalgas, parte posterior de los muslos y escroto, el que estas regiones están casi constantemente irritadas (en los niños de pañales) por las materias fecales y la orina; no pudiéndose en consecuencia deducir ningún elemento positivo para el diagnóstico, ni del carácter, ni hasta de la existencia de estas ulceraciones: lo que en tal caso resulta característico, es, no la ulceración misma, sino la lesión que la ha precedido (ampolla de pénfigo, placa mucosa, etc.), y sobre la cual se ha desarrollado aquella.

Por otra parte, las ulceraciones observadas en la sífilis, suelen ser superficiales (dice Parrot), y cuando se ve que el trabajo destructivo ataca las partes profundas, debe sospecharse la tuberculosis. (N. del T.)

infiltración, toma el nombre de *nudoso, papuloso, marginado, urticado.* Aparece con frecuencia en primavera, á continuación de ciertas *enfermedades febriles (reumatismo, tifus, difteria),* con el uso de algunos *medicamentos (quinina, cloral),* en la vecindad de *heridas, úlceras, pústulas* de *vacuna, eczemas;* y no debe confundirse con la *erisipela,* de la cual principalmente se distingue, por la forma de las *manchas,* que no tienden á ensancharse. Henoch entiende por *eritema papuloso,* aquel exantema que se conoce con los nombres de *roseola primaveral, otoñal* y *estival infantil,* y que el vulgo llama *sarampión falso* (colorado). El *eritema* que se encuentra en las regiones del ano, de los órganos genitales, en las ingles y en la superficie interna de los muslos, en los niños de pecho, y que con frecuencia invade toda la piel, se llama *intértrigo.*

El *eczema impetiginoso* ó *costra láctea,* aparece en la frente, en las mejillas, en el labio inferior y en la barba, pocas semanas después del nacimiento y durante la lactancia. Está constituido por *pústulas* y *vesículas,* que, al romperse, dejan salir una secreción amarilla, purulenta, que en la superficie se deseca bajo la forma de *costras,* bajo las cuales permanece la secreción.

El *prúrigo* se conoce en los *granitos* de color pálido, extendidos en el tronco y en la parte externa de las extremidades, y en el prurito vivaz que despierta.

La *telangiectasia* es congénita y ordinariamente

se encuentra en la cara, con el nombre de *deseos maternos*, de *nœvus* y *angioma*.

El *lupus* es una enfermedad de curso lento y que se inicia en la edad de la juventud. Está caracterizado por el desarrollo de pequeños tubérculos, duros, redondos, de color rojizo, que creciendo mucho más, forman tumores nudosos más grandes, los cuales, en parte, se deprimen en el centro dando lugar á una cicatriz lisa, cóncava, de color rojo azulado, y en parte, se ulceran cubriéndose de *costras* (forma *hipertrófica, exfoliativa, ulcerosa* y *serpiginosa)*.

Las regiones predilectas son la cara, especialmente la nariz, la frente, los labios y las mejillas; en las extremidades, en la vecindad de las articulaciones, se desarrolla bajo la forma *serpiginosa*.

El resto de las enfermedades cutáneas se presenta en los niños como en los adultos. Quédanos aún por decir algo de las enfermedades de los apéndices de la piel, es decir, de los *pelos* y las *uñas*.

El recién-nacido está cubierto de *finísimo vello*, que á veces es visible en el rostro, pero poco á poco desaparece. Los *cabellos* son, por regla general, finos, largos apenas del tamaño de una pulgada, rubios ó negros, y dan lugar, durante el primer año, por su mezcla con el sebo cutáneo y laminillas epidérmicas exfoliadas, á la *seborrea de la cabeza*. La *seborrea* desaparece por sí al final del primer año, y se complica alguna vez de *eczema*. Los cabellos del nacimiento caen y son sustituídos por otros de color

siempre más obscuro; su ausencia absoluta no es siempre un hecho patológico, pueden aparecer más lentamente, y muchas veces más tarde que de costumbre.

En el *hidrocéfalo crónico,* los cabellos crecen claros, en mechones distantes unos de otros; y de una manera más pronunciada sucede esto en la *craneotabes.*

La *alopecia* no es siempre efecto de la *sífilis hereditaria,* puede ser el resultado de algunas *fiebres infectivas (erisipela, tifus, escarlatina, sarampión),* de *eczemas crónicos,* de *impétigo, favus,* etc.

Hase observado un desarrollo exagerado de los cabellos, especialmente sobre la frente y la nuca, en sujetos *escrofulosos* y dispuestos á la *tisis.*

La *onixis* forma parte de la sintomatologia de la *sífilis hereditaria;* la uña está con frecuencia engrosada, deforme, parécese á una garra y puede ser despegada por supuraciones del dedo (1).

---

(1) He visto una niña afecta de catarro gastro-intestinal por espacio de cuatro meses, refractario al mejor tratamiento, y durante cuyo tiempo, un síntoma externo único, varios *abscesos debajo de las uñas* del dedo gordo del pie y de las manos, fué lo que me indujo á emplear un tratamiento específico, que le devolvió la deseada salud al cabo de algún tiempo. Sin embargo, y coincidiendo con el doctor Sevestre, citado, muchas veces hemos visto la lesión que nos ocupa, en niños que no presentaban ningún signo de sífilis; y Parrot había ya expresado la misma opinión diciendo que «esta enfermedad no excluye la inflamación periungueal, pero cuando los niños sifilíticos están afectos de

DESARROLLO Y NUTRICIÓN.

El niño sano, por el rico tejido adiposo de que está dotado, presenta plenitud y redondez de formas, tensa la musculatura, la piel elástica, el esqueleto bien conformado, mama con avidez y mueve los miembros con viveza.

El varón recién-nacido tiene una longitud de 50 centímetros, y la hembra de 49 cm. próximamente. Después, la longitud aumenta 20 cm. en el primer año, 10 cm. en el segundo y 7 cm. en el tercero. Del 5.° año al 16 el crecimiento anual es de cerca de 5 $^1/_2$ cm., de manera que la longitud del cuerpo se duplica en los seis primeros años (Quetelet).

Según Steffen, en el recién-nacido, la circunferencia de la cabeza es por término medio de 39 á 40 cm.; del sexto al duodécimo mes, de 40 á 45 centímetros, y crece gradualmente hasta 50 centímetros, límite que alcanza á los 12 años. Las equivalencias del cráneo con la cara son como de 8 á 1 en el recién-nacido; como 6 es á 1 en la edad de dos años; mientras que en los adultos es de 2 y $^1/_2$ á 1.

La circunferencia del pecho, medida por Repond, durante la respiración superficial ordinaria, en el

---

ella, no es á causa de la especificidad de su mal, sino porque éste los ha sumido en un estado de caquexia que favorece el desarrollo de aquélla.» Mr. Sevestre añade, que tal vez haya también aquí una influencia microbiana como la que él ha señalado para los casos de *ectima*. (N. del T.)

intérvalo que media entre la inspiración y la espiración, y al nivel de las tetillas, es de 39 cm. á los seis meses, de 45 cm. al año, de 47 cm. á los dos, de 52 cm. á los tres, hasta que alcanza 68 cm. á los 14 años. De todo esto se deduce, que la circunferencia del torax, crece más que la de la cabeza, y si en el tercer año, la circunferencia de la cabeza excede en su medida á la del pecho, quiere decir que está en acción el *raquitismo*. Para la *escrófula*, es característica una relación media entre la circunferencia de la cabeza y la del torax (Mayr y Liharzick) (1).

Debe medirse siempre con una cinta ordinaria, dividida en centímetros, la cabeza del niño cuyo volumen es de excesivo grosor.

Son suficientes las siguientes medidas: la de la *circunferencia*, que se toma al nivel del entrecejo y del tubérculo occipital externo; la del *diámetro trasverso*, de una apófisis mastoidea á la otra; la del *diámetro longitudinal*, de la raiz de la nariz á la protuberancia occipital externa (2).

---

(1) La circunferencia del torax en el nacimiento, es de 25 á 30 cm. próximamente. Esta es casi la mitad de la longitud del cuerpo y cerca del duplo de la espalda. Una medida mayor, se considera como un síntoma bueno, al contrario, una disminución de cerca de 8 cm. significa una debilidad física (Fröbelius).—*Fisiologia della infanzia e fanciullezza*. Virginio Massini, pág. 27, Génova 1886. (N. del T.)

(2) Las medidas de la cabeza de un niño sano y bien alimentado, al noveno día del nacimiento, según el profe-

Algunas madres corren agobiadas en busca del médico, porque creen á su hijo acaso atacado de alguna afección cerebral al observar su abultada cabeza. A menos que no se unan el raquitismo con hidrocéfalo crónico, bastará observar la inteligencia en buen estado, conservada la posición erecta de la cabeza, y los movimientos en el estado fisiológico, para asegurar á estas madres que el aumento de volumen de la cabeza es debido al *raquitismo* ó bien á la *hipertrofia del cerebro*, que por lo demás va unida á la misma raquitis, y es muy rara.

El crecimiento del organismo infantil, está retardado en la *nutrición insuficiente*, en la *escrófula* y en el *raquitismo;* está acelerado algunas veces, en las *enfermedades febriles*. Consecutivamente al *tifus* se verifica un extraordinario y notable crecimiento en longitud, especialmente en los huesos largos de los miembros inferiores, por lo que se forman en la piel estrías trasversales, primeramente rosáceas, y que

---

sor Auner de Mónaco, son: de 39 cm. por término medio en su circunferencia mayor; oscilando entre un máximum de 45 cm. y un mínimum de 30 cm., según los individuos.

De una oreja á la otra, cm. 21,6.

Del agujero occipital á la raiz de la nariz, cm. 23,625.

El diámetro trasverso de la cabeza, cm. 10,8.

El diámetro longitudinal, cm. 12,825.

La cavidad craneana del recién-nacido es de 482 centímetros cúbicos, viniendo á constituir un cuarto ó tercio del volumen del cráneo del adulto y crece tan rápidamente que en el 2.° año llega á medir 999 cm.

Virginio Massini, obra citada, págs. 21, 24. (N. del T.)

después toman el aspecto que tienen las estrías atróficas de las embarazadas (Köbner y Auboyer.)

El estudio de la cabeza, comprende el examen de las *fontanelas* y de las *suturas*.

En el recién-nacido sano, las *suturas* están cerradas por una substancia densa y las *fontanelas* son membranosas. Aplicando el dedo sobre la fontanela, podemos sentir las *pulsaciones cerebrales*, y con el estetóscopo, auscultar un ruido de *soplo*. Si el cerebro está cargado de sangre, dicha fontanela se presenta elevada, tensa, y la pulsación es más pronunciada; pero si existe hipohemia por cualquier causa *(atrofia, inanición, cólera)*, no solo se vé la fontanela deprimida, sino que frecuentemente los bordes del hueso frontal se encuentran más adentro que los de los parietales, especialmente cuando la sutura coronal no está todavía osificada. A la inversa ocurre con la fontanela *anterior*, que se cierra hacia el 15.°-18.° mes y las otras *fontanelas* desaparecen en los primeros meses; no faltan, sin embargo, casos, en los cuales la *fontanela* anterior se encuentra reducida al tamaño de un centímetro en el tercer año, sin que esto revele un síntoma patológico.

La abertura de las fontanelas, la división de las suturas y la movilidad de los huesos, junto con los datos suministrados por las medidas de la cabeza, concurren á establecer el diagnóstico del *raquitismo*.

Podemos ahora completar el aspecto de un niño

raquítico; aspecto que ya fué bosquejado al hablar de la fisonomía: la cabeza es abultada, la frente ancha y con prominencias, los huesos parietales muy aumentadas sus eminencias, de tal modo que hacen aparecer la sutura sagital como una hendidura.

La fontanela anterior se encuentra abierta en el 2.° y 3.° año de la vida, los bordes de los huesos son blandos y las suturas no están osificadas. Si los huesos del cráneo, y particularmente el occipital y los parietales, presentan puntos blandos comprimibles, apergaminados y formando islotes en la proximidad de las suturas, se tiene aquella forma clínica, la *craneotabes,* que según Elsässer es siempre patológica; no es esta empero la opinión de Friedleben y Ritter, pues éstos no la aceptan á menos que no existan al mismo tiempo otros síntomas que revelen el *raquitismo.*

Entre los huesos de la cara, el maxilar inferior tiene la forma de un polígono; el borde inferior del mismo está algo dirigido hacia dentro, de manera que los dientes no están implantados verticalmente, sino que convergen hacia adentro (Fleischmann). Las epífisis del radio y del cúbito están muchas veces tumefactas, las diáfisis, arqueadas hacia el lado de la extensión: todavía es más notable la curvadura de la tibia y del peroné en su tercio inferior, que hace aparecer el pié en una posición viciosa designada con el hombre de *pie varus.* En otro capítulo se estudiarán las modificaciones en el esqueleto del torax y de la pelvis.

Un recién-nacido del sexo masculino, pesa por término medio 3.300 gramos. El peso medio de un varón, supera en 120 gramos al de la hembra, y los niños de una multípara, pesan 120 gramos y las niñas 67 gramos respectivamente, más que los de las primíparas. Desciende el peso en los tres ó cuatro primeros días, cerca de 200 gramos, porque el cuerpo del niño vacía el *meconio,* y el producto de las pérdidas, está extraordinariamente aumentado, mientras por el contrario, es muy pequeño el aumento de la nutrición (Hofmeier).

Bouchaud, Quetelet y Fleischmann creyeron que el aumento del peso se verificaba de un modo regular; pero Hähner y Ahfeld han encontrado que este tiene lugar por saltos. El crecimiento más considerable, como se ve en las tablas de Hähner, tiene lugar en el 2.° y 4.° mes, y por lo general el peso se duplica en el 5.° y se triplica en el 12.° mes. El peso de aquellos que están sujetos á una alimentación artificial, se triplica en el 2.° año; y los niños alimentados al pecho, alcanzan en el 4.° año un peso mayor de 2.000 gramos (Russow). Camerer, en cinco niños de edad de 2 á 11 años, perfectamente sanos, encontró el aumento del peso muy irregular.

De todo esto se deduce que la balanza tiene una grande importancia en la práctica de las enfermedades de la infancia, ya que con este medio, podemos establecer con seguridad, el progreso de la nutrición y del desarrollo del cuerpo en los ni-

ños dados á nodriza, y las pérdidas que el organismo sufre, consecutivamente á los procesos morbosos.

Las balanzas, de variada construcción, como la de Odier, Blache y Druitt, pueden muy bien ser sustituidas por una del sistema decimal, que sea muy sensible. Se pesa al niño en el momento del nacimiento y se le vuelve á pesar á la misma hora durante la primer semana; al cabo de seis meses, basta pesarlo cada 8 días, y cada 14 días después del primer año. Biedert aconseja ejecutar dobles pesadas, una después que el niño haya mamado, la otra, si es posible, después de dos horas. En cada pesada, se deben tener en cuenta, las pequeñas oscilaciones, dependientes de las pérdidas producidas por las heces fecales y la orina (20-30 gramos).

La balanza sola, no puede dar resultados exactos respecto al desarrollo anormal de un niño: efectivamente, los *raquíticos* y los *escrofulosos* pesan mucho, porque en ellos se acumula mucho tegido adiposo; sin embargo, el desarrollo no es fisiológico. Selenski, en el *Segundo congreso de médicos rusos*, dijo que la manera ordinaria de pesar, no ofrece un dato seguro sobre la nutrición y la salud del organismo infantil, porque con ella no se llega á distinguir el aumento ó la disminución de los elementos necesarios á la vida, del aumento ó disminución del tegido grasoso contenido en éstos.

En vista de todo esto, propone determinar el peso del cuerpo y el peso específico, sabiéndose,

que, fuera del tegido grasoso, todos los demás tegidos son más pesados que el agua.

En verdad es cosa de todos conocida, que, del peso del cuerpo no se puede deducir una conclusión exacta respecto al estado de nutrición; y si la determinación del peso específico, como observa Lunin, es trabajo difícil, podremos en tal caso, comprobar los datos obtenidos por la balanza, con el examen objetivo del cuerpo, con el análisis de la orina, á fin de conocer la cantidad de ázoe y con el peso de las substancias azoadas introducidas y consumadas.

El *destete*, la *dentición* y las *enfermedades* producen una interrupción en el aumento del peso: un niño que pesaba á los 3 meses 3.570 gramos, un *catarro intestinal agudo* le hizo peder en 3 días 1.250 gramos; otro que pesaba 5.720 á la edad de 4 meses, perdió 1.870 gramos; con las *temperaturas elevadas* (39°5 á 40°) se comprobó la pérdida de 25 á 100 gramos al día (Demme). Según Uffelmann en las *enfermedades febriles agudas*, bajo un régimen de substancias proteicas, puede verificarse una suspensión en la disminución del peso, y al contrario dadas ciertas circunstancias favorables, podrá haber aumento en el mismo. En la *dispepsia*, en el *catarro intestinal crónico*, en la *enteritis folicular* y en el *cólera*, la disminución del peso depende del grado de la afección, de la duración de la misma, del estado primitivo de la nutrición, y de las complicaciones que le suceden. Sobre esta materia pueden consul-

tarse con gran provecho las investigaciones exactísimas efectuadas por mi amigo el doctor Miyamoto, en la policlínica de Monti en Viena.

En la práctica no siempre podremos tener á nuestra disposición la balanza, y entonces habrá que juzgar el enflaquecimiento y el grado mayor ó menor de atrofia, por el estado de nutrición del pequeño enfermo.

Las madres notan que su hijito día por día enflaquece. Si es de pechos, acusan á su propia leche, acaso poco nutritiva para la criatura, y quieren sustituirla con otra, que sea más saludable.

Despojado de los pañales, en que el niño está envuelto, se presenta á la vista un sér de tal aspecto, que con frecuencia mueve á la más viva compasión. Con los ojos tristes y extraviados ó semicerrados y lánguidos, esta infeliz criatura muestra debajo de una piel flácida, rugosa, amarillenta ó enrojecida por el *eritema*, toda la conformación del esqueleto, ya porque la musculatura haya casi desaparecido, ó ya porque esté reducida á cordones sutiles y comprenda en ellos todo el tegido adiposo. Los movimientos perezosos de las extremidades y el grito ronco, completan las líneas del cuadro miserable que constituye la *atrofia infantil*, ó la *atrepsia*, como quiere llamarla Parrot.

¿Qué es lo que ha consumido el organismo de esta criatura? Aun cuando las *enfermedades consuntivas de la madre* durante el embarazo, y en la práctica de los pobres, la *insuficiente ó defectuosa nutrición*,

la *falta* de *limpieza*, la *negligencia* de cuidado suficiente desde el primer período de la enfermedad y el *aire viciado* sean bastantes para dar razón del desarrollo de la *atrofia;* no debe descuidarse jamás, en primer lugar, la investigación de la *tuberculosis*, y después la de las *afecciones intestinales*. La *sífilis congénita* no conduce siempre á la atrofia, pero no será supérfluo investigar esta causa probable.

La *atrofia* limitada á determinadas regiones del organismo, por ejemplo, á las extremidades, es un *hecho congénito*, ó un síntoma de *afecciones nerviosas*. *(Parálisis infantil; parálisis cerebral atrófica, hidrocéfalo crónico, encefalitis, forma juvenil de la atrofia muscular progresiva de Erb, atrofia muscular progresiva de los niños, con participación de los músculos de la cara, estudiadas por Landouzy y Dégérine, espina bífida y parálisis periférica.)*

Otras veces combínase la *atrofia* y la *hipertrofia;* así sucede en una enfermedad propia de la edad juvenil, en la *pseudo-hipertrofia de los músculos;* mientras que los músculos de la pantorrilla, el cuadriceps y los adductores del muslo están hipertrofiados, el biceps braquial y los músculos pectorales están atrofiados.

SISTEMA GLANDULAR LINFÁTICO.

Puesto que las afecciones de las glándulas son casi siempre secundarias á enfermedades, tanto generales como locales, y la tumefacción es un sínto-

ma que no falta nunca; nosotros en ésta encontraremos especialmente una guía para la investigación de enfermedades diversas.

El que asiste á un niño *escrofuloso,* encontrará en todas partes grupos de glándulas de todas formas y tamaño, indolentes, más ó menos sensibles á la presión cuando se adhieren á la piel, ó tienden á la supuración. La tendencia de las glándulas hiperplásicas á la necrobiosis (caseificación), y á la supuración, es el carácter más importante de las *adenitis de los escrofulosos,* por el cual se distinguen de los *linfomas leucémicos* y *pseudo-leucémicos.*

Así en la *leucemia* como en la *pseudo-leucemia,* los tumores glandulares permanecen siempre inalterables, pudiendo el examen microscópico de la sangre servir de punto de apoyo seguro para diferenciar ambas enfermedades.

En la *leucemia,* que ataca la edad infantil en la proporción de 15 á 20 por 100 hasta los 10 años, presenta la sangre las siguientes modificaciones: los *glóbulos* blancos están en aumento y los *rojos* se encuentran en menor número, de modo que el cuarto de la masa sanguínea puede estar constituido por *glóbulos blancos;* estos son gruesos en la forma *esplénica,* ó bien pequeños con núcleos distintos en la forma *linfática.*

Las células eosinófilas de Ehrlich están aumentadas considerablemente; y no faltan *glóbulos rojos* nucleados. Klebs ha descrito *microcitos* y una especie de *monadina.* Bockendahl y Landwehr encontra-

ron además, en algunos, disminuida la hemoglobina, y en pequeña cantidad la *peptona, ácido láctico,* el *ácido succínico,* la *leucina,* la *tirosina* y la *hipoxantina.*

En la *sífilis* precoz ó tardía, las adenitis son pequeñas, duras, movibles, no siempre manifiestas. No es cierto que sean extraordinariamente raras, como quiere Bednar; pues aun después de curada la *sífilis,* continúan existiendo.

En la *erisipela* y *escarlatina* suelen presentarse gánglios tumefactos en las regiones de la axila, de la ingle, etc., que no suelen supurar; pero los del ángulo del maxilar inferior en la segunda ó tercera semana, de la escarlatina, suelen determinar con frecuencia un flegmón, capaz de producir la infiltración de toda la región inframaxilar, lo que recuerda la *angina de Ludwig.*

Los *exantemas* de la cabeza, las *inflamaciones crónicas de la nariz,* de la *garganta* y de las orejas, producen *adenitis* en la región cervical, mientras que en las *afecciones de la boca* y *de la dentición* están tumefactas las glándulas inframaxilares; y se desarrolla además edema en la misma región.

Las *heridas, la simple perforación* del lóbulo de la oreja con objeto de colocar los pendientes en las niñas, produce irritación en las glándulas vecinas.

Henoch, á propósito de las afecciones glandulares, suele hacer advertir que es un error creer que pueda tocarse una amigdala enferma por el cuello, pues á lo sumo, en casos tales, podrán apreciarse

los gánglios linfáticos tumefactos y la infiltración del tegido conectivo subcutáneo.

TEMPERATURA.

Determinar precisamente el grado de temperatura del cuerpo, no es posible mas que con ayuda del termómetro; en la práctica, la existencia de la temperatura elevada, es referida con mucha exactitud por la madre, y juzgada con bastante precisión por el médico con el simple tacto.

El termómetro se aplica ó en la concavidad de la axila, ó en la de la ingle, ó en el recto durante 10 ó 15 minutos. La aplicación en el recto economiza tiempo, pero el instrumento está amenazado de romperse. Yo suelo mandar poner el niño al pecho, y mientras tanto hago sostener á la madre el instrumento.

Filatow ha propuesto el uso de la columna mercurial de un termómetro de *mínima* previamente calentado, frotando la cubeta con las manos perfectamente secas ó con un pañuelo. La columna casi en medio minuto se eleva á 42° ó 43°; con cuidado se aplica el termómetro en la concavidad de la axila, donde el mercurio desciende lentamente, marcando la temperatura del cuerpo después de uno ó dos minutos. Manifiesta el autor, que se verifica un pequeñísimo error (por ejemplo, tratándose de una temperatura á 39° ó 40°, el error es de cerca de 0'1°, y en casos de temperaturas más bajas es de 0'2° á

0'3°); dice también que es necesario cierto hábito y práctica en la ejecución; no podrá verificarse este examen en los sujetos delgados y extenuados.

El recién-nacido al pasar al ambiente extra-uterino, sufre una disminución en la temperatura de 1'70° c., término medio, y entonces la temperatura desciende hasta 35'84°. Normalmente la temperatura de los recién-nacidos es de 37'6°, sigue una lenta subida hasta 37'7°, pero si al cuarto ó quinto día, la temperatura alcanza 37'8° á 38° c. ésta revela en el niño un estado patológico (Eröss) (1).

Según las horas del día suceden las oscilaciones, que fueron observadas por Pilz, Finlayson y Sommer; y en general puede decirse, que la temperatura sube en las horas anteriores al medio día, alcanza el máximum durante la tarde, para descender de nuevo hacia las seis de la tarde. El mínimum corresponde á las primeras horas de la mañana. Bajo un régimen nutritivo abundante y durante el sueño, desciende de 0'34° hasta 0'56° (Landois), disminuye también en los niños colocados en lugares obscuros (Demme) y permanece inalterable en los estados febriles de la madre (Wolff).

Los niños con afecciones de poca importancia

---

(1) Roger en su importante memoria *De la temperatura en los niños*, fundado en más de mil casos, asegura que puede existir una temperatura de 38'2° en la axila y 38'4° en el ano, compatible con la más perfecta salud y robustez. (El citado Virgilio Massini, pág. 478 y 488.) (Nota del T.)

tienen frecuentemente temperaturas elevadas hasta de 41°. La diferencia entre la temperatura de la mañana y la de la tarde, es más pronunciada que en los adultos. En los tres ó cuatro primeros meses, existe una tendencia al enfriamiento, que á veces llega hasta 30° *(defectuosa nutrición, pérdida de humores, insuficiente actividad en los pulmones)*. Cuanto más joven es el niño más fácilmente se verifican en él súbitos é instantáneos enfriamientos de las extremidades, durante los *períodos febriles*.

En *enfermedades graves, de fiebre muy alta*, como la *pneumonía*, la temperatura puede llegar á ser normal ó subnormal. Los *calosfríos*, en el comienzo de una *afección aguda*, son tanto más raros cuanto los enfermos tienen una edad más tierna, y si sobrevienen, son por lo regular incompletos y están sustituídos por convulsiones y en los mayorcitos, por delirio. Son notables los descensos de temperatura en ciertas enfermedades, como el *esclerema*, la *hidrocefalia* y en la *pneumonía* en el estadio crítico, y en algunas otras.

El aumento de nutrición y la actividad exagerada en el cambio nutritivo, producen síntomas febriles de la duración de 24 á 48 horas. El Sr. Casati, con nosotros, ha tenido ocasión de observarlos en los niños pobres enviados á los hospitales marítimos; después de la comida sienten una cefálea, más ó menos insistente, y fiebre hasta alcanzar 40° sin calosfríos iniciales.

Suelen presentarse también con rápidos creci-

mientos fiebres de curso agudo, subagudo ó crónico. Los niños se quejan de dolores en la proximidad de los cartílagos epifisarios, y hacen admirar á los padres por su rápido crecimiento en longitud (Reclus). Una muchacha de 11 años, observada por Guillier, creció 5 centímetros en 5 meses (1).

---

(1) La clínica moderna, dice V. Massini en su citada Fisiología, no cree tanto en las *enfermedades del crecimiento* como la antigua medicina, la que había exagerado su frecuencia y multiplicado las formas de una manera abusiva.

Sin entrar á discutir la importancia de una ó de la otra, *nec vetiribus nec recentioribus*, como decía Baglibio, pero deteniéndonos ante la verdad clínica, se reconoce que el crecimiento, los dientes y los helmintos han constituido en la patología infantil una trilogía que la absorbía demasiado, y que tan solo se encuentra actualmente en la opinión de algunos médicos, que no saben ó no quieren rebelarse á las preocupaciones del vulgo. Es necesario dar á estas tres causas de enfermedades de los niños, la parte que á cada una corresponda, sin caer en exageraciones.

La dentición tiene su patología, y como ella no es más que un fenómeno de evolución: no tiene nada que admirar, que el crecimiento tenga también la suya.

No debe, ni puede negarse la *fiebre* de la *dentición*, como también es necesario admitir *la del crecimiento*. Muchas *fiebres* llamadas *efémeras* ó designadas con el nombre especial de *sinocas simples*, en el niño, no son por lo regular mas que *fiebres de crecimiento;* y si aquél, fuera sometido antes y después de la fiebre, á medidas exactas, se llegaría á determinar la verdadera naturaleza de estos movimientos febriles. A esta fiebre pasagera, que tiene por resultado el aumento de la estatura, es necesario oponer la *fiebre consuntiva de crecimiento* que no se produce sino en

Para el diagnóstico de las enfermedades infantiles, en casos particulares, podrán servir de guía las temperaturas locales, como lo ha hecho Moncorvo en la *enteritis aguda* y *crónica*. En los sanos, la

---

los casos en los que, el crecimiento se verifica rápidamente, de un modo inusitado; y por el simple análisis clínico, es en extremo difícil separar esta de las otras formas de tisis.

Richard de Nancy ha sido quien mejor ha descrito los desórdenes variadísimos que el crecimiento anormal puede producir. Este ilustrado autor, ha señalado á este propósito, el enflaquecimiento general del niño, la flacidez de sus carnes, la blandura y flojedad de los miembros, la relajación atónica de los músculos de la cara, que dan á la fisonomía un sello de estupidez; la fatiga con sensación de quebrantamiento, al más mínimo esfuerzo, con el deseo de descansar consiguientes y una necesidad exagerada de dormir tal, que, niños no habituados por largo tiempo al sueño diurno, se entregan instintivamente á el. Coexisten con los anteriores síntomas, los dolores articulares, indicantes del trabajo que se verifica por parte de los cartílagos, y la tirantez que sufren los ligamentos articulares *(pericondritis epifisaria)*, y una debilidad de los esfínteres tal que, niños ya habituados á conservarse limpios, no pueden retener la orina y algunos la espelen sin advertirlo.

La palidez de la cara, el círculo plomizo de los ojos, y la aparición frecuente de la *phtiriasis* (enfermedad cutánea producida por los piojos), así como el estado de regresión intelectual que presentan con frecuencia los niños que crecen muy rápidamente (el niño parece retroceder ó descender del grado de inteligencia que ya poseía en la puericia, á una edad más tierna) constituyen un cuadro completo de la enfermedad de que se trata. (N. del T.)

temperatura se determina aplicando un termómetro cutáneo (sistema-Casella) sobre el ombligo. El promedio así estudiado, es de 35° á 35°6' según la edad, la hora, etc. En la *enteritis* acompañada de fiebre, la temperatura local es por término medio de 38°, está bajo la influencia de la general, y no puede tomarse en consideración para el juicio de la enfermedad intestinal, sino en aquellas formas en las cuales, la diarrea constituye el único síntoma; la marcha de la temperatura de la pared abdominal, está en perfecto acuerdo con el curso de la *enteritis*. En los casos que cita el pediatra americano, subía la temperatura algún tiempo antes que apareciese la diarrea; con frecuencia faltaban las deposiciones diarreicas y el termómetro señalaba 36° y algo más, pero las evacuaciones si no eran líquidas no tenían macroscópicamente el aspecto normal. Durante el acto de la expulsión de las materias fecales, la temperatura se sostenía entre 36° y 37°, y al cesar la diarrea, descendía también la temperatura local.

Los trabajos publicados por Roger acerca de la termometría en las enfermedades de la infancia, son el resultado de un sentido clínico poco común; pero prestan escasa utilidad al práctico cuando se trata de diagnosticar las enfermedades febriles de los niños en su período inicial.

A Politzer y Filatow corresponde el mérito de haberse ocupado de este asunto. Vale la pena reasumir la monografía de ambos doctos pediatras.

Todo práctico debe proponerse resolver la siguiente pregunta: ¿depende la fiebre de una *enfermedad de origen local*, ó es sintomática de una *afección general? (tifus, escarlatina, intermitentes*, etc.)

En muchas enfermedades, basta la simple inspección del enfermo para darse razón de la fiebre desde el primer día, y son estas las afecciones *cutáneas febriles (erisipela, flegmón, forúnculo, urticaria, eritema nudoso, púrpura)*.

En la *urticaria*, bastará observar las *placas*, ordinariamente esparcidas por el tronco y piernas, para no confundirla con el principio del *sarampión*, cuyo exantema se limita á la cara: todavía en el período de declinación, no será difícil el diagnóstico diferencial si se recuerda que el exantema de la *urticaria*, se manifiesta en algunas regiones, desaparece en otras, y que al lado de las *placas* blancas se encuentran otras de coloración rojiza.

En los casos de *púrpura*, si se presenta la fiebre al mismo tiempo que las *petequias*, es fácil considerarla como síntoma de *viruela hemorrágica*. Es necesario tener presente que en favor de la *viruela* hablan: la existencia de una epidemia, el calosfrio inicial, la fiebre excesivamente elevada, un estado general grave, la tumefacción del bazo, la aparición de *petequias*, primeramente en el abdomen y superficie interna de los muslos, y finalmente su marcha ulterior, ya que raras veces se convierten en *pústulas* y ocurre además la muerte en el término de dos á cinco días. En favor de la *púrpura* hablan las cica-

trices consecutivas á la vacunación y un estado general reconocidamente bueno. En aquellos casos en que la fiebre se presenta algunos días antes que las *petequias*, puede existir la sospecha de si se trata del *tifus exantemático*. La diferencia está fundada particularmente, en que en el *tifus* de los niños, las *petequias* pertenecen á la excepción, existe la tumefacción del bazo, la fiebre tiene un curso regular y está elevada, lo que no sucede en la *púrpura*. No debe olvidarse, que la *púrpura* suele ser un síntoma de *endocarditis* aguda; suele aparecer en la *leucemia* y en la *anemia perniciosa;* y en los últimos períodos de estas enfermedades puede presentarse la fiebre.

La fiebre puede tener su origen en aquellas enfermedades cuya etiología es obscura y no está aún mencionada en los tratados de pediátria; la *tumefacción aguda idiopática de las glándulas linfáticas* en la extremidad superior del músculo externo-cleido-mastoideo, se distingue de la *tumefacción sintomática*, porque en aquélla no se encuentra ninguna enfermedad en la mucosa de la cavidad bucal, garganta, nariz, sobre el cuero cabelludo, ó en la región auricular. Esta tumefacción puede ser confundida con la de las parotiditis, pero en este caso el tumor ocupa exclusivamente la región parotídea y se extiende sobre la cara, mientras que el tumor en la *adenitis idiopática* está situado detrás del ángulo del maxilar y debajo de las apófisis mastoideas: además, en la *parotiditis* no se observan límites circunscritos y en la *adenitis* son bien circunscritos y existe

dureza; aquélla es bilateral y se resuelve en algunos días, ésta, es siempre unilateral y dura 3 ó 4 semanas; la fiebre en la primera afección no pasa de 39°, mientras que en la segunda, en sus primeros días, alcanza la temperatura 39°5' á 40°.

El examen del oido no debe nunca ser descuidado; con frecuencia una *otitis externa*, ó una *inflamación forunculosa del oido externo*, ó una *otitis media*, son la causa de esta fiebre.

El *coriza*, como síntoma inicial de una enfermedad febril, es común á cuatro procesos, y son: el *simple resfriado*, la *difteria primitiva de la nariz*, la *grippe*, y por último el *sarampión*.

Para distinguir el primer estado del segundo, conviene tener en cuenta el carácter de la epidemia. Rara vez se presenta la *difteria primitiva* en la nariz, sino que comienza por las fauces, para luego extenderse á la mucosa nasal; el *catarro simple* puede presentarse con tos y recorrer su marcha sin fiebre. Con respecto á la edad, la *difteria nasal primitiva* es propia de los niños de pecho. La fiebre en la *difteria* es algunas veces de importancia, y entonces el estado general es grave; en el *catarro nasal simple*, la elevación de la temperatura está en oposición con el estado de viveza y alegría del niño. Además de esto, los síntomas locales serán un poderoso auxiliar para el diagnóstico, puesto que la secreción *diftérica*, al salir de las aberturas nasales, forma soluciones de continuidad, de color amarillento, y pueden extraerse con un pincel pedazos

de falsas membranas, no faltando nunca la tumefacción de las glándulas.

Si á la *rinitis* se asocia la conjuntivitis y la tos, se comprende que deberá pensarse en la *grippe* ó en el *sarampión*.

Terminado el examen externo, comenzaremos por el de las cavidades, y en primer lugar por el de la *boca* y *garganta*.

Entre las afecciones de la boca, van acompañadas de fiebre la *estomatitis eritematosa*, la *aftosa*, y la *pseudo-membranosa;* los caracteres especiales de cada una de éstas, serán descritos en otro capítulo, lo mismo que los de la *inflamación de las fauces;* los cuales, ó bien son la expresión de una enfermedad local, ó bien dependen de enfermedades generales, particularmente *exantemáticas infectivas*.

Con respecto *á las enfermedades febriles del pulmón*, serán suficientes para formar el diagnóstico, los dos síntomas capitales, que son, la tos y la respiración frecuente; pero no debe olvidarse, que, *pueden desarrollarse lentamente exudados pleuríticos* sin disnea y sin tos, y en tales casos, no harán falta otros síntomas como la fiebre y el enflaquecimiento.

Relativamente, será más difícil conocer las *enfermedades cardíacas*, que se presentan frecuentemente en los adultos, sin síntomas apreciables: nos servirá de ayuda el conocimiento de los datos anamnésicos (procesos *reumáticos, escarlatina, fiebre recurrente, sarampión)*, por lo que, la elevación de la fiebre en el período de *lisis*, ó la aparición de la mis-

ma en el período de la convalecencia, dependerá de complicaciones, entre las cuales sobresaldrá la *endocarditis*.

La llamada *fiebre gástrica* se presenta bajo dos formas, *gastritis aguda* y *sub-aguda*. En la *primera*, la temperatura sube pronto hasta 40°, y va acompañada de vómitos repetidos y diarrea; es producida por trastornos dietéticos, como el abuso de frutas, de dulces y de vino. Luego que el vómito se verifica por la elevación rápida de la temperatura, se comprende que el diagnóstico de la enfermedad no es fácil en el primer día; pero existen otros síntomas de cierto valor, como son: conocer que el niño se ha excedido en la comida, observar hinchazón en el hepigástrio, comprobar dolor á la presión y asegurarse de que el vómito está constituido exclusivamente por substancias que no han sido digeridas. La *segunda forma* empieza completamente como la *meningitis tuberculosa*, solo que se nota la existencia de la ictericia por el catarro del duodeno, cosa no frecuente en el primer período de la *meningitis tuberculosa*, cuyo diagnóstico es entonces difícil de exclarecer; también el *herpes labial*, cuando la acompaña, es un buen síntoma para reconocer una *gastritis* en vez de una meningitis tuberculosa.

Muchos autores dan importancia en esta enfermedad al carácter del vómito, persistente, tenaz, que no puede ser curado en el curso de muchos días ni por el ayuno, ni por los medicamentos, que no

da reposo al enfermo y que por el contrario lo debilita y lo extenúa.

El *reumatismo muscular* es también causa de fiebre: en los niños es frecuente el *reumatismo de los músculos del cuello (tortícolis reumático)*, y el de los *músculos abdominales;* este último por los dolores á que da lugar puede simular la *peritonitis*, si alcanzan cierto grado. Los dolores, en el *reumatismo de los músculos abdominales* se extienden primero por todo el abdomen; en la *peritonitis*, que con frecuencia se desarrolla por *tiflitis*, los dolores están limitados á la fosa ileo-cecal; además, en el segundo ó tercer día, los primeros se limitan á los músculos rectos abdominales y desaparecen poco á poco, y los de la peritonitis van acompañados de retención de orina; la fiebre y el vómito duran solo uno ó dos días, y nunca existe tendencia al colapso, lo que sucede con frecuencia en la *peritonitis*.

Entre las enfermedades de los huesos, la *espondilitis* puede sobrevenir sin otro síntoma que la fiebre y algunos dolores en las piernas y en el tronco; pero el examen cuidadoso de la columna vertebral, revelará, por la presión sobre la apófisis espinosa de la vértebra enferma, ó por el contacto de una esponja empapada en agua caliente, que existe dolor vivo en aquel sitio; además se observará que la columna vertebral tiene poquísima movilidad, cada vez que se hace encorvar el dorso del enfermo.

El *raquitismo agudo* se manifiesta también con fiebre. Es muy debatida la existencia de esta enfer-

medad, pero sea que el *raquitismo agudo* exista como enfermedad en sí, sea que tal denominación deba ser conservada para manifestar la suma de variados procesos, lo cierto es que en los niños, hasta la edad de dos años, suele presentarse una afección aguda, la cual, en la mayoría de los casos, termina después de algunas semanas por la curación, pero dejando en diversos huesos alteraciones muy semejantes á las del raquitismo. Si durante el primero ó segundo día de la enfermedad no se ha llegado á descubrir *afección* alguna *local*, no habrá por esto derecho á sospechar una *afección general:* puesto que se conocen muchas enfermedades locales, que existen durante algún tiempo de un modo latente; en particular, ciertas formas de *meningitis* y de *pulmonía*.

Podría juzgarse, en un principio, que se trata de un caso de *dispepsia* con cólicos ó de un *catarro* del estómago en el niño que sufre vómitos, fiebre, grita contínuamente y tiene el sueño agitado, si no se observara por la temperatura, que la fiebre tiene un tipo irregular, que unas veces desciende hasta la normal, en las horas de la mañana y otras en las de la tarde. Estos caracteres de la fiebre, que excluyen, entre otras enfermedades, el *tifus*, ayudan grandemente al diagnóstico de la *meningitis*, cuando el vómito es pertinaz y faltan síntomas de enfermedad local. Examinando á fondo el caso, aparecerán á veces normales las evacuaciones, se notará la ausencia de las causas que comunmente dan lugar á la

dispepsia y otros síntomas propios de la *meningitis,* entre los cuales existe también la tensión de la fontanela.

En los niños mayorcitos, puede confundirse la *meningitis tuberculosa* con el *tifus;* pero la *meningitis* suele ser casi apirética, empieza siempre con vómito, que es obstinado por muchos días; es característico el dolor de cabeza, y suele ser intenso desde el primer día; hacia el fin de la primera semana, el diagnóstico se aclarará, al observar que el niño se vuelve apático, tiene un pulso lento, etc. Otras veces, convendrá esperar al segundo, todo lo más al tercer día, cuando aparecen los síntomas de la *roséola* y del tumor del bazo, en los casos en que se trata del *tifus;* ó bien los síntomas cerebrales, que aumentan, si se trata de la *meningitis:* mucha más dificultad presentan todavía aquellos casos de *meningitis,* cuyo principio y curso son semejantes á los del tifus, sobre todo si en la segunda semana aparecen síntomas cerebrales *(forma tifódica de la meningitis tuberculosa* de Rilliet y Barthez). Según Filatow, á la llamada *meningitis tifódica* pertenecen dos *formas de meningitis aguda;* una de ellas no es otra cosa que la tuberculosis *miliar generalizada* con localización tardía en las meninges, y la otra, el *tifus* genuino complicado con *meningitis no tuberculosa.* En estas dos formas, los síntomas cerebrales aparecen tarde, esto es, en la segunda semana, después de empezada la fiebre; con la diferencia, de que en la primera forma, durante todo el curso

de la fiebre, no se observa ni tumor del bazo, ni la roseola tífica; mientras que en la segunda, estos dos síntomas, por lo menos, no faltan.

Con el nombre de *pulmonías latentes*, son conocidas las inflamaciones del vértice del pulmón, que no se revelan durante una semana, y más aún al examen objetivo; pero éstas son precedidas de disnea, tos breve y dolorosa, fiebre alta de tipo contínuo, dolores intercostales, etc.

En la determinación del diagnóstico, puede ser causa de error, que un síntoma dependiente de una alta temperatura, se tome como expresión de cualquier afección local, por ejemplo, las *convulsiones* (1) se presentan con extraordinaria frecuencia: *(casos*

---

(1) Los Sres. Langlois y Richet, en sus experimentos de laboratorio, respecto á la *influencia de la temperatura interna sobre las convulsiones*, han deducido, que, cuanto más alta es la temperatura, más pequeña es la dosis de veneno que determina las convulsiones y viceversa.

Habíanse formulado estas tres hipótesis para explicar el hecho:

1.ª El tegido nervioso que produce el ataque convulsivo se hace más excitable por el calor.

2.ª La combinación de la substancia tóxica con el tegido nervioso (combinación, causa misma de la intoxicación), es más rápida.

3.ª La combinación de la substancia tóxica con el tegido nervioso, es más completa.

Los autores eliminan las dos primeras hipótesis en virtud de consideraciones sacadas de sus experimentos y se quedan con la tercera, que les parece la más verosímil. —(*Siglo Médico*, pág. 795, año 1889).—(N. del T.)

semejantes se encuentran en la edad infantil, especialmente desde uno á los tres años). Si éstas van acompañadas de fiebre, entonces la *eclampsia* es de *origen cerebral (enfermedades agudas del cerebro y de las meninges);* ó dependen de *fiebre,* de *inflamaciones locales externas,* de intoxicación *de la sangre en las enfermedades* infectivas *(pneumonías, intermitentes, disentería, viruela).*

Las *convulsiones de la pneumonía,* podrán juzgarse originadas por ésta con la comprobación de los síntomas de la flogosis del pulmón (disnea, espiración aumentada, el movimiento de las alas de la nariz, la fiebre ordinariamente á 41°); las del *exantema de la escarlatina,* se distinguirán al ver aparecer la erupción en el curso de las primeras 24 horas. La *viruela,* excepción hecha de la *hemorrágica,* es más difícil de diagnosticar; para reconocerla, debe indagarse el carácter de la epidemia, la falta de cicatrices de vacuna, el tumor precoz del bazo y los dolores en los lomos (síntoma que hacen conocer los niños mayores); todos estos son síntomas que facilitan el diagnóstico de dicha enfermedad. Tratándose de *fiebres intermitentes,* pronto aparece el estadio de calor. En el tifus suelen ser más raras las convulsiones.

Otro carácter distintivo entre las *convulsiones de origen hemático* y las *de origen cerebral,* lo suministra la época en que éstas se presentan, porque en las primeras, es precoz; aparecen en las cuatro ó doce horas primeras que dura la fiebre; y en

las segundas, se manifiestan en el segundo ó tercer día; en los casos de *meningitis agudísima*, que determina la muerte en 24 horas, las convulsiones son precoces, pero en estos casos no faltan otros síntomas que aclaran el diagnóstico. En la *meningitis tuberculosa*, el síntoma primitivo es frecuentemente la convulsión; en ese caso la elevación insignificante de temperatura aconseja investigar la causa en otro proceso morboso.

Deben, en tercer lugar, examinarse los síntomas concomitantes: los síntomas cerebrales dependientes de *enfermedades locales* ó *generales* son por lo regular poco intensos, fugaces, no se repiten y se retardan á medida que la enfermedad primitiva vá definiendo su naturaleza; mientras que las *afecciones endocraneanas* van, por lo regular, acompañadas de cefálea intensa, y se repiten muchas veces por largo tiempo, dejando tras sí un estado soporoso. Podremos encontrar como verdadero el signo que señala Saltmann, de la oscilación de la pupila durante el acceso de *eclampsia sintomática*, á pesar de que el sensorio no recobra sus funciones tan pronto como en la *simpática*. Rilliet y Sanné asignan á las *convulsiones por afecciones cerebrales* los siguientes caracteres: el acceso dura largo tiempo, se repite en breves intérvalos, y es seguido de contractura y de parálisis.

El *vómito* es otro síntoma, que además de tener un *origen cerebral* y *gástrico*, como veremos luego, se presenta en el principio de las *enfermedades fe-*

briles (nefritis, peritonitis), en la *helmintiasis, uremia,* en la *oclusión intestinal*, etc., en cuyos casos es de *origen simpático*. No todas las fiebres van acompañadas de vómito; éste tiene lugar de ordinario durante la elevación de la temperatura en los primeros días de la *fiebre escarlatinosa, recurrente* y en la *peritonitis;* es raro en el *tifus*, lo mismo que las convulsiones.

Como tercera causa de error en la práctica de las enfermedades de los niños, puede señalarse la frecuencia con que suelen presentarse fiebres, simulando enfermedades graves y que pronto pasan, dejando á los enfermos en buena salud. A esta categoría pertenecen la *efémera* y el *resfriado*. No es fácil diagnosticar la efémera en el primer día; después de 24 horas, si la fiebre ha cesado, pudiera tratarse de *intermitentes;* pero para éstas es excesivamente largo un período de 24 á 36 horas. Se podrá suponer la efémera en los siguientes casos: 1.°, si el niño ha sufrido semejante enfermedad en épocas anteriores; 2.°, si se presenta sin pródromos de cierta clase en el pleno vigor de la salud; 3.°, si no existen procesos locales que expliquen la fiebre, ni síntomas que den lugar á sospechar una lesión en el cerebro ó en el pulmón; 4.°, si la fiebre es elevada y el estado general no está en correspondencia con ella.

En cuanto á la *fiebre catarral*, es importante recordar que coincide frecuentemente con rubicundez de la mucosa de la garganta, estornudo, torti-

colis, etc. Faltando estos síntomas, puede tomarse por una *fiebre tifoidea;* desde luego tiene valor en estos casos la tendencia á la transpiración cutánea en los primeros días, lo que no sucede en el *tifus,* y la presencia del herpes en los labios ó en la nariz. Si no se descubren en el acto sudores ni herpes, convendrá esperar al 4.° ó 5.° día, época en que la fiebre empieza á descender, si se trata de una *fiebre catarral.* Los datos anamnésicos que revelan el resfriado, no tienen gran importancia, porque la clínica enseña que seguido á éste los niños pueden ser invadidos por el *tifus,* como también por otras enfermedades, especialmente cuando reinan de un modo epidémico.

La última causa que con frecuencia hace equivocar el verdadero diagnóstico, consiste motivada en el modo anómalo de presentarse las erupciones en las enfermedades agudas exantemáticas, como sucede algunas veces en el *sarampión,* rara vez en la *viruela* y *escarlatina.* El exantema del *sarampión* puede aparecer al fin de una semana de fiebre y aun es fácil confundirlo con la *grippe* y con la simple bronquitis, por lo cual es prudente en los casos en que la fiebre no dependa de proceso alguno local, ni se esté autorizado para excluir una enfermedad general (p. e. infectiva), admitir la posibilidad, entre otras, de una aparición exantemática tardía; con bastante frecuencia aparece también tarde el exantema de la *erisipela.*

Resulta de todo lo dicho, que el diagnóstico de

una enfermedad febril no es posible en el primer día, sino en los casos en que la fiebre depende de una enfermedad local. En los demás casos deben esperarse de 2 á 4 días; pasados éstos, si no se trata de una enfermedad local, ni de una fiebre catarral, y no existe razón alguna para sospechar un exantema tardío, habrá que admitir el *tifus*, la *tuberculosis* ó la *piohemia*.

El diagnóstico diferencial entre el *tifus* y la *tuberculosis miliar aguda*, ofrece, muchas veces, ciertas dificultades; es necesario tener presentes los siguientes datos: en primer lugar la herencia, después el período prodrómico. El enflaquecimiento, la palidez, la apatía, el cambio de carácter, el insomnio, en suma, los síntomas que caracterizan la *meningitis tuberculosa*, son poderosos auxiliares para el diagnóstico de la tuberculosis; así como también, la fiebre que se sostiene elevada por muchos días, con oscilaciones irregulares, y el resultado negativo del examen del pecho, que no está en relación con la disnea y con la tos. Gerhardt afirma, que la gran frecuencia del pulso, la aparición de sudores precoces y el color blanco violáceo del rostro son síntomas de la tuberculosis; Bouchut ha observado cierta hiperestesia en la piel del torax. Pueden también dar luz para el diagnóstico de dicha enfermedad la duración de la misma y la etiología; porque el tifus á las tres semanas tiende á la mejoría, no sucediendo así en la tuberculosis; un caso anterior de tifus sobrevenido en la familia puede dar razón

del fácil trasporte de la infección; ocurre también que el *sarampión*, la *tos ferina* y las *supuraciones crónicas* suelen preparar el terreno á los microorganismos de la *tuberculosis*. El examen del fondo del ojo con el oftalmoscopio, descubre muchas veces tubérculos en la coroides; el examen de la sangre, los bacilos; y en el abdomen, la existencia del infarto del bazo y de la roseola son negativos.

Si faltan la disnea y la tos y no existe otro síntoma que la fiebre, puede tratarse entonces de la tuberculosis de los gánglios; el error diagnóstico será inevitable durante cuatro semanas próximamente, hasta que entonces la *pneumonía tuberculosa* y el *hidrocéfalo agudo* revelen, aunque muy tarde, la existencia de dicha enfermedad.

Scherscheffsky admite la *fiebre nerviosa* en los individuos excitables, y la trata con bromuro, atropina é inhalaciones de oxígeno: á esta fiebre acompañan salivación, sudor, diarrea y otros síntomas de origen nervioso; aunque estos casos sean raros, el práctico no debe olvidar esta otra causa de fiebre en la tierna infancia.

PULSO.

Tocando suavemente durante el sueño las arterias radial, temporal ó carotídea, pueden observarse muy bien los caracteres del pulso, pero muchos niños presentan en este estado cierta irregularidad en él; hé aquí cómo se expresa respecto á este par-

ticular Valleix: «elijo el momento en que el niño »duerme y aplico suavemente el pulpejo de mis de- »dos sobre la radial; si el niño hace un movimien- »to lo sigo, así el sueño no es interrumpido y pue- »do de este modo contar los latidos.»

Si el niño se agita, forcejea y cambia los brazos de posición con violencia, se hace preciso entonces rogar á su madre le sujete el codo; á los de pecho se les da de mamar.

La frecuencia normal del pulso oscila en los primeros meses entre 120 á 140 por minuto; en el segundo año entre 100 á 120; de 3 á 6 años el número de latidos es de más de 90 próximamente; solamente después del segundo período de la dentición se aproxima al de los adultos. Los más pequeños estímulos (mamar, gritar, la presencia del médico y otros) alteran la frecuencia de un modo variable, y á causa de esta excitabilidad cardíaca puede fácilmente explicarse el hecho de que los niños que padecen de *ictericia*, no ofrezcan antes de los 7 años el pulso lento que ordinariamente suele observarse en los adultos. De esto se deduce que el médico que se fía solo de la frecuencia del pulso para conocer en los niños el estado de la fiebre, será mucho menos afortunado que practicando eso mismo en los adultos.

Por el pulso pueden conocerse en la infancia algunas enfermedades desde su principio: así, en la escarlatina la frecuencia de aquél alcanza un número elevado, esto es, cerca de 180 á 200 pulsa-

ciones por minuto; en la *meningitis tuberculosa* es lento, irregular y varía en el curso del día bajo el más pequeño estímulo; oscila entre 96 y 120, pero puede descender á 80, á 70, y aún más. Esta irregularidad y lentitud del pulso depende de la excitación del vago, y no es solamente originada por la *meningitis*, sino también por estímulos inocentes: *dispepsia, helmintos* y algunos otros.

En la convalescencia de ciertas *enfermedades febriles (tifus, pneumonía, sarampión)*, el pulso es igualmente lento, irregular, y la onda sanguínea tan pequeña que parece pronta á desaparecer.

Es raro el *dicrotismo*, que en los adultos es relativamente frecuente.

El estado de la tensión y la amplitud de la onda sanguínea, tienen la misma importancia que en la edad adulta, ya bajo el punto de vista diagnóstico, ya del pronóstico.

El *esfigmógrafo* no puede ser aplicado sino en los niños dóciles y que han entrado ya en la segunda infancia: von Basch ha construido un *esfigmomanómetro* con el objeto de medir la tensión del pulso, pero no es de un uso fácil y cómodo en la práctica.

EXAMEN DE LOS ÓRGANOS EN PARTICULAR.

APARATO DIGESTIVO.

Boca y fauces.

Para examinar la cavidad bucal y el fondo de la faringe, habrá que emplear como auxiliar una espátula recta de metal y proceder del modo siguiente. Mientras se apoya la cabeza del niño con la mano izquierda, se rogará á la madre que sostenga fuertemente los brazos de la criatura. Colocada en esta posición y empleando cierta destreza y habilidad, se introducirá dicho instrumento entre las arcadas dentarias hasta ensanchar la pequeña abertura de éstas; y por último, apoyando el instrumento en la base de la lengua, se palanqueará hacia abajo hasta obtener la depresión del maxilar inferior.

Barthez y Rilliet envolvían á los niños rebeldes é indóciles en un lienzo que les anudaban al cuello; otros aconsejan comprimir las narices, pero se vencen estas dificultades sujetando los pies del pequeño entre las piernas del observador, y haciendo fijar los brazos por la madre, del modo que se ha indicado.

Es necesario disponer de mucha luz; y si ésta faltase, recurrir entonces al aparato sencillísimo, compuesto de una bujía, cuya llama se refleja en una cuchara de plata, bien tersa, sostenida por el mango con la misma mano que abarca la vela.

Si se examina un niño recién nacido, es importante observar cómo coje el pecho; para juzgar el grado de energía de la succión, basta introducirle el dedo en la boca.

En el estado fisiológico al mamar el pequeñuelo deja oir á cierta distancia los movimientos de la deglución, y abandona el pecho al cabo de diez minutos próximamente.

La succión practicada con avidez, es indicio de la sed que devora al niño, por *enfermedades,* especialmente febriles, y del hambre, si las mamas dan leche en escasa cantidad.

La imposibilidad que tienen algunos niños de cojer el pecho es originada por enfermedades locales en la cavidad bucal, ó por desarreglos en órganos diversos. Entre las primeras debemos señalar la *erisipela, fisuras,* la *tumefacción flogística de los labios,* el *esclerema,* las *anomalías congénitas* de los *labios* y del *velo del paladar,* las *estomatitis,* las *ulceraciones del borde alveolar,* del *rafe,* del *dorso de la lengua;* la *gangrena,* la *difteria* y el *absceso retro-faríngeo.* Entre los trastornos de los órganos lejanos, mencionaremos el *coriza* en sus diversos grados de agudización, las *laringitis*, la *atelectasia del pulmón,*

la *pneumonía*, en cuyas afecciones, el niño de pechos, como suele decirse, *pierde el aire* que debe inspirar. En la *peritonitis*, los pequeñuelos evitan esa función por el dolor que sufren. En la *atrepsia*, en el curso de las *enfermedades crónicas consuntivas*, y durante los altos grados de fiebre, maman de mala gana. Si se presentan de pronto *parálisis* de los *músculos faciales* por *hemorragia intra meningea* durante un parto distócico, ó por *procesos flogísticos* en el *cerebro* y en las *meninges*, es claro que la succión no podrá verificarse.

Lo primero que impresiona el ojo del observador, cuando éste logra abrirle la boca á un niño, es la *posición, número* y *aspecto de los dientes*.

Los *dientes* llamados de *leche* son en número de 20, que permanecen hasta el 7.° año, época en que se verifica el cambio de éstos por los permanentes. Su aparición tiene lugar del modo siguiente: del 4.° al 7.° mes, aparecen los dos incisivos medios inferiores; del 8.° al 10.° mes, los cuatro incisivos superiores; del 12.° al 14.° mes, los primeros cuatro molares y dos incisivos inferiores; del 18.° al 20.° mes, los cuatro caninos; y del 24.° al 34.°, los cuatro segundos molares.

El tiempo y orden de la aparición están sujetos á excepciones; pues se observa alguna que otra vez que hay niños que nacen con uno ó dos dientes; otras veces el primer diente aparece en el segundo año de la vida. En el primer caso, existen procesos morbosos del alvéolo (periostitis), y en el segundo,

se notará una *defectuosa nutrición* y los signos del *raquitismo.*

Bajo el punto de vista de la patologia de los dientes, tienen gran importancia las modificaciones que imprimen á estos órganos el *raquitismo, sifilis* y *eclampsia,* cuando esta se repite con frecuencia. Magitot ha llamado por primera vez la atención respecto á las *erosiones* notables que presentan los dientes en esta última enfermedad. En el raquitismo están gastados, de color amarillo ó negruzco, implantados en dirección convergente hacia dentro; además crecen irregularmente y á largos intérvalos. Parrot distingue en los *dientes sifilíticos* diversas especies de atrofia: la *atrofia cupuliforme* se encuentra generalmente en los incisivos de la segunda dentición; se observan pequeñas depresiones superficiales, raras veces aisladas, y siempre dispuestas sobre la corona en línea horizontal. La *atrofia sulciforme* aparece bajo la forma de surcos paralelos en la misma región que la precedente. La *atrofia cuspidiforme* ataca á todos los dientes, especialmente los primeros molares y caninos permanentes. La corona está dividida en dos partes desiguales y distintas, la más lejana de la encia es más pequeña en sus dimensiones, irregular, con sus puntas cortantes, como engastadas en la segunda. Por último, la *atrofia* en *hacha* y de *Hutchinson,* las cuales son el resultado de la caries y del desgaste: la *variedad* en *hacha* se encuentra en los incisivos superiores y se parece á dicho instru-

mento; la de *Hutchinson* presenta corroida la parte central del borde libre de los incisivos, notándose una mella de profundidad variable y de forma triangular, semicircular ó de media luna. Debemos confesar que no siempre se encontrarán estas modificaciones en los dientes de los niños *sifilíticos* y que tampoco indican en todas ocasiones la existencia de dicha enfermedad (Blanc) (1).

Después del examen de los dientes, se pasará al de la *mucosa bucal*, notando su *aspecto* y *coloración;* la *forma, posición* y *movilidad* del suelo del *paladar;*

---

(1) El Sr. Magitot ha demostrado ante la Sociedad de Cirugía de París, que la erosión de los dientes, tal como la describen los señores Hutchinson y Parrot, no es en modo alguno de origen sifilítico.

¿Cuáles son pues las causas de la erosión? Para este señor las enfermedades de forma convulsiva, especialmente, la eclampsia infantil. Y añade que son innumerables las pruebas clínicas que establecen una relación indudable entre la eclampsia y la erosión, sin ninguna otra intervención morbosa.

El Sr. Magitot termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

1.ª La erosión de los dientes en las formas descritas por los Doctores Hutchinson y Parrot, no es en manera alguna característica de la sífilis hereditaria.

2.ª La sífilis hereditaria imprime á los dientes lesiones especiales, comunes por otra parte á todas las diátesis en general, y que se revelan por uno ó varios de los estados siguientes: reducción numérica, retardo de la erupción, amorfismo, pero no por la erosión.

3.ª La causa de la erosión dentaria reside en ciertas

el *estado* de las *amígdalas,* y el fondo de la boca; el olor que ésta exhala; la reacción con el papel de tornasol y la *temperatura* y *humedad* de las partes. Con la espátula se rasparán las producciones de las superficies de la mucosa y la secreción de las ulceraciones, con el objeto de efectuar útiles observaciones microscópicas. Aconsejamos además, acostumbrarse á levantar la punta de la lengua hacia arriba, porque en el frenillo residen con frecuencia ulceraciones producidas por diversas causas.

La *mucosa bucal* en los recién nacidos es de color rojo obscuro, mas, después de algunas semanas, palidece algún tanto para tomar su aspecto ordinario: en ella se nota cierto grado de sequedad,

---

enfermedades de la primera infancia, con trastornos del sistema nervioso y de la nutrición general, y más particularmente, en los estados de forma convulsiva, como la eclampsia infantil.

El Sr. Blanc añade que la erosión dentaria puede depender de causas múltiples que la sífilis se apropia frecuentemente. Desde el punto de vista etiológico tiene en cuenta, además de la eclampsia, la escrófula, raquitismo y sobre todo la alimentación defectuosa y malas condiciones higiénicas de la infancia. A estas últimas causas refiere quizás los casos de erosión dentaria que nada pueden explicar. Sin embargo, á veces faltan todas estas condiciones patogénicas, y la causa de la erosión permanece absolutamente desconocida.

En resumen, para el Sr. Blanc no hay, hablando con propiedad, dientes sifilíticos. La denominación de dientes caquécticos se aplicaría mejor á la mayoría de los casos. (N. del T.)

porque la secreción de la saliva se produce en corta cantidad; tocando la superficie de la mucosa con el papel de tornasol se obtiene *reacción ácida* si no se ha limpiado; *neutra* en el caso contrario; y muy raras veces *alcalina*.

A lo largo del rafe del velo del paladar, se descubren con frecuencia tuberculitos del tamaño de un grano de mijo ó de una cabeza de alfiler, de color blanco amarillento, aislados ó en series, y rodeados de un círculo rojo obscuro; no tienen significado alguno patológico; se encuentran en el primer mes y son espacios rellenos de epitelio, los cuales permanecen aun después de la soldadura de las dos mitades del paladar (Epstein).

La *lengua*, en los niños de pecho, está cubierta de una substancia blanquecina sutil, especialmente después de la succión, constituida por células epiteliales exfoliadas; en los mayores tienen un aspecto semejante al de una carta geográfiea. Habrá que aprovechar la ocasión del grito en el niño para observar la superficie de la lengua en los pequeñitos; pero si faltase tal coyuntura, el tacto simple de los labios con el dedo se la hará abrir instintivamente.

El *aspecto* de la *lengua* tiene el mismo valor semeiológico que en los adultos; en la *escarlatina* este es patognomónico; la lengua presenta un color rojo obscuro, las papilas hinchadas y prominentes semejan la superficie de una frambuesa. En enfermos de *tifus* la tendencia á secarse es menos pronun-

ciada que en la edad adulta, ni la capa fuliginosa alcanza un grado tan alto como aquéllos; los labios, por el contrario, se cubren de pedazos de epidermis exfoliados que los niños impacientes se arrancan contínuamente.

La *dentición* es causa de aumento de coloración, hinchazón y dolores locales; y da lugar al mismo tiempo á síntomas morbosos en órganos lejanos; pero no podemos dejar de decir que los patólogos antiguos los exageraron demasiado.

Las formas morbosas más importantes que en la cavidad bucal pueden observarse, son *flogosis, circunscritas* ó *difusas, parásitos, petequias, infiltraciones, gangrena, escoriaciones, fisuras, condilomas* y *gomas*.

La *inflamación circunscrita* en forma de manchas planas ó ligeramente elevadas en forma de discos, redondos ú ovales, de color blanco-amarillento, rodeadas de un círculo rojo, que sangra con frecuencia, recibe el nombre de *afta*. Suele presentarse, en la mucosa de la bóveda palatina, al nivel de las apófisis pterigoides, ó detrás del borde alveolar del maxilar superior; su forma es simétrica, puede encontrarse en individuos perfectamente sanos, y se convierte en úlceras, en los que padecen de *caquexia* y *atrofia*, uniéndose al *muguet*. Si la flogosis se propaga por toda la mucosa, aparece ésta cubierta por cierto número de manchas amarillo-grisáceas ó blanquecinas, rodeadas de una franja rojo-obscura de forma redonda ó lineal y de bordes irre-

gulares del tamaño de una cabeza de alfiler ó como un guisante, aisladas ó confluentes, que sangran con frecuencia, por lo que se cubren de costras de color obscuro; exhalan un hedor especial, y se desprende de éstas, con la espátula, cierto detritus que, observado al microscopio, aparece como constituido por exudados unidos á cierto número de microorganismos (cocos, bacilos, micelios y esporos).

En la *estomatitis simple* y *eritematosa,* la mucosa es de color rojo obscuro, está hinchada y excesivamente sensible al tacto, húmeda, brillante y cubierta frecuentemente de epitelio blanco-grisáceo, ardorosa, hasta el punto de que la nodriza sienta en el pezón, el calor intenso de la cavidad bucal del niño; los labios están hinchados, semiabiertos, dejando fluir la saliva. Aparece con alguna frecuencia durante la *dentición* y consecutivamente al sarampión y á la escarlatina.

El *tegido conectivo submucoso* puede inflamarse dando lugar á una gran tumefacción, cuyas consecuencias producen el rechazo de la lengua contra la bóveda del paladar, y excesiva secreción de saliva. Este proceso morboso, conocido con el nombre de *subglositis* (Holthouse), puede terminar por un absceso, que suele abrirse por debajo de la lengua.

Los puntos y las manchas de color blanco que se elevan sobre la mucosa, y que pueden levantarse con una espátula, dejando una superficie rojiza, ligeramente sanguinolenta, constituyen la enferme-

dad parasitaria llamada *muguet*. Muchos confunden estos puntos blancos con los resíduos de la leche; pero en tal caso no estarían adheridos á la mucosa. Otras veces, la tumefacción está muy extendida, aquellos puntos se unen hasta formar placas y membranas, bajo las cuales se descubren verdaderas ulceraciones más ó menos extensas.

La mucosa participa de la enfermedad, y se presenta roja, obscura, seca y dolorida.

Examinando una porción de esta substancia blanca al microscopio, se la encuentra constituida por una reunión de epitelio, esquiromicetos, gonidios y micelios, de varios hongos, entre los cuales predomina una forma botánica caracterizada por numerosos filamentos con articulaciones y ramificaciones, y por gonidios brillantes redondos ú ovales.

En los *niños atrépsicos*, á lo largo del rafe del velo del paladar y en el lugar de los pequeños tubérculos descritos anteriormente, se muestran *ulceraciones* de formas alargadas ó redondas con bordes cortados á pico, de fondo blanquecino ó grisáceo, en las cuales se puede descubrir el hueso denudado. No es cierto lo que dice Parrot, que todas las *ulceraciones* separadas del rafe son de naturaleza *sifilítica*.

La ulceración que depende de la succión y que se presenta al mismo tiempo que los dos incisivos medios inferiores, originada por una acción mecánica, durante los accesos de la tos ferina, reside

con predilección en el frenillo; pudiendo estar éste más ó menos destruido.

El proceso ulcerativo extendido por toda la mucosa *(estomatitis ulcerosa)* aparece casi siempre durante el periodo de la *segunda dentición,* ó después de enfermedades graves ó de *trastornos nutritivos,* y se manifiesta por la destrucción, particularmente de las encías, que son de color rojo obscuro ó azulado, hinchadas, sanguinolentas en los puntos todavía no atacados y cubiertos de un detritus amarillo grisáceo.

La boca exhala un hedor *sui generis;* por la presión de las encías se da salida, entre diente y diente, á cierta cantidad de pus, por *necrosis* del maxilar.

Más acentuados son los síntomas locales del *noma,* porque la mucosa de los carrillos está reducida á un detritus de color gris-negruzco, exhala un fuerte hedor gangrenoso, y hay dificultad para abrir la boca con la espátula.

Los vestigios de la *sífilis* hereditaria están representados por *escoriaciones* y *fisuras* cubiertas de una substancia blanquecina, que sangran con facilidad y residen en el ángulo de la boca (1); se ca-

---

(1) De las lesiones de los labios hemos visto que las *fisuras* son las más frecuentes y el aludido Dr. Sevestre las clasifica en medianas, comisurales y dispersas. Las *medianas* radican sobre todo en el labio superior, á derecha é izquierda del lóbulo medio, ocupando el fondo de la depresión que normalmente existe á este nivel. Si se las observa bien se ve que estas fisuras llegan hasta el corion mucoso,

racterizan también por *condilomas* planos é *infiltrados* que recuerdan los *gomas*. Los condilomas son más frecuentes en la forma tardía de la sífilis, residen en las comisuras de los labios, en las amígdalas, en la mucosa de los carrillos, mientras que las *infiltraciones* aparecen en el dorso de la lengua en forma redondeada, circunscritas al tegido adyacente por una coloración más obscura y por cierto grado de resistencia. La destrucción de la úvula y la *necrosis* de los *huesos* del *paladar* se presentan de un modo escepcional en la práctica.

Las *hemorragias submucosas*, lo mismo en los niños que en los adultos, pertenecen á la *púrpura hemorrágica* y al *escorbuto*.

Forman también gran parte de la patología de la boca, las inflamaciones de las amígdalas y de la faringe, las cuales son de naturaleza *catarral, flegmonosa, diftérica* ó específica.

La rubicundez, la hinchazón, las manchas de

---

alcanzando por su extremidad anterior las inmediaciones de la piel y prolongándose por detrás sobre la mucosa en una extensión de 6 á 10 milímetros; tienen la forma de un huso y miden en su parte media 1 á 2 milímetros de anchura, estando afiladas en los extremos. Su fondo es rojo, unas veces sanguinolento y otras de un color amarillo-albaricoque, y recubierto por una concrecioncita amarillenta bastante consistente.

Así constituidas, estas fisuras son un *signo casi cierto de sífilis;* pero cuando son superficiales pueden ofrecer algunas dudas que se disipan por la pronta curación *(loc. cit.)* (N. del T.)

color blanco-amarillento ó amarillo-grisáceo y la pseudo-membrana, á juicio de todos los prácticos, son síntomas lo mismo de la *angina catarral* que de la *diftérica*. Ambas enfermedades pueden fácilmente ser confundidas en un principio, pero después de 24 á 36 horas ya no es tan fácil, porque la primera ó da cierta tregua ó tiende á la mejoría. Cuando la difteria se presenta con carácter benigno simulando un *simple catarro* de las fauces, cuya duración no alcanza más de 6 ú 8 días con resultado satisfactorio, la exactitud del diagnóstico tendrá por base los siguientes caracteres: el exudado de la angina simple es de color gris ó ligeramente amarillento, está situado sobre la mucosa tumefacta como un exudado crupal, bajo la forma de manchas ó puntos aislados, y se componen de epitelio desprendido de la mucosa, reunido por un tegido ó materia amorfa y fibrinosa (1). El proceso de esta

(1) Los estudios practicados en la difteria por Mrs. Roux y Yersin, publicados en los «Anales del Instituto Pasteur,» han demostrado de una manera evidente que el agente específico de la difteria es el bacilo de Klebs y de Lœffler. Después de nuevas experiencias, dichos señores han probado que el bacilo específico de Lœffler, es el que segrega el *veneno diftérico* parecido, por muchas de sus propiedades, á las diastasas; el cual está dotado de un gran poder tóxico. Deducen finalmente, que la infección general en la difteria, no es producida por el *microbio* sobre los tegidos, sino por la *difusión*, por todo el organismo, del veneno segregado en las mucosas donde aquél ha penetrado. (Nota del T.)

enfermedad empieza regularmente por un lado, é invade sucesivamente el otro.

Será también un poderoso auxiliar, para el diagnóstico de dicha enfermedad, el conocimiento de un caso semejante ocurrido en un miembro de la misma familia, como también la propagación sucecesiva del proceso diftérico al velo del paladar, á la úvula y á las fosas nasales.

El *exudado diftérico* está adherido tenazmente á la mucosa tumefacta, y al mismo tiempo presenta un aspecto lardáceo de color blancuzco ó blanco-grisáceo, y tiembla como la gelatina; desprendido con la espátula, dá lugar á que la mucosa sangre con facilidad. Los enfermos exhalan un olor fétido característico, con síntomas generales de una grave enfermedad infectiva.

Las *anginas específicas* reconocen como causa la *escarlatina,* el *sarampión* y el *tifus;* y los procesos ulcerativos de esta región van unidos, tanto á la *angina catarral* como á la *diftérica,* y también á la *sífilis.*

La *hipertrofia* de las *amígdalas,* originada por *inflamaciones crónicas* repetidas y el *flegmón* de las mismas, no ofrecen gran dificultad en el diagnóstico; no sucede así en el *absceso retro-faringeo,* por más que éste suele presentarse raras veces. Más adelante se hablará de los síntomas que hacen sospechar la presencia del mismo; aquí únicamente hay que consignar, que examinando las partes laterales ó el fondo de la faringe, no se descubre

nada patológico, ó á lo más, síntomas de una *inflamación catarral.* Al cabo de una ó dos semanas aparecen síntomas de dificultad en la respiración; el niño ronca, está amenazado de sofocación, al beber regurgita los líquidos por la nariz y por la boca, y últimamente se pone cianótico.

Tocando con el dedo la faringe, en la cámara posterior se percibirá con facilidad un tumor redondo, fluctuante, de la magnitud de una avellana y á veces como una nuez, situado en la línea media ó hacia los lados. Hay que tener presente que no siempre el tumor es un absceso, y que Taylor encontró en el lugar de éste un *lipoma,* y Pauly presentó un caso, en que el tumor era ciertamente un absceso, pero residía entre la base de la lengua y la epiglotis.

Esófago.

El esófago en los niños puede estar estrechado por *vicio congénito,* en cuyo caso desde el primer momento que toman el pecho, devuelven la leche por la nariz ó por la boca. El *muguet* y los *exudados diftéricos,* propagándose hacia abajo, pueden obstruir la luz del conducto é impedir hasta los movimientos de la deglución.

Son muy raros los casos de estrechez originada por *degeneración carcinomatosa* ó por *compresión* de *tumores* situados en órganos vecinos; no así la que sigue á la ingestión de substancias cáusticas, por

poca previsión de parte de los padres ó por equivocaciones que desgraciadamente suceden en las familias. Después de cuatro á seis semanas de la cauterización producida por las substancias cáusticas ingeridas, se presenta la *estenosis,* cuyo principal síntoma sospechoso es que el pequeñuelo rechaza todos los líquidos, enflaquece, y adquiere un color cadavérico; por medio de la sonda, será fácil encontrar el sitio y naturaleza de la lesión; si el sondaje es difícil, se puede entonces poner en práctica la *auscultación* del esófago. Veisz emplea el *estetoscopio* ordinario, que coloca sobre el cuello ó aplica directamente el oido á la izquierda de las apófisis espinosas de las vértebras dorsales. En el período de la *escara,* si se hace deglutir algún líquido al enfermo, se percibirá por medio de la auscultación un ruido lento y desigual, áspero y de roce. En el período de *ulceración,* el ruido semeja al de las burbujas de aire al deshacerse en el agua, y el líquido pasa con cierta velocidad variable, retardada y desigual. Y por último, en el estado de cicatrización, el líquido desciende con lentitud cuatro ó cinco veces menor que de ordinario, hasta el sitio de la *estenosis,* para de allí ser regurgitado ó pasar ruidosamente al estómago.

Estómago.

El estómago del recién nacido es de forma cilíndrica, y está situado perpendicularmente en la

cavidad abdominal; su capacidad es de 35 á 43 centímetros cúbicos de líquido; en los primeros días se desarrolla gradualmente; pasados catorce días, su capacidad es de 153 á 160 centímetros cúbicos; y al final del segundo año es ya de 740 c. c. (Beneke). A causa del desarrollo incompleto de los planos longitudinales y transversales de la túnica muscular, los movimientos peristálticos se verifican de un modo casi insensible.

El jugo gástrico está ya dotado de cierta energía, digiere con facilidad la caseina, fibrina y demás substancias albuminoideas de la leche materna; mas si ésta las contiene en exceso, darán lugar á gruesos coágulos de caseina, que presentan mayor dureza cuando el niño es alimentado con leche de vaca (Simón y Biedert).

¿Es accesible á un examen objetivo el estómago del recién nacido? Según Fleischmann, no es accesible cuando está vacío y contraido sobre sí mismo; pero cuando está lleno de líquido, se puede, teniendo cierta práctica, señalar en la pared anterior del abdomen, un área de forma triangular situada entre el hígado y el reborde costal izquierdo. El *vértice* de dicho triángulo corresponde al punto donde el hígado se separa del reborde costal izquierdo, y la *base* está formada por una linea horizontal de longitud variable.

En el cadáver, la *altura* del triángulo es de tres centímetros, y la base de 4 c. m..; ésta llega, por una extremidad, hasta la línea mamilar izquierda,

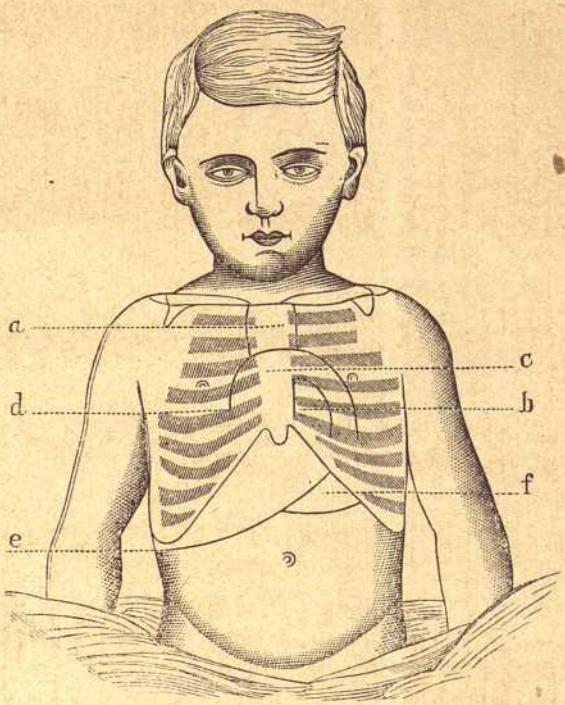
y por la otra pasa la línea media. Cuando se encuentra lleno el ventrículo, el *fondo* y la *gran curvatura*, corresponden en la pared lateral torácica, á la línea axilar, desde el borde inferior de la sexta costilla izquierda, al de la arcada costal. Si la plenitud del estómago es de un grado medio, alcanza hasta la octava costilla, esto es, disminuye una extensión de dos á cuatro espacios intercostales.

El sonido obtenido á la *percusión* del estómago puede comprobarse en el triángulo descrito, en el plano anterior del cuerpo; y en el dorso, en una línea, que desde el pliegue axilar posterior desciende hacia abajo (véase la figura).

En la *dilatación* del ventrículo, el triángulo de Fleischmann llega á ser mayor inferiormente, y la base, de horizontal se hace convexa hacia abajo. Dicha afección en los primeros años, como asegura Blache y Moncorno, es más frecuente de lo que comunmente se cree; la causa puede ser la *estenosis del píloro y del cardias* por convulsiones durante el *histerismo*, la *clorosis*, la *epilepsia*, y *catarros crónicos*, consecutivos á la *sífilis hereditaria*, á la *malaria*, al *raquitismo*, *mala higiene* y *alimentación impropia*. Cuando los niños contraen con energía la pared abdominal, el resultado de la palpación es negativo; el ruido de *gorgoteo* se revela también con dificultad, y por este motivo el pediatra brasileño recurre al medio conocido de los polvos efervescentes juntamente con la *percusión auditiva*.

Afortunadamente para el diagnóstico de las

afecciones gástricas aparecen algunos síntomas; entre los cuales son de grande importancia el *asma*, el *vómito* y la *cardialgia*.



Límites del corazón, del timo, del hígado y del estómago en el niño sano.

a zona del timo, b zona cardíaca absoluta, c zona cardíaca relativa, d límite superior del hígado, e límite inferior del mismo, f triángulo de Fleischmann.

El *asma dispéptico* ha sido estudiado por Henoch y Silbermann: los niños que sufren de *dispepsia* suelen ponerse, por accesos, fatigados y cianóticos; si se les toma el pulso, éste se encuentra pequeño y las manos frescas al tacto. Procurando distraer al niño se calma el asma al momento, pero pronto comienza de nuevo. Se trata en este caso de una acción refleja en los filetes nerviosos del vago.

El niño que ha alcanzado la edad de seis años se queja de dolores en la región epigástrica (cardialgia), refiere á su madre que ha tenido malos ensueños durante la noche y con frecuencia despierta repentinamente sobrecogido de espanto. La *cardialgia* suele reconocer por causa la *indigestión*, la *clorosis*, ó la úlcera del estómago; en cuyo último caso, el enfermo puede limitar con precisión el sitio del órgano donde aquélla reside, como lo haría un adulto.

La *regurgitación* en el niño de pecho es producida por la succión muy apresurada; é inmediatamente que esto ha tenido lugar, ó algo más tarde, la leche se encuentra en los pañales, más ó menos líquida ó coagulada; la reacción es ácida, y el olor de substancias rancias; la causa de ésta es la plenitud excesiva del ventrículo y no debe considerarse como patológica. Es facilitada por la posición anatómica del ventrículo descrita anteriormente; y la naturaleza, desembarazando el estómago del exceso de líquido nutritivo, conduce hacia un estado dispépsico (?).

Cuando un niño revela síntomas de un débil crecimiento (enflaquecimiento, atrofia, palidez), si son éstos descubiertos por la vista ó acusados por la balanza, no se tratará de una simple *regurgitación,* sino que, más probablemente, estará desarrollada la *dispepsia.*

Además de lo que hemos dicho en otra ocasión, el *vómito* por enfermedad gástrica funcional va siempre precedido de *eructos* de mal olor, y acompañado de fluido mucoso más ó menos tenaz.

Para establecer un tratamiento conveniente, deben investigarse las causas de la dispepsia.

Una de las principales y que el práctico debe investigar atentamente, es el *estado de salud* de la nodriza ó de la madre, pues es sabido que la simple *menstruación* de éstas, las *fatigas exageradas,* la *mala nutrición* y las *afecciones morales violentas,* alterando la composición de la leche, influyen poderosamente en el funcionalismo del estómago del niño; se investigará además, si la *excesiva saliva* que afluye en el estómago durante la *dentición,* es causa suficiente para dar razón de los procesos anormales en el tubo gastro-intestinal. La *alimentación artificial* y el destete preparan todavía largos meses de *dispepsia,* como también la ignorancia é imprudencia de los padres que dan á sus hijos, en la primera infancia, los mismos alimentos que ellos toman, cuando su estómago no puede digerir aún otra cosa que la leche. En estos casos y en los que rechazan dichos alimentos, es necesario recurrir á

la leche de vaca ó cabra; pero si la leche estuviera alterada, ó si faltando, hubiese que sustituirla con las substancias que la suplen, como la *harina lacteada*, la *leche condensada*, etc., no tardaría ciertamente la dispepsia en reaparecer. La *desmesurada acidez*, en los niños de más edad, es casi siempre una de las más frecuentes causas que dan lugar al *estado gástrico* ó *saburral*, ya mencionado.

Cuando se trata de *dispepsias crónicas*, y que no ceden fácilmente á los tratamientos ordinarios, es prudente prevenir á los padres que los niños no sufren simples enfermedades funcionales, por cuanto pueden aparecer al poco tiempo, con sorpresa del médico y de los mismos, los síntomas de la *tuberculosis*, ó de otras *enfermedades abdominales*.

El aspecto de las substancias vomitadas proporcionará datos importantes para juzgar otras enfermedades; así en la *gastritis catarral aguda* abunda mucho el moco, que cubre las substancias ingeridas; además, éstas despiden un olor ácido penetrante, mezclado á veces con cierta cantidad de bilis. En la *gastritis diftérica* nótanse trozos de exudado y coágulos de sangre que flotan en el líquido vomitado; la *gastritis tóxica* presenta en los líquidos vomitados moco mezclado con sangre, además de la presencia de síntomas de *estomatitis* y *exofagitis*.

La presencia de la sangre en las materias vomitadas ofrece á nuestra observación datos también muy importantes; si aparece en el primero á séptimo día de la vida, se trata de la *melena*; en los

demás casos deben excluirse primero, la procedente de grietas del pezón de la madre ó de la nodriza, *la de laceraciones de los vasos de la nariz* y *de la boca,* por ejemplo en la *tos ferina,* en las operaciones practicadas en las fauces ó en la boca; se investigará después la *gastritis,* la *úlcera* del *esófago,* del *estómago,* del *duodeno* y la *púrpura,* y últimamente si el niño tiene cierta edad, el *histerismo.*

En el *catarro crónico* las substancias vomitadas tienen un olor repugnante, á veces excesivamente ágrio, y dá reacción ácida al papel de tornasol. En la literatura pediátrica faltan investigaciones sobre el contenido gástrico durante las fases de la digestión, en el estómago enfermo de catarro; sin embargo, Baginski, ha deducido de sus investigaciones, que además de la falta de ácido clorhídrico durante la digestión y de la presencia en exceso del ácido lácteo y de otros ácidos, la peptonización está retardada, como igualmente se produce una excesiva detención de la leche y de los alimentos en el estómago; todo lo cual prueba que no pueden ponerse en duda los trastornos de los movimientos peristálticos de esta víscera.

Respecto á los datos del *análisis microscópico* no difieren de los del adulto, y la presencia de innumerables microorganismos, bacterias, células epiteliales y leucocitos, tendrán el mismo valor semeiológico.

El *moco,* en las substancias vomitadas no es siempre de *origen gástrico;* porque durante los *accesos de*

tos en la *bronquitis, laringitis, pneumonia* y *tos ferina,* si se produce el vómito se encontrarán mezclados con los alimentos huellas de moco y de exudados, que los niños tragan ó degluten en dichas enfermedades.

La *invaginación* y el *ileo* son frecuentes, y el vómito de olor fecal no será el síntoma más raro en la práctica de las enfermedades de los niños, como también la expulsión de ascárides durante los esfuerzos del vómito.

Intestino.

El conducto intestinal del niño, especialmente el delgado, con relación á la longitud del cuerpo es mucho más largo que en los adultos. De las medidas tomadas por Beneke se deduce, que en los recién nacidos el intestino está en la proporción de 570 : 100, en el segundo año de la vida de 660 : 100, en el sexto de 510 : 100, y á los treinta años de 470 : 100. Las capas musculares de los intestinos están muy poco desarrolladas, por lo cual son incompletos los movimientos peristálticos, son escasas las glándulas de Peyer y de Lieberkühn, y por el contrario, el sistema linfático muy desarrollado. —El páncreas de los recién nacidos está desprovisto de fermento diastásico, pero segrega un fermento péptico que emulsiona las grasas. Al segundo mes la acción diastásica es mínima, y solo al final

del segundo año es cuando está en plena actividad (Korowin).

En la bilis no se encuentra el ácido glicocólico, y la cantidad de dicho fluido, como sus componentes, están disminuidos, escepto el ácido taurocólico que está en aumento. (Jacubowitsch). En el período fetal y en el niño recién nacido, no existen fermentaciones, por lo cual faltan los gases (Breslau, Senator).

La *forma* que adquiere el abdomen en los niños de pecho es como la de un tonel algún tanto desarrollada, si se compara con la del torax; reconoce por causa la posición baja del diafragma, y se debe en gran parte al desarrollo y á la tendencia natural de los intestinos á la formación de gases.

La circunferencia en el recién nacido es de 37 c. m.; al año de 45 c. m.; á los cinco años cerca de 100 c. m., y á los catorce años llega á 136 c. m.

Hé aquí cómo describe Valleix la exploración del vientre en los niños: «Coloco al niño en una »silla pequeña, y sosteniéndolo por detrás, fijo la ca»beza con una mano: en esta posición lo expongo »á la luz directa de una ventana, é inmediatamen»te cesan los gritos, abre los ojos y mira fijamente »á un punto. Procedo entonces á la palpación, que »pasa desapercibida para el niño si la presión no »es dolorosa. He podido de este modo comprimir »las paredes abdominales hasta tocar la columna »vertebral, y ejercer fuertes presiones, en niños

»que no daban el menor signo de sensibilidad; »mientras que por el contrario, cuando estaban »acostados, el más ligero contacto provocaba fuertes »gritos.»

West aconseja pasar la mano por debajo de los vestidos del enfermito y examinar el vientre sin alterar la posición, mientras que la madre ó la nodriza distraen la atención del niño.

El *meteorismo* ofrece á la inspección una distensión anormal del vientre, está flexible y elástico á la palpación, y da además, por la percusión, un sonido timpánico.

En los primeros días del nacimiento el recién nacido evacua el contenido intestinal, ó sea el *meconio,* el cual está compuesto de un barniz caseoso, moco, bilis, epitelio, pelos, grasa y masas amarillas ó amarillo-obscuras de forma irregular, las cuales contienen probablemente bilis mezclada con colesterina (Forster).

Si el vientre está meteorizado—distendido por gases—y solo se expelen materias mucosas muy tenaces, debe sospecharse *estenosis* ó *atresia congénita del intestino;* si estos síntomas se manifestaran más tarde pueden depender de una *afección del peritoneo* ó del *intestino.*

La forma del abdomen es aplanada, si el intestino al mismo tiempo está desprovisto de gases y contraidas sus asas; esta depresión se presenta en el grado más alto de la *atrepsia,* en el último período del *cólera* y en la *meningitis tuberculosa.*

Sin un examen completo de las materias fecales, no es posible el diagnóstico de las *enfermedades del tubo intestinal*, que son tan comunes en la infancia.

La *cantidad de materias fecales* expulsadas por el recién nacido durante la edad de ocho á doce meses, es de 3 gramos por cada 100 gramos de leche ingerida, pudiendo llegar hssta 40 gramos al día (Uffelmann). Desde los dos hasta los once años, oscila entre 62 y 134 gramos al día, y la cantidad de ázoe que éstas contienen es de 20'6 á 24'7 °/₀ (Camerer).

El *color* de las heces fecales en los recién nacidos y su consistencia, son parecidas al amarillo de huevo, con tendencia más ó menos al color grisáceo, si la alimentación está constituida exclusivamente con leche de vaca. Si después de estar expuestas cierto tiempo á la acción del oxígeno del aire, las cámaras se vuelven verdosas, es debido á que los pigmentos biliares oxidándose se convierten en biliverdina; por esta razón es preciso inspeccionar las heces fecales recientes ó enterarse cómo estaban cuando fueron expulsadas. Mezcladas con agua aparecen flotando en el líquido moco, coágulos, filamentos, glóbulos y grumos de color gris blancuzco ó amarillo-blanquecino, ó bien masas sólidas como granos de mostaza. Son expelidas tres ó cuatro veces al día y están desprovistas de olor.

En algunas ocasiones no deben considerarse

como patológicas las cámaras evacuadas en mayor ó menor número, si éstas no adquieren consistencia líquida ni olor fétido.

Si se observan en los pañales las manchas producidas por las deyecciones, se ve que están rodeadas por un espacio incoloro y húmedo, ya por la orina excretada al mismo tiempo, ya por el líquido seroso en más ó en menos abundancia expulsado del intestino.

Por el *examen microscópico* se descubren multitud de gotas de grasa y agujas cristalinas de formas variadas, constituidas por ácidos grasos; existen además células epiteliales planas, en menor cantidad las cilíndricas, faltando los corpúsculos de moco y linfa, pero abundando en las evacuaciones líquidas las células nucleadas y laminillas amarillentas, cuya naturaleza es aún desconocida, sales de cal entre las cuales se encuentran rara vez los fosfatos, escasa cantidad de colesterina, y el moco bajo la forma de filamentos.

Los coágulos, grumos, etc., de que ya nos hemos ocupado, reciben el nombre de caseina coagulada, cuando están compuestos de gotas de grasa reunidas por una substancia unitiva, contienen agujas cristalinas, microorganismos, albúmina y sales inorgánicas. Estas formaciones deben considerarse como anormales en la mayoría de los casos.

Entre las bacterias del intestino, Escherich ha encontrado constantemente el *Bacillus lactis aerógenes* y el *Bacillus coli commune*. No suelen encon-

trarse bacterias en el *meconio* que no ha estado aún en contacto del aire, pero suelen encontrarse ya pasadas cuatro á siete horas por la entrada de gérmenes en la boca ó probablemente también en el recto, donde se alojan varias especies, entre las cuales son dignas de ser recordadas el *Proteus vulgaris,* el *Streptococcus coli gracilis* y el *Baccillus subtilis.* Pueden además encontrarse otras catorce especies, entre ellas muchos fermentos y la *Monilia candida,* que debe considerarse como un hecho patológico si su número llega á ser extraordinario.

El análisis químico ha dado por resultado: término medio, el 84,9 % de contenido acuoso; el 13,9 % de grasa y ácidos grasos; el 0,8 % de colesterina; una cantidad insignificante de substancias proteicas no digeridas, peptona, sales terrosas, ácido láctico, ácido cólico, urobilina y moco. No se encuentran siempre el ácido butírico, el fenol, el [illegible] leucina y la tirosina; falta el azúcar ó se [illegible]dad. Los niños criados [illegible]riza, asimilan el [illegible]ientan con leche

e Baginsky, los
heces fecales en
men del modo

tienen el as-
pizarra, gri-
meraciones

blancuzcas, blanco-grisáceas ó amarillentas; despiden mal olor, algunas veces cadavérico. Al microscopio se encuentran en éstas resíduos alimenticios, gotas de grasa, almidón y squizomicetos. Al principio son éstas emitidas tres ó cuatro veces al día, después diez ó doce, en cuyo caso aparece el síndrome del *cólera nostras* con sus deposiciones características de color blanquecino, inodoro, etc.

Demme y Biedert describen una forma especial de *dispepsia* originada por *catarro* del *duodeno* en los niños de pecho, cuyas cámaras son líquidas, escasas de bilis y brillantes, semejando al amianto. El análisis químico y microscópico denota que la grasa está en la proporción de 40 hasta 67 % en las deyecciones privadas de líquido.

Tschernoff y Kramsztyk han demostrado á la vez que tal diarrea se encuentra también en los sanos y en los niños de pecho que sufren *afecciones febriles*.

Gastro-enteritis catarral aguda.—Las cámaras están mezcladas con resíduos de alimentos y despiden mal olor al principio de la enfermedad; más tarde se vuelven líquidos, pierden su olor penetrante y adquieren coloración amarillo-clara ú obscura. La reacción es frecuentemente ácida, rara vez alcalina. Por el examen microscópico se descubren bacterias de diversa forma (bacilos, diplococos, estreptococos), aislados ó unidos en zooglea, dotados en parte de un rápido movimiento; además se descubren células epiteliales del intestino

en grupos, corpúsculos de pus, muy raras las células linfoides; abundan las células de moco dispuestas en filamentos ó reunidas é íntimamente mezcladas con las materias excrementicias. Comprimiendo el cubre-objetos se distingue una figura clara, transparente, refringente, con bordes hendidos semejantes á un pedacito de hielo. Además de esto se observan resíduos de alimentos, fibras musculares, granos de almidón hinchados, células vegetales, coágulos de leche, gonidios, micelios largos, cristales de fosfato de cal, compuestos de ácidos grasos, oxalato de cal, cristales de bilirubina y la forma cristalina de Charcot-Neumann.

Gastro-enteritis catarral sub-aguda ó crónica.—El color de las heces fecales en esta enfermedad es amarillo-verdoso, y contienen materias blanco-grisáceas flotando en el líquido y copos de moco semitransparente de color gris sucio, que se prolongan en filamentos. Exhalan un olor pútrido especial. Al microscopio se observan al lado de un número extraordinario de bacterias unidas en zooglea, las mismas formaciones anotadas en la forma aguda (resíduos de alimentos, epitelio intestinal, almidón, etc.). Los corpúsculos de la sangre faltan en la mayoría de los casos, no así los corpúsculos linfáticos y filamentos de moco ó substancias semejantes á pedacitos de hielo descritos anteriormente. La reacción es alcalina ó ácida; en el primer caso contienen cristales de fosfato amónico-magnésico, en el segundo ácidos grasos, cristales de bilirubina,

colesterina y cristales de Charcot-Neumann. El examen químico descubre en ellas una cantidad insignificante de albúmina y leucina, colesterina y grasa en abundancia, dando un resíduo de ceniza de cerca de 20 á 25 °/₀. Dichas materias son expelidas cinco á diez veces al día sin verdadero tenesmo ni dolores.

Cólera infantil.—Las deyecciones se repiten frecuentísimamente, primero de color amarillo obscuro ó verdosas, después acuosas y muy abundantes. Al microscopio se descubren vibriones y epitelio sin vestigios de moco y sangre (1).

Enteritis folicular.—La materia fecal está repre-

---

(1) El profesor A. Baginsky ha encontrado en las materias diarreicas del cólera infantil *trece* clases de bacterias y fermentos y además spirilos. La mayor parte de estas formas de bacterias comprobadas pertenecen al grupo de los *saprofitos*. De sus numerosos experimentos bacteriológicos y químicos deduce y afirma que hasta ahora no ha encontrado en esta enfermedad un microorganismo que aparezca constante ó se presente en la mayoría de los casos, para que pueda ser considerado como el verdadero factor etiológico. Manifiesta que en el estado presente de nuestros conocimientos no se puede admitir sino que en el *cólera infantil obran como factores etiológicos diversidad de bacterias* que están caracterizadas como saprófitos.

Asegura que el cólera infantil es una enfermedad *saprógena* debida á excitantes de la putrefacción y que á la acción compleja de las substancias elaboradas por los *bacilos* y las *ptomainas* (peptonoides, ptomainas, indol, fenol, amoniaco, las cuales son llevadas por las vías linfáticas y sanguíneas á todo el organismo), se debe atribuir la génesis del síndrome de dicha enfermedad.

A. Baginsky Ueber Cholera infantum. Berlín 1890.

(Nota del T.)

sentada por una pequeña cantidad; predomina el moco semiliquido y turbio, en parte mezclado con aire. Se observan muchas veces estrías de sangre y pus que cubren á las escasas heces fecales, éstas son verdes ó amarillo-grisáceas, en cuyo caso despiden olor cadavérico y dan reacción alcalina. Al microscopio se observan células epiteliales en abundancia, gruesas células de moco transparente, hinchadas, corpúsculos rojos de la sangre, corpúsculos purulentos, células epiteliales en vías de destrucción provenientes de la mucosa intestinal y de las glándulas de Lieberkühn, ó transformadas en masas gruesas, transparentes como el moco. En su principio se encuentran pocos microorganismos, pero más tarde abundan formas ovales de cocos, hongos de fermentación, y últimamente formas bacilares. Entre los cristales predominan los de fosfato amonio-magnésico y los ácidos grasos en combinación con la cal (1).

---

(1) *Diarrea verde bacilar.*—En el año 1884 los Sres. Damaschino y Clado encontraron en la diarrea verde de los niños un bacilo especial que disminuía en número cuando descendía la coloración verde de las excreciones.

Más tarde (el 17 de Mayo de 1887) el profesor Hayen, desconociendo el descubrimiento de dichos señores, presentaba á la Academia de Medicina de París una comunicación, resultado de los experimentos practicados en la Casa-cuna del Hospital de San Antonio, de cuyo servicio se hallaba encargado. Advirtió este señor que siempre que ingresaban en la Casa-cuna uno ó varios niños con diarrea verde, se declaraba casi inmediatamente una especie de

Enteritis pseudo-membranosa.—Se expelen materias de moco y sangre unidas á trozos de tegido intestinal con escasos excrementos. Estas materias al examen microscópico hacen descubrir corpúsculos de moco, corpúsculos rojos de la sangre, pus, y gran cantidad de micro-organismos, aislados ó unidos en zooglea. Kartulis ha encontrado algunos amibos; sin embargo, otros autores afirman que no son específicos de tal enfermedad.

Tuberculosis intestinal.—Las evacuaciones son de aspecto diarréico y de color obscuro, contienen par-

---

epidemia que atacaba gran número de niños. En vista de esto practicó el ensayo de las deyecciones, obteniendo reacción neutra ó alcalina. El Dr. Lesage, interno de Hayen, encontró en las materias verdes un bacilo especial amarillento que pudo aislar y cultivarlo en la gelatina peptonizada, logrando hacerle abortar con una pequeña dosis de ácido láctico.

El autor opina que este bacilo no basta por sí solo para causar la *diarrea verde* si no encuentra un terreno preparado por la *dispepsia;* por esta causa quizás el bacilo encuentra en el intestino la oportuna condición de desarrollo.

Esta enfermedad es contagiosa; y los gérmenes depositados en los pañales sucios por las deyecciones, constituyen los agentes del contagio. La diarrea verde bacilar no invade sino á los niños menores de dos años.

Se distinguen actualmente tres formas: una forma ligera, otra forma mediana y otra grave ó coleriforme, caracterizada por excreciones líquidas de color verde, y de la cual he tenido ocasión de apreciar algún caso en esta ciudad.

(N. del T.)

tículas y trozos de excrementos duros, moco, pus, sangre y exhalan un olor repugnante. Al microscopio se descubren los bacilos de Koch.

Degeneración amiloidea.—Las heces fecales son líquidas amarillo-pálidas, de muy mal olor á causa de la falta de secreción biliar y de la degeneración al mismo tiempo de las glándulas del intestino, que no segregan ya sus jugos propios.

Atrofia ó *Atrepsia.*—Las deyecciones son como lodo, homogéneas, recuerdan la consistencia del ungüento y tienen coloración amarillo-obscura. El microscopio no revela ni corpúsculos de linfa, ni epitelio, ni substancias alimenticias, solamente se ven detritus y resíduos celulares.

Ictericia de los recién nacidos.—Mientras en la ictericia de los adultos, los excrementos son de aspecto blanco-grisáceo, por defecto de los pigmentos biliares, si la *ictericia* ataca al recién nacido, las heces fecales se presentan como en el estado normal, de amarillo de oro ó tendiendo ligeramente al obscuro.

Melena.—Las evacuaciones ventrales son de color negruzco, se expelen en el primero ó segundo día, las primeras aún contienen meconio y heces fecales, pero más tarde ya no están constituidas más que por sangre pura, líquida y coagulada. La sangre en la *falsa melena,* no es producida por rotura de los vasos de la mucosa gastro-intestinal y del esófago, si no procede de la succión de un *pezón ulcerado* ó depende de una *operación* practicada en

la boca ó cosa semejante: en estos casos la sangre aparece en las cámaras en tiempo indeterminado, pocas horas después que el niño ha mamado, y en cantidad menor; además, los niños no ofrecen ningún síntoma de agravación después de dichas evacuaciones.

La sangre aparece en las cámaras en la *infección palúdica grave;* si va unida á vómitos y astricción de vientre, acaso esté desarrollada la *invaginación*, que se presenta casi siempre en el primer año de la vida; si coincide con la *ictericia* hará sospechar en la *atrofia aguda del hígado;* en la *púrpura,* sea *simple* ó *hemorrágica,* la enterorragia es la regla. Durante la defecación, ó repentinamente después, si la sangre se expele á gotas ó en corta cantidad, mezclada íntimamente con las substancias fecales, puede presumirse la existencia en el recto de uno ó más *pólipos*. Fuera de estos casos en casi ninguna enfermedad aparece la sangre en las heces fecales de los niños; en el curso del *ileo-tifus* las enterorragias tampoco son frecuentes.

Helmintos.—Son estos huéspedes muy familiares en el intestino de los niños. Su presencia pasa muchas veces inadvertida; en otras circunstancias dan lugar á varios fenómenos de origen reflejo, que hacen sospechar su existencia, como el prurito del ano y de la nariz, en las niñas en la vagina, dolores intestinales en el momento de dormir; color pálido, mal olor del aliento, la dilatación de la pupila, vértigos, calofríos, éxtasis, cefalalgia, etc.

No suele presentarse la *eclampsia* verdadera, los accesos de *epilepsia*, la corea, ni las contracturas en la helmintiasis; por lo tanto las historias clínicas relativas referidas en los libros deben considerarse erróneas.

Todavía anda escrito que la *tenia*, además de los dolores de vientre, náuseas y salivación, produce estímulo al defecar sin resultado, sensación especial en las piernas, dificultad en la marcha, etcétera.

Los helmintos que con más frecuencia se alojan en el intestino de los niños y que se encuentran en las heces fecales son tres: los *ascárides*, los *oxiuros* y la *tenia*.

Ascárides lumbricoides.—El cuerpo es fusiforme, no segmentado. La boca tiene tres labios provistos de papilas tactiles y finísimos dientes. El macho tiene una longitud de 250 mm.; la hembra puede alcanzar la longitud de 400 mm. La extremidad caudal del macho está encorvada sobre sí misma hacia la parte ventral y provista de papilas.

La vulva en la hembra está situada exactamente detrás y en el tercio anterior del cuerpo. Los huevos son de un color amarillo obscuro y redondos, tienen un diámetro de 0'06 á 0'07 de mm. En el estado fresco están cubiertos de una película de albúmina festoneada, á la cual sigue una cubierta dura que encierrra un contenido fuertemente granuloso.

Oxiuros vermicularis.—El macho tiene una lon-

gitud de 4 mm., la hembra de 10 mm. Los labios son pequeños y en forma de nudos, y en la extremidad cefálica tienen un apéndice ancho articular. La parte posterior del macho está provista de 6 pares de papilas. La hembra tiene dos úteros, que de la extremidad de la vagina corren simétricamente de delante hacia atrás. Los huevos son de 0'05 mm. de largos por 0'02 á 0'03 de anchos, los envuelve una membrana con doble ó triple contorno, y el contenido está formado de granulaciones simples; con frecuencia se encuentra en su interior el embrión.

Tenia.—Son helmintos reunidos en colonias. La cabeza tiene el aparato de presa, á ésta sigue una serie más ó menos numerosa de anillos conocidos con el nombre de *proglótides.*

La *tenia medio-canelata* alcanza la longitud de 4 á 5 metros, está provista de 4 ventosas con las que ataca á la mucosa. Las *proglótides* son más largas que anchas, y lateralmente á éstas se abren los órganos sexuales. Los huevos son ovales, su longitud es de 0'036 mm. por 0'03 mm. de anchos, y están contenidos en una gruesa cubierta.

El *cisticerco* vive en la carne del buey, del ciervo, corzo, etc.

En Sicilia es algún tanto común la *tenia enana* y la *leptocephala* (Grassi).

Las otras especies (la *solium*, la *elliptica)* y el *Bothriocephalus latus* son más raras.

Cuerpos extraños.—Los huesos de ciruelas, de

cerezas, las monedas, agujas y otros cuerpos extraños que penetran con facilidad en el estómago, pueden producir en el intestino procesos de cierta gravedad, como *peritiflitis, peritonitis secundaria, perforaciones,* etc.

Hígado.

El hígado del recién nacido es más grande y más rico en sangre relativamente que el de los adultos; su volumen es mayor que el de ambos pulmones reunidos, solo que estos términos se invierten en la época de la pubertad (Beneke).

¿Cómo debe explorarse el hígado en la infancia? La palpación presta un gran servicio en este examen, porque las paredes del abdomen son muy suaves y flexibles. Valiéndonos de este medio, en el estado normal se descubre fácilmente el borde inferior de la glándula hepática; especialmente en los dos primeros años, desciende más que en los adultos.—Sahli atribuye este fenómeno á la forma del torax en la infancia; en efecto, las costillas, según las observaciones de Henke, están menos inclinadas hacia abajo en las paredes laterales del torax que en los adultos; por esta razón el hígado se encuentra descubierto de la caja torácica en una extensión mayor; lo que en otros términos equivale á decir que el borde de éste está situado más abajo que el de las costillas; añádese á esto el mayor desarrollo relativo del hígado. Por medio de cortes

á cuadrícula y como si éstos se fijaran en las paredes del abdomen con alfileres, Henke ha encontrado que el *límite inferior* del hígado dista:

	del apéndice xifoides en la línea media	del reborde costal en la línea mamilar derecha	del reborde costal en la axilar media derecha
recién nacido	3,5 á 3,8 cm.	2,6	2,0
1 $^1/_2$ meses	5,0 cm.	1,5	»
1 $^1/_2$ año	6,0 cm.	4,0	»
5 años	7,0 cm.	1,0	»

El *límite superior* empieza en la parte anterior por bajo de la cuarta costilla, en donde se encuentra el punto más alto de la convexidad del hígado. Dicho límite no se puede determinar linealmente, pero puede reconocérsele lo suficiente para juzgar en la práctica la magnitud del órgano; por medio de la percusión el límite alcanza 1 á 2 cm. más bajo que el anatómico (Birch-Hirschfeld).

(Véase la figura en la página 92).

El *área de macidez absoluta,* en posición dorsal, mide en la línea mamilar derecha, desde 3 días á 10 meses, 4 á 5 cm.; de 2 años á 3, de 5 á 8 cm.; á los 5 años suele medir 10,0 cm., oscilando no obstante á los 14 años, pero sin pasar de 10,0 cm. Podemos consignar que la macidez empieza en el 5.° espacio intercostal, está más baja que el reborde costal en una extensión de 2 á 3 cm. en la línea mamilar, cerca de 5 á 6 cm. en la peri-esternal.

Birch-Hirschfeld cree que puede trazarse en los niños el área de macidez de la vesícula biliar en

los casos en que ésta se encuentra extraordinariamente distendida: encuéntrase dicha área hacia afuera del borde externo del músculo recto abdominal, y costea el límite inferior del área hepática.

La vesícula biliar y los conductos biliares pueden *faltar* ó presentar *atresia congénita;* pero esto no sucede con tanta frecuencia como su *distensión,* por la penetración de *ascárides* en los conductos biliares, lo cual es causa de *hepatitis supurada* en algunas ocasiones.

Encontrándose el borde inferior del hígado algún tanto más bajo, sucede que en el caso de aumento insignificante de éste (como por ejemplo *degeneración parcial en la tuberculosis general),* durante la vida se descubren y palpan tumores de cierta importancia, que no se encuentran por la percusión.

A Henoch le ha sucedido en casos parecidos de *peritonitis tuberculosa con ascitis*, diagnosticar una *cirrosis hipertrófica* y después al practicar la autopsia encontrar que no era tal.

Pocas veces el área de macidez en los niños se encontrará *disminuida,* porque la *atrofia aguda* y la *cirrosis atrófica* en esta edad pertenecen á la excepción.

Conviene, sin embargo, hacer un examen detenido de dicho órgano ante el hecho de la movilidad de las asas intestinales, que llenas de gases pueden, en un examen superficial, hacer aparecer en los niños, el hígado más pequeño, si aquéllas se sitúan

entre la pared abdominal y su cara anterior superior.

No sucede lo mismo cuando se trata del *aumento* del área, con tal de que la tensión de los músculos abdominales producida por los gritos y la presencia accidental de una circunvolución intestinal, especialmente del colon trasverso, llena de materias fecales, no induzca al médico á error, en cuyo caso conviene recurrir á la anestesia ó dejar el examen para otro día.

En la mayoría de los casos, el *aumento* de *volumen* del *hígado* suele presentarse en su borde inferior, no variando apenas el límite superior; esta regla tiene sus excepciones, así en los niños como en los adultos; en efecto, esto sucede cuando el aumento de volumen se efectúa en la parte superior bajo una presión considerable, como se observa en los *tumores malignos, abscesos y quistes de equinococos* situados en la parte superior del hígado y también en la *degeneración amiloidea,* en cuyas afecciones precisamente el hígado aumenta hacia arriba. Si por el contrario, los *tumores,* los *equinococos* y los *abscesos* están situados cerca del borde inferior, el aumento se verifica hacia abajo.

Las afecciones donde con más frecuencia se encuentra el área hepática *aumentada,* son las siguientes:

En el *raquitismo* el hígado sobrepasa con frecuencia el reborde costal, lo que no sucede en los niños sanos y de la misma edad. En los casos de

éxtasis biliar se percibirá mejor el reborde del hígado por la percusión (Henoch).

La *degeneración adiposa* muchas veces se diagnostica *post mortem*, y durante la vida suele diagnosticarse como tal por haber reconocido un hígado más grueso del que después se encuentra en el cadáver. Habrá motivos para sospechar la degeneracion adiposa si por la palpación se percibe una superficie lisa, un borde ligeramente afilado que sobrepasa la arcada costal y existen antecedentes de *difteria, escarlatina, tuberculosis* ó *diarreas crónicas*. En la *degeneración amiloidea* el hígado es liso, duro, grande hasta llenar con frecuencia la cavidad abdominal, de bordes obtusos y engrosados; hay antecedentes además de *caries, tuberculosis, sífilis, enfermedades crónicas, articulares*, y participan del proceso el bazo y los riñones (albuminuria). El *hígado sifilítico* está aumentado de volumen, es de superficie desigual, duro y doloroso á la presión, y se acompaña de todo el cortejo de la *sífilis hereditaria*. En los *quistes* de *equinococos* el tumor, siempre en aumento, es liso, indolente, manifiesta con frecuencia claramente la fluctuación. En casos de duda, la punción exploratriz decidirá de un modo positivo, ya que el *extremecimiento hidatídico* no es patognomónico (Landau).

Bazo.

El examen objetivo del bazo ofrece algunas di-

ficultades, porque los niños, si son muy pequeños, durante la exploración se mueven violentamente y contraen los músculos abdominales, de tal modo que hacen con frecuencia imposible dicho examen. Además la gran presión que ejerce el diafragma y la distensión del intestino por los gases, cambia la posición del bazo en todas direcciones; Henoch dice que debe admitirse siempre con desconfianza toda historia clínica en que se refiere una y otra vez haber sido reconocidos los límites del bazo con la simple percusión.

Sahli ha obtenido resultados prácticos en la exacta limitación del *área esplénica* por medio de la palpación y percusión ejecutadas ligeramente en los niños quietos y de cierta edad.

En el estado fisiológico y en la posición dorsal, el *área de macidez absoluta* es de forma prolongada y está limitada por tres puntos: uno *anterior*, otro *inferior* y el tercero *superior*. El punto anterior corresponde á la extremidad anterior del bazo; el superior al ángulo que forma el bazo con el pulmón; el inferior al borde inferior del bazo. El primero se encuentra en la línea axilar media, el tercero en la proximidad de la punta de la undécima costilla en la línea axilar posterior, y el superior se encuentra al nivel de la novena costilla en la axilar posterior y se dirige, colocándose en el lado derecho, hacia adelante y abajo á causa de la movilidad pasiva del borde del pulmón. Por detrás no se puede limitar la zona absoluta á causa de la macidez pro-

ducida por los músculos lumbares. Estos tres puntos designados en los niños concuerdan exactamente con los límites anatómicos, con tal que no se presente ninguna causa desfavorable, como sucede en el meteorismo, superposición de algunas circunvoluciones intestinales y otros.

En la mayoría de los casos el autor antes citado encontró, además de la macidez absoluta, una zona de macidez relativa, que él considera como *macidez relativa del bazo.* Tiene la forma convexa, y el vértice de la línea curva que la limita, corresponde á la región axilar cerca de la 6.ª ó 7.ª costilla, desciende hacia adelante hasta un punto medio entre la línea mamilar y axilar anterior y se inclina hacia atrás, bajando algún tanto hacia la columna vertebral, paralelo al borde inferior del pulmón.

La *macidez del bazo* falta en la carencia absoluta de dicho órgano; está *disminuida* en el bazo rudimentario; *cambiado* su *lugar* en el *bazo emigrante,* en la *trasposición de vísceras* y en todos aquellos casos en los cuales está comprimido por procesos patológicos variados en el abdomen, hacia la cúpula diafragmática, ó hacia abajo por afecciones torácicas, lo mismo que sucede en los adultos.

La palpación presta excelentes servicios en el *aumento de volumen* del bazo; sin embargo, ésta no debe practicarse como en los adultos, tocando aquí y allí bajo el reborde costal, sino elevar los dedos ligeramente y esperar que el niño en la inspiración permita que la mano, dicho de esta manera,

profundice por sí misma en la cavidad abdominal. Se sostiene la mano con ligera presión en el hipocóndrio derecho, á la segunda inspiración del niño podrá percibirse ya el tumor y á la tercera introducir más profundamente la mano. Procediendo de este modo se puede pasar sin la *percusión* en la mayoría de los casos.

El *infarto agudo* se encuentra como en los adultos en todas las *enfermedades zimóticas (ileo-tifus, intermitentes,* etc.); es un poco más raro en la *tuberculosis miliar aguda* y en la *meningitis cerebro-espinal;* Henoch no ha conseguido encontrarlo en la *escarlatina, sarampión, erisipela* y *angina catarral,* como otros autores aseguran.

El *infarto crónico* en el *raquitismo,* es un síntoma accidental; sin embargo, en dicha enfermedad no se verifican grandes aumentos del bazo ó son producidos por otras causas.

Se encuentran en la práctica *infartos del bazo,* de tamaño á veces considerable, de superficie lisa, poco ó nada dolorosos y movibles. Los niños en los que se observa tal fenómeno, si se encuentran en la primera infancia, presentan un color muy pálido, céreo, están con frecuencia edematosos y cubiertas de petequias la piel y las mucosas. El examen de la sangre excluirá la *leucemia;* la ausencia de *adenitis,* la *pseudo-leucemia;* pero no la *sífilis,* ni la *malaria,* ni el *raquitismo.* Estos casos son mortales, siendo así que la anatomía patológica revela únicamente simples hiperplasias del parénquima de

dicho órgano, y por otra parte el momento etiológico se escapa á las más minuciosas investigaciones.

Para el conocimiento de la *degeneración amiloidea*, además de la etiología, que es la misma que la del hígado, hay que tener presente la participación que puedan tener otros órganos en dicha enfermedad.

La presencia de infartos en los gánglios linfáticos y el examen de la sangre, son los síntomas que denotan el *infarto del bazo* en la *leucemia* y *pseudoleucemia*.

Peritoneo.

Las afecciones del peritoneo se reconocen como en los adultos. Vogel aconseja sentar á los pequeñitos ó colocarlos boca abajo, porque en la posición supina los exudados se descubren difícilmente, en especial si existen en pequeñísima cantidad.

En el recién-nacido la *peritonitis aguda* se desarrolla siempre consecutivamente á *procesos piohémicos* ó *sépticos*, en los cuales, además de los fenómenos locales, no faltan los generales; también puede ser producida por *atresia congénita* y *oclusión*. En niños de más edad la causa debe buscarse en la *peritiflitis, erisipela, escarlatina, ileo-tifus, enteritis, tuberculosis intestinal* y *ganglionar* y finalmente en los *traumatismos* y en los *enfriamientos*.

Uno de los síntomas que faltan en la *peritonitis* del recién-nacido es el vómito, no siendo siempre

posible percibir la existencia del exudado con los medios ordinarios de investigación, ya porque exista en pequeña cantidad, ya porque lo enmascare el meteorismo que le acompaña.

La presencia del aire en la cavidad peritoneal hace ocultar el área de macidez del hígado si éste se halla fijo por una *perihepatitis adhesiva;* corrobora el diagnóstico la percepción del ruido de gases del intestino durante los movimientos peristálticos (Wagner).

Durante la infancia se observa una tendencia marcada á la *peritonitis crónica,* tanto *simple* como *tuberculosa;* la primera es debida á *causas reumáticas* ó á *desarreglos* en la *digestión;* la otra es consecutiva por lo general á la *tuberculosis* de los otros órganos.

Finalmente, no es raro en casos de *tuberculosis,* encontrar el abdomen aplanado ó retraido, aunque por lo general se presente tumefacto en estos casos; el foco primitivo está representado con frecuencia por un solo *gánglio caseificado,* estando todos los demás órganos sanos ó al menos aparecen tales clínicamente. En estos casos el diagnóstico de la *peritonitis* es sumamente difícil y es prudente en ocasiones no establecer ligeramente pronóstico favorable en la *peritonitis crónica.*

El examen atento de todos los órganos, en particular del hígado, del corazón y la anamnésia, darán luz para el diagnóstico de la *peritonitis,* evitando confundirla fácilmente con la *ascitis simple.*

Gánglios linfáticos del abdomen.

Los gánglios linfáticos de la cavidad abdominal participan de todas las afecciones del tubo intestinal, tanto agudas como crónicas. Cuando adquieren la magnitud de una ciruela y el meteorismo y la tensión de las paredes abdominales no son obstáculo á la mano exploradora, se pueden tocar muy bien, y sirven para confirmar el diagnóstico de las enfermedades abdominales, especialmente la *tuberculosis del intestino* y *del peritoneo;* no será por demás supérfluo mencionar que con frecuencia algunos suelen confundirlas con masas fecales endurecidas y detenidas en los repliegues del intestino grueso. La anamnésia y los frecuentes esfuerzos que los niños hacen, causa algunas veces de las hernias y prolapso del ano, ayudan al diagnóstico de la *coprostasia.*

El *sarcoma* y el *carcinoma* presentan superficies desiguales, abolladas y de consistencia dura; al mismo tiempo están tumefactos otros gánglios superficiales y en menor grado los inguinales. Veremos cómo pueden distinguirse estas neoplasias de las del riñón.

APARATO UROPOYÉTICO.

Riñones. Pelvis renal. Uréteres.

Para reconocer las enfermedades que afectan á este aparato es necesario, ante todo, hacer el examen microscópico y químico de la orina.

En el recién-nacido, la orina se recoje en esponjas, vejigas de goma, ó mejor, con un delegadísimo cateter elástico.

Raras veces tiene lugar la primera micción inmediatamente después del nacimiento; algunas veces se verifica al final del primer día; con más frecuencia, en el 2.° ó 3.° (Martin y Ruge).

Desde el 2.° hasta el 60.° día, la cantidad de orina expelida en 24 horas, oscila entre 130 y 417 centímetros cúbicos, por término medio; aumenta considerablemente en dicho tiempo desde el 1.° hasta el 5.° ó 10.° día, y lentamente del 10.° hasta el final del segundo mes (Cruse). Desde los 2 hasta los 11 años dicha cantidad oscila en un promedio de 619 y 1.034 cm. cúbicos (Camerer).

La escasa cantidad de sedimento en la orina de los primeros dias, se compone de epitelio y ácido úrico, su color es obscuro y turbio, siendo más tarde claro ó de amarillo paja.

Para juzgar si la orina segregada tiene su coloración natural, y la cantidad es normal basta, des-

pués de cierta experiencia, examinar los pañales en que ha estado envuelto el niño.

El *peso específico* disminuye rápidamente hasta el 5.° ó 10.° día, poco menos después del décimo, y su promedio alcanza de 1.005 á 1.010.

La *reacción* en los primeros días, es ácida, y cuando no lo es tiende ordinariamente á la alcalinidad; luego, más tarde, se hace neutra.

La cantidad de *úrea* en los recién-nacidos es menor que en los adultos; en efecto, en aquéllos, un litro de orina contiene por término medio 3,03 gramos de úrea, hasta la edad de un mes: teniendo el niño el peso medio de 3,850 gramos. Disminuye la úrea gradualmente, y hacia el 10.° día tiende de nuevo á aumentar. No dejan de tener influencia, respecto á la cantidad de úrea, el peso, la temperatura y la edad; así, para un aumento de peso de 1,500 gramos, la úrea aumenta unos 0,63 por litro, correspondiendo el mínimum de úrea á temperaturas bajas (Parrot y Robin). Hasta los 11 años oscila entre 11,1 gramos y 15,1 como término medio en las 24 horas (Camerer).

Cruse ha encontrado abundancia de *cloruro de sodio* en la orina de los niños de pecho; pero su cantidad disminuye con la edad. En el 1.° y 2.° mes está en la misma proporción que en los adultos, esto es 1 : 1,7 hasta 2,2; de los 3 á los 5 años la cantidad es de 0,57 gramos por kilogramo de peso; á los 11 años es igual á 0,44 gramos; á los 16 es igual á 0,18.

Con frecuencia falta el *ácido fosfórico* y cuando existe se encuentra en cantidad escasa.

En las primeras micciones se encuentra siempre el *ácido úrico;* su cantidad aumenta hasta el tercer día, pero después disminuye. Observando el riñón de un recién-nacido, se ve que las papilas están repletas de una substancia de color amarillo rojizo que obtura los canalículos urinarios, como lo demuestran las preparaciones microscópicas; y está constituida por el ácido úrico (*infarto de ácido úrico de los recién-nacidos*, que no tiene ninguna significación patológica).

Parrot y Robin encontraron *urato de sosa, sulfato de cal, magnesia, potasa, ácido benzoico, alantoina y mucina;* Cruse niega la presencia del *azúcar*, del *oxalato de cal* y del *ácido hipúrico*. En la orina de los recién-nacidos y de los niños de pecho faltan también la *creatina* y la *indicana* (Senator).

Unicamente en casos de nefritis abunda bastante la *xantina* (Baginsky).

Durante los primeros diez días se encuentran vestigios de albúmina, que algunos han puesto en relación con los infartos de ácido úrico, excepción hecha de Ribbert que ve en el contenido de albúmina de la orina una continuación del proceso de trasudación, que tiene lugar en todos los riñones de los fetos á través de los glomérulos aún no completamente desarrollados. Más tarde la presencia de la albúmina es siempre un hecho patológico, ó accidentalmente ésta filtra á consecuencia del uso

de ciertos medicamentos (tintura de iodo, Badin).

Abandonada á sí misma la orina, se enturbia por el desarrollo de microorganismos, verificándose esto con mucha más rapidez que en la de los adultos.

Parrot y Robin se han servido del análisis de la orina para valuar el estado de nutrición y la salud del recién-nacido; creemos que este método será adoptado, tanto en la práctica de los niños en las casas de expósitos, como en la práctica particular.

La cantidad de orina en la atrepsia infantil es inferior á la normal, su color amarillento, de reacción ácida, deposita substancias orgánicas, azúcar, albúmina y un exceso de úrea y de fosfatos.

En la ictericia de los *recién-nacidos* la orina es de color amarillo-pálido y contiene uratos, células epiteliales y masas de pigmento amarillo (substancias amarillas).

Es escasa la orina de los niños afectos de *esclerema,* poco coloreada, ácida, deposita uratos y tiene un ligero exceso de úrea.

Es de grandísima importancia la presencia de la albúmina en la orina de los pequeños enfermos, pero no siempre va unida á un *proceso inflamatorio de los riñones.*

En la *atrepsia,* en el *cólera,* en la *tuberculosis intestinal* ó *general,* en el *catarro intestinal,* en el *tifus,* en la *escarlatina,* la *albúmina* filtrada es debida al estado patológico, conocido con el nombre de *congestión graduada de los riñones.* También el *cólico ne-*

frítico, por el estímulo que el ácido úrico ejerce sobre el parenquima renal, puede dar lugar á una ligera albuminuria.

Otras veces que existe el proceso inflamatorio (p. e. *nefritis* por *escarlatina, difteria,* etc.), suele tratarse de una verdadera *degeneración amiloidea* (casos de Litten y Henoch), y no es posible descubrir *albúmina* ni los *cilindros* característicos.

Un buen práctico no descuidará nunca hacer el examen de la orina por mañana y tarde en los niños que han sufrido la *escarlatina;* de este modo tendrá ocasión de apreciar la lesión renal en todos sus grados.

Los niños afectos de esta complicación tienen el rostro pálido, la orina unas veces es escasa, otras abundante; contiene albúmina, cilindros hialinos esparcidos, ácido úrico, epitelio; y sin embargo, comen con apetito, atienden á sus juegos y parecen estar buenos. Otras veces están fastidiosos, tienen inapetencia, se quejan de la cabeza, sufren disuria y la orina es turbia, sedimentosa, no tardando mucho en aparecer la albuminuria. En los casos más graves se ven atacados de anuria, se les forman edemas parciales en los párpados y en el dorso de los pies; al día siguiente la cantidad de orina acumulada en 24 horas es de 100 á 50 gramos y aún menos; consecutivamente vuelve á aumentar, sin que por esto llegue nunca á la cantidad normal.

La orina de los *nefríticos* ofrece variada coloración, debida á la cantidad de sangre que pueda

contener, da reacción ácida y su peso específico es de 1,010 á 1,015 por término medio. Al microscopio se observan corpúsculos rojos, blancos, hematina, epitelio renal, cilindros hialinos, cristales de ácido úrico, epitelio grasiento y detritus. Son raros los cilindros (en forma de cintas) descritos la primera vez por Thomas en la orina de los adultos.

La *nefritis crónica* puede ser consecutiva á la aguda dependiente de la *escarlatina,* y entonces los niños no ofrecen en su estado general trastornos de importancia; todo lo más se les presentan ciertos puntos ligeramente edematosos. Esta nefritis ocurre raras veces y muchos casos en que se ha creido diagnosticarla, no han sido sino casos de verdadera degeneración amiloidea por *sífilis, paludismo, escrófula, raquitismo* y *tuberculosis.*

Entre las causas de nefritis, además de la escarlatina, se cuenta el *enfriamiento,* la *difteria, sarampión, tifus* y ciertos medicamentos *(diuréticos, aceite de trementina, cantáridas,* Iacubasch).

En la *nefritis aguda* de los recién-nacidos, del 1.° y 2.° año de la vida, y en la *nefritis crónica,* es muchas veces difícil descubrir alguna causa; pero Bradley sospecha que la causa de la *nefritis crónica* en los niños de pecho es la *sífilis;* esta observación tiene un valor importante bajo el punto de vista terapéutico.

La orina no sufre cambios en las formas ligeras de la *difteria,* pero en la infección general se pre-

senta desde el primer día la albuminuria, la cual es un signo bastante seguro de dicha infección (Unruh). Si la orina disminuye en cantidad y aparecen al microscopio corpúsculos blancos y rojos de la sangre, además de los cilindros, denota que el proceso diftérico invade el riñón, ó bien que una *nefritis* acompaña á la *difteria*. Guidi y Levi admiten la *nefritis diftérica primitiva*.

La albuminuria es rara en el *raquitismo*. En cuanto á la cantidad, la orina no ha cambiado esencialmente. Seemann ha encontrado disminuidas las sales de cal, Marchand y Lehmann descubrieron el ácido láctico. Los fosfatos y cloruros están en exigua cantidad.

La orina de los *leucémicos* contiene frecuentemente albúmina, corpúsculos linfáticos y abundantes cilindros hialinos, estando en aumento además el ácido úrico y la hipoxantina.

La *diabetes sacarina* ataca también á la infancia en su primera edad; en la orina segregada por estos enfermos puede encontrarse según Leroux hasta 10,5 °/₀ de azúcar. Demme encontró azúcar en las orinas de un niño afecto de una *pseudohipertrofia* de los músculos.

La *hemoglobinuria* aparece en la enfermedad de Winckel y en el paludismo, sífilis y enfriamientos, lo mismo que sucede en los adultos.

En el estado normal la orina contiene con frecuencia *acetona*. Se encuentra también casi siempre en los estados febriles (de 38°8' hacia arriba) y

durante los accesos de eclampsia. Esta desaparece en la crisis de las enfermedades (Baginsky).

La *hematuria* y la *piuria,* tienen la misma importancia en la niñez que en la edad adulta, y, por consiguiente, nada hay que estudiar en ellas en particular.

El exceso de *ácido úrico* contenido en la orina de los niños en la primera semana, es un fenómeno fisiológico; los sedimentos de uratos y ácido úrico aparecen más tarde, en el curso de enfermedades graves del aparato digestivo. En los casos en que las oxidaciones de las substancias azoadas están disminuidas *(enfermedades del aparato respiratorio y del sistema nervioso)* se presentan sedimentos de *oxalato de cal.*

Los *infartos de ácido úrico* pueden tener lugar todavía en la séptima ú octava semana; en estos casos los niños gritan vivamente y orinan con suma dificultad. Examinando detenidamente los pañales, se verá que la orina es de un color más obscuro que en el estado normal, y los bordes de la parte mojada son de color rosáceo, producido por moléculas de arena rosado-amarillentas. Reconocida y examinada la orina de estos enfermos, se encontrará en ella ácido úrico en exceso, células epiteliales en abundancia, escasos corpúsculos de pus y de moco y poquísima albúmina. La orina es con frecuencia tan ácida en algunos que llega á producir un estado semejante al del *cólico nefrítico* en la edad adulta; en estos casos debemos recurrir al

análisis de la orina, siempre que podamos afirmar con seguridad, que los gritos de dolor no son debidos á *enteralgia*.

El bacilo de Koch encontrado en la orina es indicio de la *tuberculosis del riñón*.

Los tumores del riñón *(hidro-nefrosis, carcinoma, sarcoma, equinococo)*, podrán distinguirse del *tumor del bazo* y del de los *gánglios linfáticos*, por un síntoma que puede apreciarse bien en la primera infancia, este es la dislocación del colon. Cuando el riñón es asiento de un tumor, empuja hacia adelante el asa intestinal, quedando ésta colocada detrás de la pared abdominal, muy delgada en esta edad, sobrepuesta al mismo órgano y dá sonido *timpánico* por la percusión.

En la *hidronefrosis*, el riñón ofrece fluctuación manifiesta, y en el *sarcoma*, si no contiene quistes de la misma especie, semifluctuación (Iacobi); en la orina, además de la sangre, se encuentran cilindros y células heterogéneas que pueden verse con el auxilio del microscopio.

La punción exploratriz es el mejor medio de investigación para el diagnóstico de los *quistes de equinococos*, así como también para la *hidronefrosis*.

Los *infartos* de los *gánglios* ó el asiento sobre éstos de *neoplasias*, suelen ser múltiples, de forma irregular, agrupados en nódulos y situados en la línea media delante de la columna vertebral; suelen además presentarse otros gánglios periféricos tumefactos.

Silbermann para obtener orina de cada ureter, con un fin diagnóstico, se sirve del instrumento inventado por él, pues no cree aplicable á la edad infantil, los conocidos métodos de Tuchmann y de Simon. Se compone dicho instrumento de un pequeño cateter de metal, provisto en una de sus extremidades, de dos aberturas, una derecha y otra izquierda, y de otro cateter elástico francés (número 5, de Charrière), que lleva una pequeña bola de cauchú hueca en la punta y que se introduce en el primero. Cuando ha llegado dicho instrumento á la vegiga, comprimiendo la bola, que está llena de unos 20 cm. de mercurio, se inyecta en el cateter elástico, después de haber cerrado una de las dos aberturas por medio de una delgada laminita convenientemente construida. De este modo el operador puede recoger la orina que filtra de un sólo ureter, y juzgar cuál de ambos riñones es el enfermo.

No he tenido ocasión de ver aplicar en los hospitales, ni tampoco practicar en casos particulares, método tan recomendado por su autor.

Vegiga.

La vegiga en los niños se examina como en los adultos.

Conviene recordar, entre los síntomas funcionales, que la retención durante un par de semanas

puede con frecuencia ser el único síntoma inicial de la *meningitis tuberculosa*.

La *disuria* no es siempre síntoma de una enfermedad renal ó de la vegiga, porque una simple *fiebre*, algún tanto elevada, puede producirla; los niños que sufren la disuria se quejan y lloran durante la micción. Este síntoma pertenece siempre á las afecciones *externas* de los *órganos genitales*, como son: *fimosis, uretritis, anomalías congénitas*, de la *uretra, unión* de los *pequeños labios en las niñas*.

La incontinencia de orina es una enfermedad común en la edad infantil. Se presenta generalmente en el primer año, y se prolonga hasta la pubertad. Aun cuando en nuestros días sea tenida por una especie de neurosis, que se desarrolla después de *enfermedades debilitantes*, en organismos delicados, en sujetos entregados al *onanismo* y bajo la influencia del sueño, en el decúbito dorsal, cuando el fenómeno no ceda al tratamiento ordinario, no debe descuidarse investigar si es debida á la *diabetes, nefritis*, ó cálculos y finalmente á alguna *enfermedad espinal* que se haya iniciado. Si estos datos son negativos debe pensarse en una *hiperestesia* de la mucosa vesical, en una *defectuosa inervación* del *esfínter de la vegiga*, ó en un anormal desarrollo del mismo músculo (Guersant, Ultzmann).

APARATO RESPIRATORIO.

Nariz.

Las fosas nasales son en el niño muy estrechas, la nariz pequeña, la bóveda de la faringe ligeramente arqueada, formando casi un ángulo recto con la columna vertebral, que desciende más perpendicularmente.

Las cavidades accesorias de la nariz se desarrollan con bastante lentitud (Kohts).

En los primeros años de la vida es difícil practicar la *rinoscopia,* especialmente la *posterior,* que puede considerarse como imposible; más tarde con la ayuda de pequeños dilatadores podrán practicarse en los niños los mismos reconocimientos que en los adultos, relativamente á la rinoscopia anterior; y si la necesidad obliga al examen de las partes vecinas, no queda otro recurso que servirse del dedo índice.

Las *afecciones nasales* se dan á conocer por varios síntomas, como son: dificultad en la succión, el timbre nasal de la voz, el estornudo, el respirar con la boca abierta, el ronquido durante el sueño, la secreción que afluye y obtura la nariz, y por último, un ruido en la respiración durante la vigilia que recuerda el de la estenosis del *crup,*

del cual se distinguirá por su menor intensidad, cuando tienen los enfermos la boca abierta (1).

Los recién-nacidos son fácilmente atacados de *coriza,* porque tienen gran predisposición á resfriarse; más tarde dicha afección acompaña á la *faringitis catarral, sarampión, erisipela, difteria,* etc.

En todos estos casos la secreción es primeramente de naturaleza mucosa, después se hace purulenta.

En el *coriza diftérico,* más frecuente de lo que creen los autores, aun en los casos en que se presenta sin participación de la garganta, la mucosa nasal segrega un fluido mucoso ligeramente amarillento ó amarillo-grisáceo, mezclado muchas veces con sangre, que fluye de la nariz tumefacta y produce escoriaciones en el labio superior por la acción cáustica que posee dicho flujo. Si las placas de secreción moco-purulenta de la mucosa no pueden distinguirse con la ayuda de un pequeño dilatador, se podrán inyectar en la cavidad nasal soluciones tibias (p. e. cloruro de sodio al 1 °/₀); por

---

(1) Describe Politzer el *sonido marcadamente nasal ó palatino de la voz* como síntoma que puede presentarse, entre otras dolencias, en el ozena sifilítico, hipertrofia tonsilar y parálisis del velo palatino; pero cuando ninguna de estas enfermedades es aceptable para su explicación, debe hacer pensar en la posibilidad de un *absceso retrofaríngeo.* Politzer tuvo ocasión una vez de descubrir esta enfermedad tan solo por este síntoma.

(N. del T.)

este medio se conseguirá extraer gruesas membranas de las fosas nasales.

El estado *crónico del coriza* es consecutivo al *agudo* ó se debe á la presencia de *cuerpos extraños* (pólipos, helmintos, insectos, legumbres, piedrecitas, etc.), ó nos dá á conocer una *anomalía* en el *organismo* del niño *(escrófula, sífilis)*. En estos casos la mucosa sufre notable alteración, porque además de los síntomas locales de la flogosis, se observan *escoriaciones* ó *ulceraciones*, las cuales producen una secreción de olor desagradable y repugnante *(ozena)*.

La epistaxis es un fenómeno bastante frecuente en la práctica de los niños, y es casi siempre de naturaleza secundaria cuando pueden excluirse como causas las *excitaciones psíquicas* y *la permanencia en sitios calurosos* (especialmente escuelas muy concurridas). Las causas más frecuentes de esta enfermedad son: las *enfermedades zimóticas*, las *diátesis hemorrágicas*, la *leucemia*, los *pólipos*, la *degeneración amiloidea* y los *traumatismos*, aun cuando sean ligeros.

Se observa una estrechez pronunciada de las aberturas nasales anteriores en los niños que sufren *hipertrofia de las amigdalas;* y cuando el área de los pulmones está disminuida por efecto de una enfermedad cualquiera, las alas de la nariz se agitan con viveza en cada movimiento respiratorio.

Laringe.

La estrechez de la laringe en los niños pequeños es característica, y esta propiedad explica el peligro de los procesos morbosos, que producen la estenosis. En el feto y en el recién-nacido cuando la cabeza está en flexión, el borde inferior del cartílago cricoides corresponde al borde superior de la cuarta vértebra cervical; y si está en extensión, el borde inferior del cricoides corresponde al nivel de la tercera (Symingston). El cartílago tiroides es pequeño, de forma circular, no sobresaliendo por delante; la epiglotis está muy inclinada hacia atrás, y un poco comprimida en los lados (Schrötter); las cuerdas vocales son cortas y el hueso hioides está desarrollado desproporcionalmente. La laringe, pues, se encuentra en los niños un poco más baja que en los adultos.

Efecto de estas relaciones anatómicas, y por ser también imposible obtener la entonación exacta como en la edad adulta, la *laringoscopia* no es de fácil aplicación.

Para que ésta pueda aplicarse es necesario disponer de mucha luz, fijar bien la cabeza del niño por un ayudante que la mantenga bastante inclinada hacia atrás y observar la laringe en la posición más apropiada. De este modo he visto laringoscopizar niños de muy pocos meses en la clínica de Schrötter; para esto se requiere una rapidez extraordinaria, porque la tos, los conatos de vómito y los gri-

tos acaban bien pronto por empañar la superficie reflectora del espejo. No debe descuidarse nunca anestesiar la mucosa de la faringe con pinceladas de clorhidrato de cocaina (al 10 ó 20 °/₀).

Los síntomas que reclaman nuestra atención en las enfermedades de la laringe pueden examinarse por la inspección del cuello, que permite observar los movimientos del órgano en cada acto respiratorio; por la palpación externa hacen los niños contorsiones en el rostro ó tosen en la *laringitis aguda,* ó bien estalla la convulsión en la *laringitis estridulosa,* en el acceso de *pseudo-crup* ó de la *tos ferina;* y por la interna se nos facilita el tacto de la epiglotis: finalmente, es importante notar los caracteres de la voz, de la tos, el ruido inspiratorio, etc., etc.

En la *laringitis aguda simple* la tos es húmeda y está desprovista del sonido agudo y semejante á un ladrido. El *pseudo-crup* se inicia de noche por golpes de tos ronca y perruna, y en el intérvalo con un ruido inspiratorio y espiratorio prolongado, sibilante ó seco, al que sigue el cuadro de la laringodisnea. En la *laringitis crupal,* los niños empiezan á tener la voz ronca, la tos seca y penosa, si no se desprenden masas mucosas, más tarde se hace ronca y tiene poca fuerza, solo en casos raros es áspera y perruna. En el periodo de la *estenosis* la voz desaparece completamente, la tos es seca, obstinada, sin timbre, despierta dolor y va acompañada del conocido ruido de sierra, con todos los síntomas angustiosos del período sofocante.

Pasando á reseñar brevemente las imágenes laringoscópicas, en la *laringitis simple* y en el *falso crup,* se observa una infiltración edematosa del tegido sub-cordal, tan intensa, que hincha ligeramente los bordes de las cuerdas vocales (Dehio, Rauchfuss). En la *laringitis fibrinosa* la epiglotis está ligeramente enrojecida, los ligamentos ariepiglóticos infiltrados de serosidad, las cuerdas falsas inflamadas en alto grado y cubiertas en varios puntos por una especie de membrana blanca ó gris amarillenta y la glotis reducida á un orificio redondo muy pequeño.

Es importante distinguir el *crup laríngeo* del *diftérico.* En el segundo caso suelen existir generalmente placas en la faringe y en la cavidad nasal, infarto de los gánglios submaxilares, etc. Existe con frecuencia la sintomatologia racional del *proceso diftérico* difundido de las fauces á la laringe (ronquera, tos, placas diftéricas en las fauces y síntomas de estenosis), y sin embargo, el espejo nos pone de manifiesto que no existe otra cosa en la laringe que una simple *hinchazón catarral.*

El *edema de la glotis* es de naturaleza secundaria, y sigue á los procesos *flogísticos de la nariz, de la faringe, del oido,* á la ingestión de bebidas *muy calientes* ó *cáusticas*, á la nefritis, ó bien acompaña á las *ulceraciones* laríngeas *(sífilis, tifoidea,* etc.) La presentación de la disnea y los síntomas de la estenosis son fulminantes en dicha enfermedad.

Deben ser objeto especial de observación los

cuerpos extraños en dicho órgano para proceder desde luego á su pronta y activa extracción.

Cuando los *catarros laríngeos pertinaces* dependen de la presencia de pólipos, es imposible su curación sin la estirpación de éstos.

Bronquios, Pulmones, Pleuras.

Por más que la tos y la respiración acelerada llamen la atención del médico sobre estos órganos, es conveniente, aunque falten estos dos síntomas, que el práctico examine siempre el pecho de los niños, especialmente si se trata de enfermedad aguda.

Son muy necesarios y esenciales los caracteres de la tos para orientarse en estas enfermedades.

Es imposible confundir la tos de la *bronquitis,* húmeda y fácil, con la de la *pleuresía,* seca, penosa y sin espectoración alguna de moco, y con la del *corea* ó del *histerismo,* que es espasmódica.

Para diagnosticar con acierto en estas enfermedades es necesario interrogar acerca de la periodicidad del fenómeno; porque tal distintivo es común no solamente al *pseudo-crup,* sino también á la tos *nocturna periódica* de los niños y al *catarro infectivo* de la mucosa respiratoria ó *tos ferina.*

La madre refiere que el niño durante la noche, y sin causa apreciable, sufre accesos de tos que duran de un cuarto á media hora, y que gradualmente desaparecen; después el niño vuelve á con-

ciliar el sueño y al día siguiente se levanta como si nada hubiera ocurrido durante la noche; porque, ó no tose más ó si ocurre, aquélla es rara y breve. En la noche siguiente el acceso aparece de idéntico modo que en la noche anterior. La patogenia de esta afección es obscura, quién la atribuye al *paludismo,* quién al *catarro seco de los bronquios* ó á la *rino-faringitis sub-aguda;* en este último caso, durante la noche la secreción se acumula en la faringe ó en los bronquios y despierta, con su presencia, dicho fenómeno por vía refleja.

La *tos convulsiva* aparece también por accesos y durante la noche; son característicos de la misma los golpes violentos y frecuentísimos de tos con inspiración penosa ó sibilante, sofocantes y prolongados, siendo más manifiestos los signos de la sofocación cuanto más rápidos sean los accesos y golpes de la tos.

Romberg y Henoch describen una tos espasmódica, que aparece por accesos, con inspiraciones semejantes á la *tos ferina;* es de forma asmática con cianosis de la cara, por compresión del vago y del recurrente, y depende de afecciones de los gánglios, de la *tráquea* y de los *bronquios.*

Hay que tener en cuenta otro carácter determinado por la tos, y es, si ésta produce sufrimiento.

En ciertas enfermedades como la *bronquitis sin fiebre,* la tos no es dolorosa; pero en otras como la bronquitis de *forma febril,* en la *pleuresía* y en la *pneumonía,* la tos hace contraer el rostro, produce

contorsiones y es reprimida con frecuencia al mismo tiempo para no sufrir sus molestias. Los gritos despiertan y aumentan la tos, pero si los niños gritan sin que ésta se provoque, es regla práctica que no sufren gravemente de las vías respiratorias.

En algunas *pneumonías* la tos puede faltar en su principio y ser poco significativa durante su curso, tal vez porque no participen los bronquios del proceso pulmonal. En el último período de la bronco-pneumonía el acceso de tos es muy débil, pudiendo desaparecer del todo aunque existan todavía algunas lesiones, apreciables por los medios objetivos.

Inspección del pecho.—Esta da buenos resultados si se efectúa estando tranquilo el enfermo, y mejor durante el sueño.

La *forma* del pecho en los recién-nacidos y en los niños pequeños es parecida á la de una bola estrechada en su parte superior. La parte anterior de la cavidad torácica es muy prominente, las laterales redondeadas y la posterior algo aplanada por el aumento del tegido adiposo.

El pecho y abdomen en conjunto tienen la forma oval, la parte superior más pequeña de este óvalo, pertenece á la cavidad torácica y la inferior al abdomen. Un surco de forma semilunar divide las dos cavidades, estando situada su parte media en el apéndice xifoides, de donde desciende lateralmente hacia abajo marcando los puntos de inserción del diafragma.

El torax es de forma cilindro-cónica, ó mejor tiene la forma incompletamente cónica, del primero al cuarto año de la vida; adquiriendo en definitiva la forma cónica después del cuarto año. Al sexto aparece el surco descrito anteriormente (Barthez y Rilliet). En la edad adulta la anchura del torax aumenta en la parte media y se estrecha hacia abajo semejando la forma de un tonel.

La dirección de las costillas no es tan pronunciada hacia abajo como en los adultos, y su eje de rotación está más al frente; por esto se observa el aumento durante la inspiración del diámetro sagital sobre el frontal de la cavidad torácica. En los recién-nacidos y niños de pecho el diámetro sagital es casi igual al frontal, pero este último es mayor con el crecimiento (Rauchfuss). La dirección de la columna vertebral es más recta, y sólo más tarde adquiere las cuatro curvaturas conocidas.

Para medir la circunferencia del pecho, de que ya hemos hablado en otro capítulo, puede emplearse una cinta métrica ó servirse de los cirtómetros ordinarios. El torax de los niños no es simétrico en sus dos mitades. Ya Barthez y Rilliet habían deducido de sus experimentos que, entre 37 niños, sólo tres tenían la mitad derecha del torax un centímetro más ancha; Ziemssen encontró que la mitad derecha del torax es ordinariamente mayor que la izquierda de medio á un centímetro y aun de uno y medio centímetros en los niños de 7 á 12 años. Steffen opina que son iguales los dos lados hasta el

final del primer año, desde esta época la mitad derecha es mayor en algunos, al tercer año el aumento es más constante y se verifica en la proporción de un 50 °/₀.

En los adultos, los dos pulmones ocupan tanto la parte anterior como la posterior de la cavidad torácica en los niños; es más general que ocupen la posterior; de aquí se sigue que cada cambio que limite el espacio intratorácico, no deja de tener su influencia sobre las funciones pulmonar y cardíaca.

Estas modificaciones se deben solamente á las costillas ó á la columna vertebral con alteraciones secundarias en las primeras, y son dependientes del *raquitismo.* En esta enfermedad el punto donde se unen el cartílago costal con el hueso, forma una especie de nudo ó botón (rosario raquítico); efecto de la flexibilidad de los huesos y de la tracción muscular, se extienden de tal modo las paredes laterales del pecho que quedan aplanadas y hasta cóncavas en los casos más avanzados, al paso que las últimas costillas de la base presentan un borde dirigido hacia el esternón. Por esta causa el esternón se separa más de la columna vertebral, la cavidad disminuye en su diámetro trasverso, aumentando en el antero-posterior, y alojándose el pulmón en el espacio medio *(pecho en forma de quilla ó de pichón).*

El torax está sujeto á cambios de forma en las *desviaciones de la columna vertebral,* que no siempre son efecto del *raquitismo,* sino también de enferme-

dades propias de las vértebras, tales como la *caries*, la necrosis y de *exudados pleuríticos*.

La *cifosis* puramente tal y la *lordosis*, según su asiento, aumentan ó disminuyen respectivamente el diámetro antero-posterior, por lo cual alcanzan, aunque en menor grado, los diámetros del torax raquítico. En la *escoliosis*, está disminuida notablemente la parte del torax hacia donde la columna vertebral ha sufrido la desviación, por lo que el pulmón está más ó menos comprimido en su totalidad. Estos datos son de gran importancia en la práctica, porque por lo regular al practicar la *percusión* se obtiene en tales puntos un sonido macizo y se oye un *murmullo vesicular* áspero, sin que esto acuse ninguna infiltración en los pulmones. La otra mitad está ancha y dilatada, de aquí que exista cierta compensación. No sólo está estrechada una mitad del torax, sino que está dislocado en su parte media, así como el esternón. Si la curvatura de la columna vertebral alcanza cierto grado y es antigua, el parenquima pulmonar se condensa y adquiere coloración rojo-obscura.

Èstos niños, así deformados, padecen habitualmente *afecciones de las vías respiratorias*, siendo la cianosis en estas afecciones un fenómeno importante; sin embargo, estos mismos poseen cierta inmunidad para la *caseificación* de los productos de exudación catarral y la *tuberculosis miliar*.

Causas del todo extrañas al raquitismo, pueden también determinar en el pecho la forma de quilla.

Dupuytren, Schaw y otros han hecho notar que en las grandes *hipertrofias de las amígdalas,* cuando éstas han tenido su origen en la infancia, dificultan la entrada del aire en el árbol aéreo; por lo que la presión del aire exterior empuja los cartílagos costales hacia dentro, resultando la forma aplanada de las paredes laterales y la prominencia del esternón.

El *torax plano paralítico* presenta aplastadas tanto las paredes laterales como la anterior; estando además los músculos respiratorios atrofiados, parece que el torax se encuentra en posición expiratoria forzada de un modo permanente.

Los niños que al nacer tienen el torax en esta disposición, no es preciso que estén tísicos ó tiendan á estarlo.

Otra causa de deformidad son, como hemos dicho, los exudados de la pleura, que se presentan por lo regular en un solo lado. Rivert ha escrito, que en la pleuresía purulenta de los niños, el primero y segundo espacio intercostal de la cara anterior del torax y próximo al esternón, donde son más anchos y la pared torácica es más delgada, aparecen con frecuencia notablemente tumefactos.

La *estrechez del torax* ó es dependiente de la reabsorción de los *exudados de la pleura,* ó de *atelectasia congénita,* ó finalmente, de *infiltraciones crónicas del pulmón* de naturaleza *tuberculosa.*

Tanto la dilatación como la contracción, son una consecuencia natural de la gran flexibilidad y

elasticidad de que están dotadas las paredes torácicas en esta edad.

Por la *inspección* nos hacemos cargo del modo de respirar el niño *(tipo, frecuencia, ritmo)*.

En cuanto al *tipo* es casi exclusivamente *abdominal* y se efectúa en los niños pequeños teniendo la boca cerrada; si la respiración se verifica por la boca, ha de tenerse siempre como un hecho anormal, cuya causa hay que investigar.

Para juzgar la *frecuencia* y el *ritmo* de la respiración conviene esperar á que el enfermo esté relativamente tranquilo, ayudando á la exactitud de este examen, los datos obtenidos durante el sueño. Este se practica aplicando con cuidado la mano sobre el torax y abdomen, mientras se observan en un reloj los segundos y se cuentan los movimientos respiratorios. Ciertos niños, si fijan la atención en lo que se les hace, modifican la frecuencia de la respiración y hacen caer en error al médico; por esta razón es bueno aparecer indiferentes, fijando la vista al mismo tiempo en un punto del cuerpo ó de los vestidos, ó bien contar las contracciones de algunos músculos accesorios (como por ejemplo los de las alas de la nariz), y finalmente, aprovechar el ruido del aire al tiempo que penetra en la laringe.

Los niños pueden entretener voluntariamente y por cierto tiempo la respiración, y después hacer rápidas y breves inspiraciones y expiraciones; por lo que aunque en el período de la vigilia no es fácil establecer en cada edad la cifra normal de los

movimientos respiratorios, en general puede decirse que, en el recién-nacido, éstos oscilan entre 32 y 36 por minuto; más tarde el término medio es de 30; á la edad de siete á ocho años el número de los movimientos respiratorios en la unidad de tiempo, es todavía mayor que en los adultos; esto se explica teniendo presente que el volumen de los pulmones es relativamente pequeño, mientras que la necesidad de respirar es grande; en efecto, el niño en igualdad de peso, produce doble cantidad de ácido carbónico que el adulto (Pettenkofer). Aceleran la respiración multitud de causas, tales como la risa, el llanto, la posición (sentada ó acostada), la dentición, etc.; al contrario, la retardan la atención y la posición de pié, etc. (Gorhan).

El *ritmo* de la respiración en los recién-nacidos es irregular durante la primera semana y sucesivamente normal durante el sueño; pero en los niños que tienen más de un año la respiración empieza ya á ser bastante regular durante la vigilia.

La respiración irregular, conocida con el nombre de Cheyne-Stockes, tiene en los niños mayorcitos la misma importancia que en los adultos, tanto bajo el punto de vista del diagnóstico como en lo que se refiere al pronóstico; al contrario, en los niños más pequeños puede observársela alguna vez con facilidad, sin que por esto haya motivo para creerla de origen patológico.

La respiración se hace irregular en las *fiebres elevadas* y en todas las *enfermedades agudas* si coin-

ciden con la *hiperemia cerebral;* la inspiración se hace intermitente y entrecortada en las *convulsiones de la eclampsia* y en el *espasmo de la laringe.* Según Mayr existe una respiración *interrumpida* que acompaña al *reumatismo de los músculos del pecho,* á la *pericarditis* y á la *pleuresía;* pero aunque ésta es producida por el dolor que los niños sienten, no es peculiar de dichas afecciones, sino que también es común á la *peritonitis, erisipela, abscesos del tegido conectivo,* etc.

Son raros los accesos verdaderos de *asma bronquial nervioso;* éstos no son siempre producidos, como cree Roger, por los *gánglios bronquiales engrosados,* sino también por *afecciones de la cavidad nasal,* y del *espacio naso-faringeo (pólipos, rino-faringitis).*

La respiración es entrecortada y como producida por sacudidas eléctricas en el *histerismo* y en el *corea.*

La relación *entre la respiración* y el *pulso* es de uno á tres y medio ó cuatro como en los adultos. Cuando se altera esta relación y el trastorno dura algún tiempo, puede suponerse desde luego una *afección* en los *órganos respiratorios;* sin embargo, hay una excepción; los niños *raquíticos* de torax mas ó menos deforme, respiran siempre con mayor frecuencia que los adultos, aunque más superficialmente; además se observa la retracción de las paredes laterales del torax en cada inspiración, haciéndose al mismo tiempo, efecto de la depresión

del epigastrio, más patente la enérgica acción inspiratoria del diafragma.

El *aumento* de la *respiración* en los niños reconoce las mismas causas que en los adultos (*fiebre*, enfermedades del pulmón, del *corazón*, etc.)

Cuando se verifica la respiración, no sólo con los músculos destinados ordinariamente á tal función, sino también con los auxiliares ó accesorios, se tiene la disnea, que Gerhardt divide en *inspiratoria* propia del *espasmo laríngeo*, del *edema de la glotis*, del *crup*, de la *atelectasia;* y *espiratoria* que es clásica en casos de *pólipos*, *cuerpos extraños* y *membranas crupales* en el interior de la laringe.

Si durante la disnea la inspiración coincide con la depresión de los espacios intercostales, y en la espiración se observa la prominencia de estas regiones, puede esto tomarse como un signo de *afecciones* graves del *aparato respiratorio*.

La respiración lenta es clásica en la *meningitis tuberculosa* y en el *esclerema*, pudiendo descender hasta 25, 20 y 12 respiraciones por minuto (1).

Pueden acompañar á la respiración ruidos especiales como el *silbido* y la *ronquera;* si estos pueden apreciarse á cierta distancia y van acompañados de

(1) En una niña de seis años de edad, afecta de *meningitis tuberculosa tipo*, con tubérculos en la coroides, congestión y edema de la papila, comprobados por el examen oftalmoscópico, he tenido ocasión de contar algunas veces, siete respiraciones por minuto como mínimum, al final del segundo período de su enfermedad. (N. del T.)

inspiraciones y espiraciones entrecortadas, pertenecen á las *afecciones de la laringe;* el *ronquido* á las *afecciones de la faringe (parálisis del velo del paladar),* y á la *hipertrofia de las amígdalas;* el *gemido* ó *lamento* que acompaña á la espiración, mientras los movimientos respiratorios son laboriosos, frecuentes y superficiales, á las *inflamaciones* de la *pleura* y del aparato *bronco-pulmonar;* finalmente, el suspiro profundo es patognomónico de la *meningitis* y de otras *enfermedades cerebrales.*

En los individuos sanos una excitación violenta de ánimo puede dar lugar á una espiración entrecortada acompañada de gemidos é inspiraciones breves.

Según Politzer, cuando la inspiración es torácica superior y va acompañada de suspiros, puede hacer sospechar *debilidad cardíaca, parálisis* próxima de dicho músculo ó su *degeneración adiposa aguda.*

La espiración completamente diafragmática y acompañada de silbido agudo, es característica del *asma bronquial* infantil.

La inspiración normal y la espiración ruidosa y prolongada, 10 á 15 veces mayor de lo ordinario, sin disnea, pertenecen al *grande corea.*

Por último, el mismo autor hace observar que, los niños que desde el nacimiento espiran con cierto ruido que termina como un balido, sufren la *respiración estridulosa.*

Palpación.—Se practica como en los adultos. Monti emplea en vez de la mano la punta de los

dedos, la superficie palmar de las dos falanges inferiores de los tres dedos medios, ó bien el borde interno de la misma mano.

Palpando el torax de un niño pueden notarse las *vibraciones torácicas,* tanto durante el grito como cuando están tranquilos, y al mismo tiempo el *grado de resistencia* de las paredes del pecho; pueden apreciarse también las deformidades observadas por la inspección de las costillas, escápulas, clavículas, etc. (raquitismo), y además los caracteres de la *vibración torácico-vocal, estertores,* etc. Eichorst observa que, en los niños que aún no han entrado en la segunda infancia, el extremecimiento vocal no es sensible con frecuencia aunque hablen en alta voz, pero se percibe bien si lloran ó gritan.

Henoch asegura que, tratándose de diferenciar la *pulmonía, del exudado pleurítico,* por medio del *grito,* casi nunca pudo obtener las *vibraciones torácicas,* suficientemente distintas, para juzgar si éstas estaban reforzadas ó debilitadas. Solamente después del tercer año, le fué posible establecer conclusiones precisas sobre el diagnóstico diferencial de ambas enfermedades; y esto está de acuerdo con lo que afirman también d'Espine y Picot respecto á la suspensión de las *vibraciones torácicas,* que es notable solamente en casos de acumulación considerable de líquido.

Con la palpación se observa muy bien el fenómeno de la *sucusión,* no así el frote de las láminas inflamadas de la pleura.

En general no puede admitirse como cierto lo que asegura Monti, de que la palpación no despierta dolores en casos de *neuralgia;* además de los dolores que dependen de dicha enfermedad deben recordarse los de la *periostitis, caries, reumatismo* y *pleuresía aguda.*

En esta última enfermedad sucede con frecuencia, que niños ya crecidos acusan dolor pungitivo en el vientre y no en el pecho, como sucede en los adultos.

Percusión.—En la exploración clínica de los niños la percusión debe verificarse después de la *auscultación,* porque de lo contrario los niños se alteran y alborotan y por consiguiente, no puede practicarse aquélla, lo cual debe tenerse presente lo mismo para el examen de los órganos respiratorios que para el del aparato circulatorio.

La *percusión,* en la práctica, puede efectuarse con un dedo sobre otro, reservando para las demostraciones de la enseñanza en los hospitales, el empleo del plexímetro y martillo.

La *posición* del enfermito no será nunca la del decúbito abdominal, sino que debe procurarse le sostenga la madre en sus brazos ó en sus rodillas, de modo que tenga una posición tal que pueda cambiarse fácilmente de anterior en posterior, evitando al mismo tiempo por la rectitud del cuerpo la curvatura de la columna vertebral, que altera el efecto de la percusión, como veremos luego.

El niño debe estar completamente desnudo, y el

médico debe tener las manos calientes al verificar la *percusión,* para evitar de este modo la impresión de frialdad que pudiera experimentar aquél en caso contrario. Debe ésta practicarse con cierta suavidad, tanto para no hacer variar el sitio de resistencia, como para que no entren en vibración los órganos vecinos.

Cuando la percusión dá un sonido *sonoro* ó *macizo,* debe comprobarse haciendo cambiar de posición al enfermo ó por medio de la auscultación, porque los gritos, una mala posición ó los movimientos del torax, exagerando la tensión muscular, pueden explicar la existencia de la macidez.

Si los niños gritan debe percutirse lo mismo en la inspiración que en la espiración, porque las zonas percutidas durante el grito están más ó menos privadas de aire, ocasionando por consiguiente, un sonido más ó menos *hipofonético,* que desaparece durante la inspiración. Además, siendo ésta anormal durante el grito y pudiendo estar los niños sin respirar por algún tiempo, conviene dar diez ó más golpes para formarse idea de la resonancia pulmonar.

Vogel observó en las partes inferiores de la pared posterior del torax, más á la derecha que á la izquierda, que el sonido es algún tanto *macizo* por la ascensión del hígado, efecto de la presión abdominal producida por los gritos. Olvidando esta particularidad, puede incurrirse en graves errores diagnósticos; será posible p. e. tomar en el primer

día una simple *bronquitis* por una *pulmonía de la base.*

En la primera semana y en los primeros meses, el sonido á la percusión es poco sonoro (Henoch), pero bien pronto adquiere este carácter, sin ser esto indicio alguno de un estado patológico.

El ruido de *olla cascada,* que es un fenómeno morboso en los adultos, en la edad infantil se presenta cuando la percusión se ejecuta un poco fuerte y el pequeño grita; según Eichhorst, cuando el niño habla ó canta existe un movimiento de presión no muy fuerte al que sigue una espiración lenta, efecto de la gran flexibilidad del torax. El experimento es más exacto cuando la percusión tiene lugar en la proximidad de la clavícula ó sobre la laringe, y es más claro si el niño tiene la boca abierta y se aproxima á ella el oído. En las paredes posteriores del torax el primero se produce próximo á la columa vertebral, y á la altura de la cuarta costilla. La causa de esto es la pequeñez relativa del ámbito pulmonal en la tráquea y en los gruesos bronquios, por lo que se obtiene una resonancia considerable.

El síntoma ya descrito puede tener lugar en las cavernas superficiales, mas en este caso debe ir acompañado de otros fenómenos, porque este es más frecuente en los pulmones sanos que en casos de *cavernas.*

Puede también ser causa de error la *percusión* muy fuerte, porque en ese caso el sonido toma un carácter algo *timpánico* por la vibración del aire en el bronquio vecino.

Tratándose de un niño *raquítico,* no acusarán cambios patológicos en los órganos del pecho, los sonidos intensamente macizos en la región esternal muy prominente; y no debe causar tampoco admiración, si se obtiene en la región escapular del mismo una *macidez* algo más pronunciada que la normal, teniendo presente que en el raquitismo se presentan con frecuencia engrosamientos de alguna importancia en los huesos.

Barthez y Rilliet obtuvieron varios sonidos á la percusión sobre un esqueleto raquítico, según las diferentes posiciones que le imprimían.

Habiendo expuesto las generalidades de la *percusión,* trataremos del lugar que ocupan los diversos órganos contenidos en la cavidad torácica.

De los estudios de Salhi, que por otro lado concuerdan con los de Steffen, se deduce que el *límite inferior del pulmón* en la parte anterior del torax y en posición dorsal, y en la parte posterior, estando el niño sentado, está situado, con relación á las partes del esqueleto, del mismo modo que en los adultos, y no como creía Weil, un poco más alto.

En la línea mamilar derecha, el límite se encuentra al nivel del borde superior de la 6.ª costilla, en la línea media axilar izquierda, al nivel del borde superior de la 9.ª costilla; en la línea media posterior del cuerpo al nivel de la apófisis de la 11.ª vértebra dorsal. Prescindiendo de los límites del área de macidez del corazón, la curva del borde inferior de los pulmones es completamente

simétrica; y para las exigencias de la práctica puede considerarse como horizontal, del mismo modo que en los adultos.

La *percusión de los vértices pulmonares* no da resultados seguros en los niños pequeños, por tener aquéllos poca resonancia, siendo necesario, por lo tanto, que la percusión sea bastante fuerte; en cuyo caso la tráquea, como igualmente la región infraclavicular, participan de la resonancia. En tales casos, como observa Henoch, la auscultación suple los defectos de la percusión.

Los límites de los *bordes anteriores* de los pulmones respecto del esternón, no pueden determinarse con la *percusión;* los de *cada lóbulo en particular* presentan los mismos fenómenos que en la vida adulta.

Cuando se percute el pecho de un niño en diferentes posiciones no conviene olvidar la movilidad pasiva de los bordes del pulmón; así un niño acostado sobre el lado derecho tendrá más bajo el límite del pulmón izquierdo, y tendrá más bajo el derecho que si se encontrara en decúbito dorsal; mientras que no se notan movimientos pasivos si se pasa de la posición dorsal á la sentada. La *movilidad relativa* no tiene en la edad infantil ningún valor práctico, porque no podemos como en los adultos, dominar la respiración á nuestra voluntad.

La situación de las *hojas de la pleura* en los recién-nacidos no es idéntica á la de los adultos por la presencia del *timo* detrás de la parte superior del esternón. Sahli ha visto en los cadáveres de

dos niños que el *límite anterior de la pleura* alcanzaba por la derecha la línea media, al nivel de la tercera costilla y aun un poco más bajo; mientras que en los adultos alcanza al nivel de la segunda. En el lado izquierdo, el *límite* anterior ya desde el principio sobre el esternón va desviándose lateralmente, en vez de acercarse á la línea media. La *pleura izquierda formaba su doblez*, en un caso en el mismo punto que en el adulto; y en el otro al nivel del espacio intercostal inferior. Desde este sitio el curso del *límite de la pleura izquierda* no es diferente del de los adultos, y lo mismo ocurre con el *límite inferior* de la *pleura derecha*, é igualmente se conducen los *límites* de las dos pleuras cuando se acercan á la mitad izquierda del cuerpo.

La forma y el tamaño de la glándula *timo* hacen variar también la situación de las láminas de la pleura; y por esto, en el enfermo será de gran valor determinar solamente la del límite inferior.

Demos ahora una ojeada á las variaciones de dichos límites en las diversas enfermedades.

Pneumonía.—Los síntomas que en los adultos revelan una *infiltración del parenquima pulmonar* (espectoración, ruidos especiales, calosfrios, etc.), faltan con frecuencia, especialmente en la primera infancia, en la mayoría de los casos, y dominando los síntomas gástricos ó cerebrales (vómitos, convulsiones); es fácil en los primeros días creer que se trata del *tifus* ó de una *meningitis*. Ziemssen encontró frecuentemente, en la *pulmonía difusa*, no-

table dilatación de la mitad torácica correspondiente al pulmón inflamado. En la percusión, mientras en los adultos se puede demostrar el aumento de volumen de un lóbulo infiltrado, en el niño es tanto más difícil cuanto es más pequeño, porque la *percusión* puede inducirnos á error; porque la macidez de la *pneumonía* raras veces alcanza la intensidad que suele adquirir en la *pleuresía exudática,* y también porque en la *flogosis del pulmón* el proceso anatómico no está tan bién limitado como en la pleuresía.

Si en los primeros días faltan los síntomas objetivos, harán sospechar la presencia de la enfermedad la invasión repentina de la tos, la respiración acelerada y la marcha de la fiebre.

Con frecuencia se observan dos formas particulares de *pulmonía,* la *abortiva* y la de *forma emigrante.* En la primera, aunque existan la fiebre alta y la respiración acelerada, ó falta la macidez ó desaparece después de uno ó dos días, sobreviniendo la *crisis.* En la segunda, el proceso empieza en un punto para pasar después á otro.

Atelectasia.—Según Ziemssen son muy raros los casos en que es síntoma manifiesto del desorden de los órganos vecinos. La cianosis hace sospechar su presencia si es *congénita;* si es adquirida se acompaña de aquélla en ciertas enfermedades, en que es frecuente ese síntoma y en los sujetos muy debilitados. Deben colocarse entre las primeras el *tifus,* la *estenosis de la laringe, de la tráquea* y *de los grue-*

sos bronquios, ya por *procesos flogísticos,* como por *cuerpos extraños,* cicatrices, *compresión,* etc. Están más expuestos á dicha enfermedad los *raquíticos* que tienen el torax comprimido, y faltan con frecuencia la fiebre y los síntomas estetoscópicos.

Pleuresía.—Los *exudados de la pleura* en los niños ofrecen poca diferencia á la *percusión topográfica;* solo Sahli ha logrado alguna vez limitar una parte del pulmón comprimida por un pequeño exudado que daba un sonido débilmente *timpánico,* mientras que la modificación de este sonido pulmonar, por encima de un exudado un poco mayor *(ruido escódico)* es generalmente muy distinto. Según d'Espine y Picot el ruido escódico tiene lugar cuando la cavidad torácica está llena en sus 2/3 á 3/4; pero esto no puede admitirse, porque se observa siempre macidez completa aun por encima del límite del exudado, y se obtiene desde un principio el sonido timpánico del pulmón retraido.

La reducción del *espacio semilunar de Traube* puede servir también en la edad infantil de diagnóstico diferencial entre la *pleuresía* y la *infiltración;* pero solamente en casos de notable acumulación de líquido. En los enfermos en que el exudado es abundante, efecto de la fácil vibración de las paredes torácicas, la cantidad de líquido que contiene el espacio semilunar puede ser demasiado escasa y darse á conocer por una macidez muy limitada hacia abajo; sin embargo, en los exudados que disminuyen verdaderamente dicho espacio, en la

mayoría de los casos, el diagnóstico se confirma por otros medios, especialmente por los síntomas de dislocación de ciertos órganos.

¿Qué cantidad de exudado es necesaria para que pueda demostrarse su presencia por medio de la *percusión?* Farber pudo obtener solamente una macidez de 2 y 1|2 cm. de altura en un cadáver de 12 años de edad, después de la introducción de 120 cm. de líquido en la cavidad pleurítica; Bednar descubrió la presencia de 60 gramos de líquido en un niño de pechos, sosteniéndole sentado; si la cantidad de líquido aumentara hasta 4 onzas, produciría *macidez absoluta* en toda la pared torácica del lado afecto.

La forma de la zona de macidez en la parte posterior corresponde á un nivel mayor que en la parte anterior; Sahli no ha observado lo que aseguran Garland y Heitler respecto á los adultos, esto es, que la *macidez* en la parte posterior corresponde á un nivel inferior al de la anterior, y además que el límite de este líquido forma una línea en forma de *S* ilíaca descendente hacia la columna vertebral.

El cambio de los órganos se verifica lo mismo que en los adultos, como han demostrado Pirogoff y Braune; así la dislocación del corazón p. e. ha sido demostrada en clínica de un modo muy evidente por Battersby y Henoch. Ziemssen también ha demostrado los síntomas de dislocación producidos por la *pleuresía* en niños de uno á dos años.

Barthez y Rilliet encontraron cierta *movilidad pasiva* en los exudados cuando hacian mudar de posición á los enfermos, lo que nunca pudo encontrar Ziemssen; en estos casos los fenómenos tienen lugar lo mismo que en los adultos: así, un cambio en la posición durante una respiración profunda que dá lugar al cambio de nivel del liquido, es un fenómeno raro, tanto en los niños como en aquéllos; y en cambio es mucho más frecuente una incompleta variación activa y pasiva en la *macidez*.

Baginsky no ha podido percibir el cambio del *sonido de Wintrich* en ningún caso de *bronquiectasia* (enfermedad rara).

Timo.

Glándula situada en el mediastino anterior, detrás de la cabeza del esternón, está destinada á desaparecer con los progresos de la edad, y efectivamente en la época de la pubertad no se encuentran de ella más que vestigios: las enfermedades que pueden afectar al *timo* son ordinariamente la *hiperplasia simple,* la *supuración* y *necrobiosis* producida por la *sífilis,* las neoplasias y la tuberculosis; el práctico necesita conocer la *hiperplasia simple,* porque puede producir síntomas de sofocación que reclaman con urgencia la traqueotomia.

Percutiendo ligeramente se observa que el *límite superior* del área de macidez del timo corresponde á una línea paralela con la parte superior

del esternón; y el *límite derecho* é izquierdo corresponden á los bordes laterales de este hueso simétricamente y á desigual distancia de la línea media del cuerpo.

Inferiormente no es siempre posible distinguir la macidez del timo de la relativa del corazón (véase la figura página 92).

La *macidez* anormal en la región superior del esternón, la edad y los síntomas de sofocación que surgen rápidamente sin que su causa pueda referirse á enfermedad común, hacen sospechar alguna enfermedad del timo.

Gánglios linfáticos peribronquiales.

Afirman una serie de pediatras distinguidos que los *gánglios peribronquiales tumefactos* dan una macidez manifiesta en la región esternal superior y en el espacio inter-escapular. Vogel y Henoch no admiten esto como cierto y fundan el diagnóstico en otros síntomas, generalmente funcionales, y de orígen mecánico, como son: la tos vehemente de carácter convulsivo acompañada de vómito, los accesos de asma intercurrente, disfagia, disfonia, síntomas de estenosis traqueal, y por último la anamnesia que revela el *raquitismo*, la *escrófula* ó la *sífilis*.

Auscultación.—Para que el *estetoscopio* no cam-

bie de posición por los movimientos del niño indócil que alteran el fenómeno acústico, muchos pediatras usan el estetoscopio americano, compuesto de un tubo de goma de cierta longitud en vez del de madera ó metal; pero es preferible auscultar colocando ligeramente el oido en el pecho, ó bien con el *estetoscopio* ordinario, teniendo cuidado de no excitar el grito por la presión exagerada ó con el instrumento algo frio. Puede también adaptarse un borde de goma al extremo del estetoscopio, que se pone en contacto con el pecho para evitar de este modo la dureza propia de la madera.

No debe preocuparse el práctico si grita el niño durante la auscultación; pues entonces los ruidos del pulmón y de los bronquios en la profunda inspiración que interrumpe el grito se distinguirá mejor que en los niños que permanezcan tranquilos.

El torax debe auscultarse en su totalidad, no olvidándose las regiones laterales.

La expiración en los niños es más breve y más débil que la inspiración; pero una y otra son más sonoras que en el adulto.

En muchos casos no se percibe nada durante la inspiración, en la parte inferior de las paredes torácicas, especialmente en las regiones laterales y posteriores; y esto ocurre con tanta más frecuencia cuanto más pequeño es el niño, pero cuando se les agita se percibe bien la expiración (Meigs-Forsyth).

En las primeras semanas, el murmullo vesicular es un poco débil, porque la respiración breve

y superficial no es bastante para que el aire penetre en los alvéolos; pero á los seis meses empieza á adquirir el tipo característico, esto es, una sonoridad que la asemeja á la respiración bronquial de los adultos *(respiración pueril)*. Tal sonoridad se explica teniendo presente que el murmullo vesicular tiene su origen primeramente en la laringe y en la tráquea, se debilita al atravesar el pulmón, donde permanece bronquial, y permite después su percepción algo fuerte por la pequeña resistencia del torax infantil.

Cuando los niños intentan gritar durante las inspiraciones profundas, se perciben *estertores* de pequeñas burbujas en las regiones de los bordes del pulmón, especialmente en la *epifisis* (cuarta epifisis costal izquierda), en la región supraclavicular y posteriormente en la proximidad de la 10.ª hasta la 12.ª vértebra, como signo de la introducción precipitada del aire en los alvéolos no distendidos todavía.

La ligera *macidez* á la percusión y los *estertores subcrepitantes húmedos*, no he podido encontrarlos por debajo de la clavícula izquierda hasta la segunda costilla, como Wassilewski asegura; sin embargo, este fenómeno se explica por la proximidad del corazón que impide la completa dilatación del vértice pulmonal del lado correspondiente.

Algunos médicos se incomodan cuando los niños detienen la respiración durante algún tiempo, sin tener presente que este fenómeno es signo claro y

evidente de que no existe enfermedad grave en las vías respiratorias, en cuyo caso no podrían detener aquélla por largo tiempo. Roger dedica largos capítulos al estudio de los *ruidos patológicos* en su *Semeiología*, pero el distinguido clínico francés, á nuestro juicio no hace más que repetir ideas referentes á síntomas de la edad adulta y que todo estudiante debe ya conocer.

Haré observar solamente que los *estertores de medianas y pequeñas burbujas*, son más frecuentes en la patología infantil, y tienen la particularidad de que predominan durante la expiración y no se perciben en la inspiración. D'Espine y Picot no han podido apreciar en los niños pequeños el *ruido de roce de la pleura inflamada*, acaso porque se disimula fácilmente por los *estertores catarrales*, que nunca faltan en cualquier afección del pecho.

El fenómeno de la *brancofonía* se percibe bien, pero la verdadera *egofonía* rara vez se revela antes de los siete años; cuando existe llama la atención por lo poco que dura, pues nunca se prolonga más de tres ó cuatro días (Rilliet y Barthez).

Expectoración.—Cuando pueden examinarse los esputos, proporcionan al médico un medio de diagnóstico que tiene la misma importancia en los niños que en los adultos, por más que en los primeros es difícil encontrarlos. Cuando los niños tosen casi nunca tiran fuera el esputo sino que lo tragan, únicamente se oye el ruido que produce el moco al desprenderse de la mucosa, y después el descenso

de las mucosidades ó de los exudados por la deglución, antes que *verlos* en la escupidera.

Las madres inteligentes suelen con frecuencia sacar con los dedos de la boca de sus hijos las mucosidades que tanta angustia les producen. Muchas veces los estímulos de la tos provocan la regurgitacion ó el vómito, otras veces éstos dos síntomas acompañan á la enfermedad; en tales casos debe aconsejarse á la madre que conserve las substancias regurgitadas para aprovechar el práctico su examen como medio diagnóstico.

La expectoración en el *crup* se presenta en la mitad de los casos, y las falsas membranas pueden reconocerse muy bien por su aspecto dicotómico, tubular, flotan en el agua, son de color blanquecino, con frecuencia dentelladas en sus bordes, ó completamente cilíndricas, con ramificaciones dentríticas, reproduciendo exactamente la forma de la tráquea, gruesos y medianos bronquios.

Durante el período de curación de la *difteria*, los enfermos expelen pedazos de tegido necrosado desprendidos de las partes afectas (úvula, amígdalas y faringe).

Los niños pequeños tragan la espectoración en la *bronco-pneumonía*, observándose únicamente el esputo patognomónico de la pulmonía desde los ocho años en adelante. Henoch ha tenido ocasión de verla en un niño de cuatro y medio años. Los niños aprenden fácilmente á expectorar en las *formas crónicas de pneumonía*, la materia expelida es

entonces moco-purulenta con estrías ó puntos de sangre, tiene los caracteres propios de la bronco-ectasia, los esputos son pues purulentos, abundantes, fétidos y mezclados con sangre.

El único carácter que dá á conocer la *gangrena del pulmón* cuando faltan los esputos característicos, es el olor gangrenoso de la boca, prescindiendo de las afecciones de la misma índole en la boca y en las fauces. Además de este olor facilitarán también el diagnóstico de esta enfermedad el colapso que la acompaña, la *caries* del peñasco, los *procesos gangrenosos de la piel* consecutivos al *sarampión, escarlatina y el tifus, las cavernas de los tuberculosos, la difteria y el noma.*

La espectoración no es constante en los accesos de *tos ferina,* lo más frecuente es su presencia al terminar éstos, y entonces se puede apreciar el esputo de forma filamentosa, constituido por moco bronquial, saliva pura ó mezclada con sangre y otras substancias ingeridas, procedentes del estómago, de la boca ó de las fauces.

La falta de expectoración en la *tuberculosis pulmonar* da lugar á dudas y dificultades en el diagnóstico, lo que no sucede en los adultos, porque las fibras elásticas y los bacilos de Koch dan á conocer claramente la naturaleza del mal.

También hay que tener presente que la *hemoptisis* es un fenómeno raro antes de la segunda dentición; aunque Barhez y Rilliet no la han observado antes del 8.° año en su larguísima práctica, Henoch

sostiene lo contrario, y añade que ha observado enfermos menores de dicha edad que arrojaban sangre en cantidad variable, pura ó mezclada con moco ó pus; cita también un caso de hemoptisis profusa en que la autopsia reveló además de la *tuberculosis* la rotura de un *aneurisma* desarrollado en una rama de la arteria pulmonar (1).

La *hemoptisis*, que es común en la *púrpura hemorrágica* y en el *histerismo* después de los diez años, puede ser consecuencia de una compresión de la vena pulmonar, ó de infartos producidos en las *afecciones de los gánglios bronquiales*.

Los esputos teñidos en sangre y arrojados durante la *angina escarlatinosa*, no tienen importancia alguna, porque proceden de la flogosis de las fauces.

Volviendo ahora á las enfermedades más comunes del aparato respiratorio en la edad infantil, indicaremos que el examen objetivo del pecho decidirá el diagnóstico de las mismas, apoyándolo al mismo tiempo en el cortejo clínico habitual.

Son síntomas de la *bronquitis* y de la *traqueitis catarral*, la *percusión* normal ó casi normal, los *ron-*

---

(1) Por mi parte, así como mi compañero Vidal-Puchals, hemos tenido ocasión de observar en niños de 4, 5 y 6 años el síntoma hemorrágico del pulmón, tanto relacionado con tuberculosis incipientes, como al parecer idiopático y sin ulteriores consecuencias. (N. del T.)

quidos y los *estertores*. En los primeros meses el niño enferma fácilmente de *catarro bronquial*, efecto del enfriamiento en el momento de nacer; lo mismo sucede á la salida de un grupo de dientes. Un ruido de estertor, semejante al crupal, acompaña á la inspiración y espiración, se debilita ó desaparece después de un golpe de tos y más tarde vuelve á aparecer.

La *bronquitis* y la *traqueitis catarral* antes de los cinco años, se diferencia de la misma en los adultos porque en los niños tiene gran tendencia á propagarse á los pequeños bronquios, convirtiéndose en *bronco-pneumonia*, la cual se diagnostica, cuando los focos son tan numerosos y confluentes, que el parenquima pulmonar no puede ocultar la condensación; en el caso contrario, como sucede frecuentemente, se obtiene á la *percusión* sonido normal y se oyen *soplos sibilantes y difusos* en lugar de la respiración bronquial.

Los principales puntos de apoyo para distinguir la *pneumonia catarral* de la *franca* son el principio lento de la enfermedad, el carácter subagudo de la misma y los datos que nos proporciona la *percusión*.

Mas es difícil distinguir la *infiltración caseosa pulmonar* en los niños en la primera infancia; porque en tales casos pueden faltar completamente los signos físicos (macidez del vértice del pulmón, murmullo vesicular, confuso ó débil, expiración prolongada y áspera, respiración bronquial, bronco-

fonia y estertores sonoros), dominando solamente los síntomas generales (atrepsia, palidez, etc.)

Otras veces, aunque el examen objetivo revele un *simple catarro bronquial*, no deben excluirse ciertos síntomas, como el enflaquecimiento, la tumefacción de los gánglios linfáticos, y el conocimiento del carácter epidémico de la enfermedad.

Existen por fin otra clase de enfermos con cavernas en los pulmones, en los que faltan con frecuencia la tos y la disnea, ó bien sufren únicamente de diarrea pertinaz, creyéndose con facilidad que se trata solo de un simple catarro intestinal. En estos casos puede la naturaleza de la fiebre aclarar algún tanto la falta de síntomas.

Ocurre también con frecuencia en la edad infantil que, la *pneumonía crónica* consecutiva á la *fibrinosa*, puede hacer sospechar la *tuberculosis*, si por el examen físico se descubre la condensación de un lóbulo en la parte superior del pulmón, respiración bronquial, estertores característicos, broncofonia, etc.; pero hay que tener presente que la *caseificación* y las *cavernas* suelen ser más bien consecuencia de la *bronco-pneumonía*.

La *pneumonía crónica* que termina por la induración del pulmón *(pneumonía intersticial* de Steffen) es de más fácil diagnóstico, porque al examen del pecho se observa retracción en las paredes torácicas, por la percusión se obtiene sonido macizo que dura bastante tiempo y se oye el *murmullo vesicular* debilitado ó confuso.

El principio de la *tuberculosis miliar aguda* localizada en los órganos respiratorios es de difícil diagnóstico, así los niños enflaquecen muy pronto, pierden sus fuerzas, tienen calentura y dispnea; y no obstante el examen del pecho ó es negativo, ó revela un simple *catarro bronquial*.

No es tan difícil el de la *tuberculosis miliar aguda*, localizada en el cerebro y las meninges, como después veremos.

APARATO CIRCULATORIO.

Hay que confesar con Roger, que las afecciones cardíacas en la infancia son mucho más frecuentes de lo que se cree, debido tal vez á que en la mayoría de los casos ningún desorden funcional hace sospechar su existencia.

He aprendido á apreciar el valor de la cianosis congénita como un síntoma principal de los *vicios congénitos del corazón ó de los vasos;* debo advertir, sin embargo, que este síntoma puede faltar ó ser sustituido por una *bronquitis* esencialmente *crónica,* rebelde á todo tratamiento.

Después de los tres años de edad, el *reumatismo articular agudo* es la causa principal de las enfermedades del corazón; será por lo tanto prudente fijar la atención en dicho órgano, aun en los casos más leves, cuyo síndrome se reduzca á ligera fiebre y simple hiperestesia de las extremidades ó de las articulaciones.

Deben también hacer pensar en el desarrollo de la *endocarditis,* los niños que empeoran durante la convalescencia de la *escarlatina,* de la fiebre *recurrente* ó del *sarampión.* Tienen tendencia á padecer la pericarditis, los niños que sufren de *pleuresía, pneumonía, caries de las costillas* y *tuberculosis;* la *infección diftérica* ataca algunas veces los centros

nerviosos de un modo directo, produciendo la *parálisis cardíaca* casi fulminante.

Disminuida la compensación de las funciones del centro circulatorio, los movimientos inmoderados del niño en este caso, cuando juega ó sube corriendo una escalera, dan lugar á que sienta violentas *palpitaciones*, ó bien la acción tumultuosa del latido cardíaco es descubierta por la madre al desnudar ó vestir al pequeño, no tardando en consultar dicho fenómeno al médico.

Corazón.

Inspección y palpación.—Puede observarse por estos medios que la *punta del corazón* en los niños no late en la misma región que en los adultos. Según las últimas observaciones de Wassilewski, el sitio donde se siente latir la punta del corazón en los niños, hasta la edad de 12 años, se verifica en las siguientes proporciones: en un 0,6 °/₀ sobre la línea mamilar; en un 98 °/₀ al lado externo de ésta; y en un 1,5 °/₀ en el lado interno; en un 43,3 °/₀ en el cuarto espacio intercostal; en 21,5 °/₀ entre el cuarto y quinto, y en un 35 °/₀ en el quinto espacio intercostal.

Estos datos concuerdan exactamente con los anteriores de Steffen, Rauchfuss, Rosenstein, von Dusch y Gerhardt.

En los niños delgados que se encuentran en la

segunda infancia, la región cardíaca es un poco más prominente que en los adultos.

Aparecen con frecuencia turgentes las venas yugulares, sin que exista lesión cardíaca, porque los trastornos circulatorios se extienden á todo el sistema vascular sin afectar á la plenitud del corazón derecho. (Eichhorst).

Percusión.—Las investigaciones de Rauchfuss sobre la percusión del corazón son actualmente patrimonio científico de todos, y la escuela italiana las sigue también en la práctica.

Según el citado autor, la pequeña *área de macidez* se extiende desde el borde del esternón en el punto de unión del 4.° cartílago costal izquierdo, hasta la línea para-esternal, ó sobre el 6.° cartílago, en el punto medio entre esta línea y la mamilar. El *límite lateral* se extiende desde la extremidad del citado 4.° cartílago costal izquierdo hasta la para-esternal, desciende ligeramente en forma oblicua hacia el lado externo, para después alcanzar la extremidad lateral del límite inferior. (Véase la figura en la página 92.)

La *grande área de macidez* corresponde á toda la superficie cardíaca del lado de la pared torácica. Es difícil señalar el límite superior del área cardíaca mientras exista la glándula tímica; pero más tarde, cuando ha desaparecido ésta, corresponde ordinariamente dicho límite, tanto en el esternón como en las partes laterales, á los cartílagos de la segunda costilla ó al segundo espacio intercostal. El borde

izquierdo del corazón desciende en forma de arco desde el límite esternal del mismo lado cruzando el tercer cartílago y la tercera costilla, en la línea para-esternal, la cuarta en la línea mamilar, la quinta á la distancia de 1/2 á 1 centímetro y la sexta á la de 1 á 2 centímetros al lado externo de la línea mamilar. Todo esto corresponde al límite *superior* é *izquierdo* del corazón.

El límite *inferior* del centro cardíaco recorre más ó menos horizontal desde la extremidad inferior del sexto cartílago costal derecho, próximo al borde esternal correspondiente (sexto espacio intercostal), al sexto espacio intercostal izquierdo, distante uno á dos centímetros del lado externo de la línea mamilar.

El *límite derecho* empieza en el segundo espacio intercostal, próximo al borde esternal del mismo lado, desciende en forma de arco y alcanza la línea para-esternal, uniéndose hacia abajo con la extremidad del límite inferior.

La *macidez absoluta*, según Sahli, es tan variable como en los adultos, la posición lateral está sujeta á las mismas leyes, no sucediendo lo mismo con la macidez *relativa*. Según el mismo autor, el cambio del corazón, tanto en la posición supina como en la sentada, no ofrece los mismos cambios que Weil ha observado en los adultos. Ludger afirma que la punta del corazón late en los niños más hacia abajo que en el estado ordinario, después de los movimientos del cuerpo y excitaciones fuertes,

pero permanece invariable en las distintas posiciones. La *movilidad activa* ó *respiratoria* de la macidez absoluta es fácil de determinar, no así la medida de los cambios.

Es, pues, absolutamente imposible demostrar la movilidad *activa* de la zona relativa de macidez.

En los niños enfermos el aumento de *macidez* no acusa siempre la *hipertrofia*, la *dilatación* del corazón ó la *pericarditis*, porque las fuentes de error son múltiples, efecto de los cambios de expansión del pulmón izquierdo ocasionados por los gritos ó movimientos variados de los niños.

La determinación matemática, pues, de los límites del corazón es de todo punto imposible, como tendrá ocasión de observar el práctico; y aunque en un cadáver quepa la duda si existe dilatación ó hipertrofia, hay que convenir en que esto es debido al estado de plenitud ó contracción variable del órgano, y á las diferencias inherentes á la edad.

En los *niños raquíticos*, si existe considerable deformidad de la caja torácica, la macidez cardíaca parece más extensa, aunque la impulsión de dicho órgano lata más hacia fuera de lo habitual; esto puede hacer sospechar la hipertrofia, siendo así, que en estos casos, en realidad no existe mas que una dislocación de órganos ó una distensión imperfecta del pulmón. Debo advertir, sin embargo, que en los *raquíticos*, el corazón está atacado de *hipertrofia concéntrica* á consecuencia de los obstáculos de la circulación y respiración y la *hipertro-*

fia del corazón derecho está en relación con la *escoliosis*, como insiste en demostrar el Dr. Sottas.

Auscultación.—Al practicarla en los niños no conviene oprimir mucho el *estetoscopio*, porque además del dolor que se causa por ser muy delgadas las paredes torácicas, pueden al mismo tiempo producirse *ruidos* artificiales.

En el estado fisiológico los *tonos* cardíacos son en los niños un poco más altos que en los adultos, síguense el uno al otro de un modo acelerado, son muy breves, rítmicos y se perciben además en sitios más ó menos lejanos. La proximidad del estómago lleno de gases, produce con facilidad un timbre *metálico*, aunque los ruidos tienen por regla general cierta suavidad que no existe en los adultos.

No debe deducirse la existencia de una *lesión cardíaca orgánica* solo por la percepción de un *ruido*, ya que, por ejemplo, toda *elevación de temperatura*, además de prolongar los tonos del corazón, les da cierto carácter de *soplo*.

Roger ha comprendido del siguiente modo los caracteres diferenciales que deben tenerse presente en la *auscultación:*

1.° La *clorosis* y la *anemia* suelen presentarse con frecuencia después de los 7 á 8 años de edad, acompañadas de un *ruido de soplo* en el corazón; así siempre que se perciba un *soplo cardíaco* bien caracterizado, puede deducirse con certeza una *alteración orgánica en los orificios*.

2.° Los soplos dulces son más frecuentes que los

ásperos; siendo más raro percibir el ruido de *raspa, sierra,* el *extremecimiento catario,* etc., síntomas de *lesiones valvulares* graves y avanzadas, porque sobreviene la muerte antes que éstas tengan tiempo de presentarse.

3.° Las *enfermedades del corazón derecho* no se encuentran jamás en la primera infancia, aisladas de las del *corazón izquierdo;* y las *lesiones valvulares del orificio mitral* son sin comparación más comunes que las del *orificio aórtico.*

4.° En la *pericarditis* los productos de la inflamación constituyen pseudo-membranas fibrinosas blandas. Dan lugar hasta su resolución ó hasta la formación de adherencias, á la percepción de un ruido de frote suave con más frecuencia que el de frote áspero.

SISTEMA NERVIOSO.

Para el examen del sistema nervioso en los niños hay que estudiar sucesivamente en primer lugar la esfera psiquica, en el segundo la motriz y por último la sensitiva.

La *forma* de la caja craneana (asimétrica, braquiocefalia, dolicocefalia, cabeza puntiaguda, oblicua, microcefalia) puede tener relación con las enfermedades del cerebro, lo mismo al presentar una *forma morbosa somática,* manifestada por contracturas, hemiplegia, etc., como al observar alguna deficiencia en las funciones psiquicas.

Aplicando simplemente el oido á la gran fontanela aún no cerrada, ó haciendo uso del estetoscopio, se oye un ruido de soplo más ó menos isócrono con el sistole del corazón. Para no confundir este ruido con el respiratorio, es útil tomar al mismo tiempo el pulso en la radial. Raras veces se percibe dicho ruido cuando la fontanela está cerrada como en los demás sitios del cráneo. Fischer y Whitney creyeron que este fenómeno era patológica y lo atribuyeron especialmente al *raquitismo;* pero después de los estudios de Hening y Wirthgen, se sabe que dicho ruido es fisiológico y carece por consiguiente de todo interés clínico.

El examen de la columna vertebral puede servir de criterio positivo en las afecciones de la médula ocasionadas especialmente por compresión.

Para efectuar este examen debe estar el niño desnudo, con el dorso vuelto hacia una ventana que dé buena luz, evitando la tensión muscular al mismo tiempo; colocado en esta posición se recorre con los dedos índice y medio de la mano derecha la línea que forman las apófisis espinosas, pudiendo notar la más ligera *desviación*, tanto por el tacto como por la impresión que cause al enfermo la compresión de los dedos.

El *dolor* provocado en las apófisis espinosas por la compresión digital, como por la esponja empapada en agua fría ó caliente, es signo seguro de enfermedad orgánica de las vértebras ó del contenido medular; no sucede lo mismo según Henoch con el dolor que sienten los enfermos de *corea* en las apófisis espinosas de las vértebras cervicales superiores.

Respecto á termometría local en los niños no conozco ningún trabajo especial, aunque he tenido ocasión de convencerme de su utilidad en la clínica del sabio maestro Murri, que la empleó en el examen objetivo de un niño de 10 años enfermo de *epilepsia parcial*.

No debe descuidarse nunca el examen del *fondo del ojo*, en enfermos sospechosos de *afecciones nerviosas centrales;* este examen es de una ejecución muy cómoda, si el niño está comatoso, tiene la pupila dilatada y rígida y al mismo tiempo un ayudante mantiene la cabeza en la posición deseada; cuando el sensorio está libre basta una luz intensa

reflejada en el espejo oftalmoscópico para llamar la atención del pequeño enfermo, que dilata su pupila, pudiendo verse la imagen oftalmoscópica.

Sobre esta materia son importantes los trabajos de Galezowski, Bouchut, Heinzel, Hock, Moncy, Cuomo, etc.

La *neuro-retinitis*, el *enturbiamiento de la papila ó de todo el fondo del ojo* y la *estrechez de las arterias*, son un gran auxiliar para el diagnóstico de la *meningitis tuberculosa*. En la *forma simple* y en la *hiperemia cerebral* la retina y la coroides están congestionadas, mientras que en la *anemia cerebral* el fondo del ojo aparece pálido y los vasos estrechados. En el *hidrocéfalo crónico* existen signos de compresión crónica, en tanto que el resultado es negativo en la *hipertrofia de los raquíticos*.

La *otoscopia* es también muy útil en los casos dudosos. Así Streit confirmó el diagnóstico de los *trastornos vasculares del encéfalo* y de la *meningitis tuberculosa*, particularmente en la *hiperemia de la membrana del tímpano*.

Acerca del estudio del reflejismo en los niños, Eulenburg, Haase y Pelizaeus, han dado á conocer las observaciones siguientes:

Según el primero de los citados autores, de 17 recién-nacidos en los cuales trató de investigar el *reflejo rotuliano*, únicamente lo encontró en 16, en los primeros días de la existencia; en el primer año faltó 9 veces entre 214 niños; de estas observaciones se deduce que dicho fenómeno falta en los

niños en la proporción de 4,21 °/₀ y en los adultos falta en la proporción de 1,56 °/₀ según la estadística de Bergers.

Según las investigaciones practicadas después en 124 niños de un mes á 5 años, el reflejo rotuliano faltó en ambas rodillas 7 veces ó sea en la proporción de 5,65 °/₀ y haciendo el experimento en una sola rodilla faltó 3 veces ó en la proporción de 2,42 °/₀.

El *fenómeno del pié* faltó, ó no se percibía con claridad en 101 niños (81,45 °/₀), mientras que se encontraron constantemente el *reflejo pupilar*, el de la *córnea*, el *nasal*, etc. El reflejo del oido, bastante fácil de buscar, no se hizo evidente en 5 casos, y el *reflejo de los músculos cremasteres* ó faltó ó no fué visible 20 veces en 78 niños.

Las investigaciones del *reflejo* en los niños con fiebres hasta 40°60' de temperatura no han dado ningún resultado práctico.

Pelizaeus ha estudiado el *reflejo de la rodilla* en 2.403 niños de la edad de 6 á 13 años, encontrándolo constantemente.

I. Esfera psíquica.

En los niños pequeños se investiga el sensorio enseñándoles objetos brillantes (espejos, reloj, etcétera); si aquél es normal siguen atenta y vivazmente los movimientos de éstos. A los niños de

cierta edad en este caso se les hacen preguntas oportunas.

Carácter. — Las facultades intelectuales se desarrollan en el niño al final del primer año de la existencia y en el curso del segundo (Meynert, Flechsig y Kölliker), así no debe hablarse de *psíquica* en los niños antes de esa edad. Debe llamar la atención del médico acerca de la facultad del oido y desarrollo de la inteligencia, el niño que al término del segundo año aún no pronuncia ninguna palabra, ó si la pronuncia ésta es rara ó es sustituida por un sonido falto de significación alguna. Los niños que presentan estos síntomas pueden padecer *sordera congénita ó idiotismo (atrofia total ó parcial del cerebro, esclerosis é hidrocéfalo).*

Tanto la *sordera* como el *idiotismo* pueden ser *adquiridos,* especialmente después de *enfermedades infectivas* graves; en estos casos los niños pierden su humor habitual, se vuelven serios, les fastidian sus diversiones predilectas, y no hablan ni reaccionan á los estímulos ordinarios.

Otras veces el cambio de carácter es efecto de un desorden *psíquico;* puede el práctico en las enfermedades de la infancia atribuir dicho cambio á trastornos nutritivos del *encéfalo* si éstos ocurren durante la *convalecencia de enfermedades graves;* sin embargo, el cambio de carácter puede ser también producido en los prodromos de afecciones leves rarísimas *(tenia, angina catarral),* y en la mayor parte

de las enfermedades graves *(tifus, difteria, meningitis,* etc.) En estas enfermedades predomina la *depresión psíquica* y se nota en otras un estado de excitabilidad inusitada, como en el *histerismo* y en el *corea:* en estas dos enfermedades los niños obran casi siempre de un modo violento, se agitan con frecuencia presa de una viva ansiedad extraordinaria, en la escuela son castigados por insolentes y caprichosos ó porque cuando escriben hacen numerosos borrones sobre el papel. Después de algunos días estalla el primer acceso de *histerismo* ó aparecen los primeros movimientos *coreicos* en una ó en diversas extremidades.

Alucinaciones. Ilusiones. Delirio. Actos irresistibles. —Estos síntomas no pueden confirmarse en los recién-nacidos; en los niños de más edad son debidos á enfermedades con *temperatura elevada* ó á la *uremia.*

Cuando las alucinaciones é ilusiones se suceden con frecuencia y por accesos, son síntomas sospechosos de *histerismo* ó de *epilepsia* y sustituyen muchas veces al *globo histérico* y al *aura epiléptica.* El delirio tiene la forma de sonambulismo y de éxtasis durante y después del acceso epiléptico; en este caso los niños se levantan de noche, se acurrucan debajo de una mesa, trepan por los muebles y se sienten impelidos á gritar y cantar sin que la conciencia se dé cuenta de tales acciones.

Otras veces se les ve divagar por la casa con la mirada fija y torba, sin ver ni oir nada, entregados

á fantasías religiosas ó eróticas (especialmente las niñas de cierta edad), llaman á Eva, ven figuras angélicas, ó cantan canciones obscenas. Con frecuencia parece que ven con claridad, y pueden determinar en este estado el número de movimientos coreiformes que deben ejecutar y sus cambios.

Tales síntomas tienen grandísima importancia en los casos que constituyen verdadera *spsicosis* del mismo modo que sucede en los adultos.

El *acceso epiléptico* es sustituido por la *psicosis* y la catalepsia, que sobreviene después de profundas emociones y durante el curso del *corea*, del *histerismo* y de la *epilepsia*, los cuales no son raros de observar; así Henoch describe los accesos de éxtasis que eran clásicos en una niña de diez años, la cual andaba con majestad porque se creía una princesa.

Manía.—En los niños los accesos de manía son frecuentísimos, y entre las causas deben enumerarse la *predisposición hereditaria*, los *traumatismos* en la cabeza, las *quemaduras extensas*, el *frio intenso*, el *onanismo*, el *terror* y los *esfuerzos mentales*.

Las *exaltaciones* y las *ideas fijas* pueden ser precursoras de *meningitis tuberculosa* (Zit). La *manía recurrente* y la *manía crónica* de otros psiquiatras ha sido observada por Witkowski. Maudsley refiere varios casos de *monomanías* (clepto-piro-dipso-manía). Son rarísimos los trastornos *psíquicos circulares* (locura circular).

Algunos autores reconocen en los niños el germen de la llamada *locura* moral en la obstinación de carácter y en el modo cruel de portarse con sus compañeros y con los animales.

Hipocondría. Melancolía.—Son muy raras estas formas depresivas. Zit refiere cuatro casos en que la hipocondría constituyó el síndrome prodrómico de la *meningitis tuberculosa.* Sin embargo, este mismo síndrome puede seguir á la convalecencia de graves enfermedades. Kelp ha observado la *melancolía atónita* en la edad pueril. El suicidio ocurre en la proporción de 1 á 104, y es ocasionado generalmente por *miedo* á un severo castigo, por *mal trato* de los padres ó de quien hace sus veces, por el *dolor profundo* ocasionado en la pérdida de un objeto muchas veces insignificante (por ejemplo un pajarito) y finalmente, por *impulso imitativo.*

Entre las causas de la *psicosis,* deben figurar en primer lugar, además de las citadas, la *herencia,* la *educación* y la influencia del *desarrollo* de los *órganos genitales;* y entre las enfermedades somáticas, las que conducen á la anemia é hipocondría y las *intoxicaciones,* entre las cuales deben citarse la *malaria* y el *alcoholismo* de la madre (Scherpf).

Insomnio.—Este es el mejor medio para establecer el principio y gravedad de una dolencia.

El *sueño* de los niños es más tranquilo y prolongado que el de los adultos.

La fisonomía de un niño adormecido inspira tal belleza que atrae y es denominada con frecuencia angelical. La excitabilidad refleja aumentada por la *fiebre*, por *helmintos*, *fermentaciones anormales en el tubo intestinal*, se manifiesta durante el sueño con movimientos de masticación, risa ó rechinamiento de dientes; y el dolor por contracciones musculares de la cara y palidez fugaz.

El *ronquido* no es frecuente en el estado fisiológico.

La *hipertrofia* de las *amígdalas* en menor grado, la disposición al *histerismo* y *epilepsia*, y la excitación producida por los cuentos de las nodrizas en mayor grado, producen en los niños que no han pasado la segunda dentición, el llamado *terror nocturno*.

Los niños despiertan en las primeras horas del sueño, saltan de la cama temblando, gritan como dominados por ensueños espantosos, después se calman, y á la mañana siguiente no recuerdan nada de lo sucedido durante la noche.

Las *fiebres altas*, que facilitan la *hiperemia* y la *congestión cerebral*, producen un sueño agitadísimo, y si coexisten la *anemia* y el *enflaquecimiento* por *enfermedades crónicas*, *sífilis congénita* y otras, se manifiesta la agripnia, que llega á ser habitual.

Somnolencia. Sopor. Apatía. Coma.—Hay que investigar si estos síntomas son efecto de una *enfermedad primitiva* del *encéfalo*, ó si son *secundarios* á

alguna *enfermedad general,* ó *de otros órganos.* Si se pueden excluir la *temperatura elevada,* la *uremia,* la *narcosis carbónica,* la *intoxicación por las ptomainas* (Senator) y las *enfermedades infectivas,* puede la lesión del sensorio ser debida á un *trastorno funcional* consecutivo á *neurosis* ó á *enfermedad cerebral orgánica.*

Alalia. Afasia. Parartria lateral (Balbucie, ceceo).—Los niños empiezan á emitir sonidos de los 5 á los 6 meses y pronuncian ya alguna palabra al final de los 2 años.

La *alalia idiopática* se debe á el *idiotismo,* á algún *vicio central congénito* ó á un *defecto de las vías centrípetas* y *centrífugas.*

La *afasia* ó *disfasia,* según la estadística de Clarus, de 100 enfermos, es producida 24 por *ileo-tifus,* 12 por *hidatidez,* 10 por *embolias* ó *lesiones violentas* (especialmente conmociones), 8 por *tubérculos* y 6 por *corea.*

No deben descuidarse además las *excitaciones emocionales* (Bohn), el *histerismo,* la *parálisis infantil,* la *sordera* después de *otitis* y todas las afecciones agudas y crónicas del cerebro.

La *balbucie* es un calambre de los músculos destinados á la articulación de la palabra, con irregularidad al mismo tiempo en los movimientos respiratorios, lo cual impide la pronunciación completa de las sílabas y palabras é interrumpe por consiguiente el discurso. Las causas de esta anomalía

del lenguaje son: la *herencia*, la *estrechez del torax*, la *dificultad en la respiración* y la *imitación* en la escuela.

No debe confundirse esta forma con la parartria ó sea la perturbación dependiente de anomalías de la *cavidad bucal* que produce en los niños defectos en la pronunciación (el llamado intoppo, *tropezón*).

Los niños que saben escribir ofrecen al pediatra en sus escritos elementos interesantes para el diagnóstico como sucede en los adultos. Habiendo hablado ya de los borrones que trazan sobre el papel los niños al principio del *corea*, solo recuerdo aquí que Berkhan ha llamado la atención sobre la escritura de los *semi-idiotas*, en la que éstos omiten ó añaden letras ó sílabas cuando escriben, ó trazan palabras del todo incomprensibles. Esta forma es por lo mismo llamada *balbucie de la escritura*.

II. Esfera motriz.

Paresia. Parálisis.—Los niños afectos de *paresia* ó *parálisis*, no pueden sostenerse en pié, no andan, ó no mueven más que un brazo, permaneciendo siempre cogidos de un objeto con una extremidad y con la otra ó no pueden coger nada ó dejan caer lo que habían tomado (monoplegia, paraplegia y hemiplegia).

Para formar juicio de la *parálisis de los músculos*

de la cara es necesario obligar á los niños á reir, llorar ó gritar.

El *dinamómetro* empleado para medir el grado de fuerza en los adultos, solamente puede dar resultados prácticos en los niños inteligentes y que han entrado en la segunda infancia. En tales casos suple la *electro-diagnosis,* que confirma la excitabilidad eléctrica disminuida, y en efecto. se necesitan corrientes constantes é inducidas más fuertes para excitar los nervios y los músculos de los recién-nacidos en el estado normal, que para los adultos (Westphal). Basta un simple examen para ver que la extremidad paralizada está floja como la de una muñeca, notando al mismo tiempo que es pesada como si fuera de plomo.

Es necesario distinguir primero si se trata de una verdadera *parálisis* ó de una *pseudo-parálisis* independiente de lesiones de los músculos y de los nervios, porque además de las afecciones dolorosas de los huesos que llevan en sí la inmovilidad de la extremidad, podría tratarse muy bien de una *luxación* ó *subluxación* ó de otra *enfermedad articular,* ó de la *sífilis hereditaria* que produce la separación de la epífisis de la diáfisis (Kölner y Waldeyer) y hace que la extremidad, particularmente la superior, se mueva con dificultad ó permanezca del todo inmóvil. Excluida la *sífilis,* se fijará la atención en otras causas, como en las *enfermedades infectivas,* las *neurosis,* y en las *lesiones,* tanto *centrales* como *periféricas.*

La *monoplegia de la extremidad superior é inferior* se presenta después de intensos accesos de eclampsia, puede ser el prodromo y también un síntoma de la *meningitis tuberculosa*, ó presentarse de un modo pasajero debido á la *compresión* de los nervios del brazo por la *cabeza* durante el sueño ó por *enfriamientos* y por la *dentición* (parálisis de Kennedy). En la *parálisis infantil* están afectadas las dos extremidades inferiores y una superior, ó una superior y otra inferior en lados opuestos, rara vez el brazo y la pierna del mismo lado, y más raro todavía las dos extremidades superiores ó las dos inferiores.

La *aplicación del forceps*, ú *otras maniobras obstetricias*, y el *hematoma del esterno-cleido-mastoideo* producen en el recién-nacido la *parálisis del plexo braquial*, en cuyo caso la mano se presenta en pronoción pronunciada hacia el lado interno. En la edad en que los niños empiezan á entretenerse en la gimnasia, ó en la carrera, una *posición anormal* produce fácilmente distensión de dicho plexo, á la que sigue la *parálisis del brazo*.

La *paraplegia* suele ser síntoma de *hidrocéfalo crónico*, de *spondilitis*, de parálisis *espasmódica* y finalmente de parálisis por *pseudohipertrofia de los músculos*.

Respecto á la *hemiplegia*, mientras que en los adultos es producida ordinariamente por un *foco hemorrágico* ó *embolia cerebral*, en los niños es propia de la *encefalitis hemorrágica*, de la *tuberculosis*

cerebral y *meningea*, y de la *parálisis cerebral atrófica*. En todas estas enfermedades sobrevienen pequeñas *apoplegías capilares*, muchas veces sin ningún síntoma apreciable en clínica, teniendo entonces una importancia puramente anatómica.

Durante el curso de la *púrpura hemorrágica*, en el acceso de una *convulsión*, en el ataque de *tos ferina*, en la *conmoción cerebral*, durante el estadio de calor de la *fiebre palúdica*, en la *asfixia de los recién-nacidos*, y últimamente en las *enfermedades infectivas (tifus, difteria, escarlatina*, etc.), pueden también tener lugar hemorragias capilares ó en forma de manchas que determinan hemiplegias más ó menos graves.

Las parálisis de los demás músculos que tienen mayor importancia en la patología infantil son: la *parálisis del velo del paladar*, la de la *pupila* y la del *nervio facial*.

La *parálisis del velo del paladar* (total ó parcial), además de ser un síntoma de *tumor cerebral* y de *afecciones* del *peñasco* (en cuyo último caso se asocia á la parálisis del facial), es por lo general el único síntoma de lesión nerviosa en la convalecencia de la *difteria*. En este caso los niños se presentan al médico con la voz más ó menos nasal é incomprensible, mientras las madres anuncian que parte de las bebidas ingeridas salen por la nariz. Al examinar la faringe se encuentra más ó menos inmóvil el velo del paladar, tanto en la inspiración como

en la fonación, é insensible si se toca con el dedo ó un pincel. Si se pasa después al examen del ojo, se notará que los movimientos de la pupila son lentos ó nulos. Los niños dicen que ven llamas ante sus ojos, no reconocen los objetos á cierta distancia, no pueden leer sin cansarse, etc. Estos síntomas no son más que trastornos de acomodación efecto de la *parálisis del músculo tensor de la coroides,* producida por la *infección diftérica.*

Parrot describe en ciertos estados patológicos de la primera infancia, el llamado *fenómeno pupilar,* por el cual, si se hacen cosquillas á un niño en estado comatoso y las pupilas no se dilatan, puede estarse seguro de que el coma no depende ni de *estravasación sanguínea,* ni de *meningitis.*

Cuando la *midriasis* no es refleja (especialmente por *helmintos* ú *onanismo*) y es permanente, puede depender de una *afección cerebral,* y si es unilateral y va acompañada de *convulsiones* ó *parálisis* del mismo lado, puede afirmarse que es dependiente de un *neoplasma.* Persistiendo la *midriasis* después de una *convulsión,* indica que ésta aparecerá dentro de poco.

Puede asegurarse que la *parálisis del nervio facial,* es casi siempre ocasionada por la *presión del forceps* y raras veces *congénita.* Más tarde puede depender de *causas reumáticas,* de *abcesos,* de *cicatrices,* de *infartos ganglionares* y de las *afecciones* del *peñasco (caries, tuberculosis).* Esta parálisis acompañada de otros síntomas, pertenece á las afecciones

centrales, como la *parálisis cerebral atrófica*, la *tuberculosis cerebral*, etc.

Convulsiones.—Las enfermedades acompañadas de convulsiones recurrentes y por accesos son tres: la *eclampsia*, el *histerismo* y la *epilepsia*.

El acceso de epilepsia en los niños no se diferencia del de los adultos, el *aura* está representada por alucinaciones, sensación de náuseas y de estrangulación, ruidos en los oidos, *nictitatio*, movimientos de balance de la cabeza y algunos otros.

El acceso de *eclampsia* se diferencia poco del epiléptico y el tiempo en que más suele presentarse es desde el nacimiento hasta el tercer año. Soltmann deduce de sus estudios verificados en los animales recién-nacidos, que los centros moderadores están poco desarrollados y que la excitabilidad de los nervios motores y sensitivos es menor que en los adultos; pero ésta crece consecutivamente de un modo sensible hasta alcanzar y aun superar el mismo grado que en los adultos. El aumento rápido de la excitabilidad sin el desarrollo de los centros moderadores, explica por qué los más pequeños estímulos producen calambres y convulsiones tetánicos en la primera infancia. El acceso empieza volviendo el niño los globos de los ojos hacia arriba ó lateralmente, permaneciendo rígidos mientras está perdido el conocimiento; verifícanse al mismo tiempo contracturas de los músculos de la cara, muchas veces de un solo lado, de modo que

el ángulo de la boca queda prolongado, los maxilares se cierran por el trismus y por los calambres de los músculos pterigoideos, á los que siguen movimientos de lateralidad que producen el rechinamiento de dientes. Las extremidades se ponen rígidas y dan sacudidas de cuando en cuando, los dedos de las manos están en flexión y los de los pies en flexión dorsal ó en forma del *pié equino*. La cabeza dirigida hacia atrás se mueve de un lado á otro, los músculos intercostales contraidos producen movimientos respiratorios frecuentes y superficiales, á los que siguen pausas muy penosas, la pared abdominal está tensa y la cara cianótica. Hay muchas veces expulsión involuntaria de orina y heces fecales y con frecuencia sale de la boca saliva mezclada con sangre. Esta escena dura pocos minutos; sucede después la calma, á la que puede seguir un segundo ó tercer ataque.

Desde el punto de vista diagnóstico, las *convulsiones* son: *sintomáticas* ó *simpáticas*.

Convulsiones sintomáticas.—Dependen en parte de *trastornos en la circulación* y en parte de *cambios* que se verifican en la sangre. En el primer grupo pueden contarse la *anemia cerebral*, por pérdida súbita de sangre y expulsión abundante de humores, *diarrea* ó *vómito*, por *calambres* en las arterias ocasionados por *impresiones psíquicas (espanto, ira,* etcétera), por *compresión* de la cavidad craneana, por *cambios anatómicos del cerebro (hemorragia, reblandecimiento y neoformaciones)*, por *afecciones*

especiales como el *hidrocéfalo, edema agudo del cerebro* y *procesos flogísticos.*

La *hiperemia venosa,* que secundariamente produce la *anemia,* predispone también á las *convulsiones* en las *enfermedades de la laringe (espasmos, crup),* en las del *pulmón,* del *corazón* y del tubo *gastro-intestinal* (particularmente si hay desarrollo de gases, porque éstos elevan el diafragma, reducen el campo respiratorio y dificultando la acción del corazón impiden en último término el descenso de la sangre del cerebro).

Al segundo grupo de las convulsiones sintomáticas pertenecen las enfermedades producidas por *cambios de la sangre,* lo que sucede principalmente en las *altas pirexias.*

En las *inflamaciones de la pleura* y *del pulmón* á la sensación de frío sustituye el acceso eclámpsico. En estos casos entran en acción otros factores, como la *acción cardíaca aumentada,* que provoca fluxión venosa en el cerebro y el dolor pungitivo que obra por vía refleja. Además de las *pirexias,* deben contarse las *enfermedades infectivas,* los *envenenamientos* por el *plomo,* por el *óxido de carbono,* la *piohemia, uremia, colemia, septicemia* é *infección puerperal;* y las producidas por alteración química de la leche por *espanto, ira* y otras causas semejantes en la madre ó en la nodriza.

Convulsiones simpáticas.—Se deben ya á la excitabilidad aumentada de los nervios sensitivos, ya

á la acción débil ó menos desarrollada de los centros moderadores del cerebro. Entre estos debe citarse la eclampsia producida por *quemaduras* de la *piel, heridas, intertrigo difuso, cuerpos extraños agudos (alfiler* en la *piel*, Siebanhaar), ó en la *nariz, oído* y *vejiga*, por la *dentición*, por *estímulos anormales en la mucosa del estómago y del intestino (dispepsia, cólicos, helmintos y catarros)*.

La convulsión limitada á una mitad del cuerpo puede ser síntoma de enfermedad de un *hemisferio cerebral (tubérculo ó neoplasma)*, pero se han observado casos de convulsiones generales con lesión de un solo lado y convulsiones semilaterales sin lesión material en el cerebro; en otros casos semejantes convulsiones se han tomado como *reflejas* y más tarde el sopor y la hemiplegia las hicieron reconocer como sintomáticas de lesiones orgánicas.

De todo esto se deduce, que aun cuando sea fácil el diagnóstico de la *eclampsia*, es difícil la investigación de la causa que la produce, y muchas veces permanece obscura; son necesarios por consiguiente, en estos casos, extensos conocimientos de la patología y una observación minuciosa del organismo infantil.

Los niños *raquíticos* están con más frecuencia predipuestos á la eclampsia, y Henoch no descuidaba nunca el investigar los signos del *raquitismo* al examinar un enfermo afecto de dicha enfermedad.

El *histerismo*, además de presentar la forma *psíquica* ya descrita, ofrece también la *convulsiva*. En

estos casos la convulsión se limita á cierta esfera de nervios, por lo que se oyen sollozos, gritos que semejan el gruñido y rugido del perro, el llanto espasmódico, accesos de disnea, tos, eruptos y gemidos sin lagrimeo.

Convulsiones y espasmos parciales.—Son dignos de ser examinados los *espasmos de la glotis, de la nuca, de los músculos del ojo (nistagmus), de los músculos respiratorios (sollozo),* la convulsión de la *risa* y del *llanto.*

El *espasmo de la glotis* ataca casi exclusivamente á los niños de 6 á 24 meses de edad. Cuando estos niños se disponen á beber, mamar ó gritar ó cuando son atacados de espanto, se vuelven repentinamente pálidos, cianóticos, dejan caer la cabeza hacia atrás, permaneciendo apnéicos durante pocos segundos; después siguen varias inspiraciones rápidas, convulsivas, sibilantes ó de ronquido, á las cuales suceden expiraciones, ya silenciosas, ya sonoras. Entre tanto la boca y ventanas de la nariz están desmesuradamente abiertas; rígidas las extremidades; cerradas las manos; los pulgares en flexión hacia la cara palmar; los dedos de los pies lo mismo sobre la planta. La convulsión puede extenderse en los casos graves al diafragma, á los músculos de la respiración, á los del tronco y á los de las extremidades; el cuadro descrito en este caso es más bien característico de *eclampsia,* con la cual comparte la etiología.

El *tic de Salaam* es una convulsión de naturaleza crónica localizada en el trayecto del nervio accesorio de Willis, por la cual la cabeza es presa de movimientos de lateralidad, ó de extensión y flexión, movimientos que tienen lugar únicamente en el período de vigilia, y muchas veces se asocia á los de los músculos del ojo *(estrabismo, nistagmus)*. Sosteniendo la cabeza ó llamando la atención del niño, cesan los movimientos y el *nistagmus* aumenta en intensidad ó aparece si no existía.

Estos fenómenos son de *origen reflejo (dentición, helmintos)*, ó entran en la sintomatología del *idiotismo* y de la *epilepsia;* en cuyo último caso el movimiento no está limitado exclusivamente á la cabeza, sino á toda la mitad superior del cuerpo. Han sido también observados en la *convalecencia de graves y largas enfermedades* por trastornos de la nutrición cerebral.

El movimiento acompasado de todo el tronco llamado de *cuna*, propio de niños entregados al *onanismo*, no debe confundirse con el *tic de Salaam*.

El sollozo es también un síntoma reflejo que puede depender de causas sencillas, como el *enfriamiento de la piel, ligeras afecciones gástricas é intestinales*, la anemia, el *miedo* ú otras enfermedades más graves, entre las cuales pueden citarse la *meningitis*, el *hidrocéfalo* y la *craniotabes*.

La *convulsión de la risa* depende de *diarrea* ó de *astricción* y no ha sido nunca observada en los adultos.

Spencer habla del *nistagmo faríngeo* y *laríngeo* en una niña de 12 años que tenía un *tumor cerebral*. Unido al *nistagmo* aparecía en dicha niña un movimiento rítmico constante del músculo faríngeo superior, los cartílagos aritenoides se aproximaban y alejaban alternativamente.

La tercera forma clínica con que suele presentarse el *histerismo*, según la clasificación de Henoch, es aquella en que predominan las convulsiones y accesos á modo de movimientos coordinados (salto, carrera y trepa); se designa este estado con el nombre de *gran corea*.

Contracturas. — Se presentan idiopáticamente como las convulsiones *(dentición* y *estímulos en los órganos uropoyéticos)*, ó como síntomas de afecciones *cerebrales* ó *espinales* en forma difusa ó limitadas á la mitad del cuerpo (semicontractura), ó en determinados grupos musculares (nuca, músculos del ojo y de la masticación).

Si son idiopáticos deben considerarse como una forma abortiva de las convulsiones y comparten con éstas la etiología; así se ha observado en la práctica que se inicia la enfermedad por la *eclampsia*, quedando después permanentes las contracturas.

Cuando se observan en la *sífilis hereditaria* debe deducirse la existencia de una miositis ó de una *lesión* en la *substancia nerviosa central*.

Kernig ha estudiado un fenómeno muy importante en las afecciones *cerebrales (tumor, trombosis*

del seno, tuberculosis de las meninges). Consiste dicho fenómeno en que la pierna no puede ser extendida á causa de la contractura de los músculos flexores, en el caso en que el muslo se encuentra en flexión con la articulación de la cadera. Se conoce con el nombre de *fenómeno de Kernig*.

El *trismus*, el *tétanos de los recién-nacidos*, la *lactancia*, la *parálisis espasmódica* y la *enfermedad de Little*, son dignas de un detenido estudio.

El *trismus* ataca á los recién-nacidos entre el 5.° y el 9.° día del nacimiento; sobreviene expontáneamente por accesos ó provocado al mamar, porque al verificar esta función el contacto de la piel provoca contracciones de los músculos maseteros y del orbicular de los labios, que dificultan é imposibilitan dicha función. Además toman parte en las contracturas otros músculos de la cara, la fisonomía se desfigura por las arrugas transversales de la frente y cejas, los párpados están fuertemente cerrados, los labios toman una forma comparable al hocico de un puerco, de la que parten arrugas en radios. A veces toman también parte en esta enfermedad los músculos de la deglución, de la nuca, de la espalda y de las extremidades, siendo las contracciones en estos casos, ya de forma intermitente, ya remitente. Si se pueden excluir las *causas traumáticas* (especialmente de la región *umbilical)*, y la *acción del aire* y del *baño frío*, hay que pensar entonces en los *infartos úricos* de cierta extensión.

La *tetania* ó *artrodiposis* se manifiesta en los ni-

ños desde los 2 á los 4 meses hasta el final del 2.° año; es producida por *trastornos del aparato digestivo,* por cuanto el contenido intestinal obra probablemente como estímulo tóxico sobre los nervios periféricos. Esta neurosis, de naturaleza motriz, está caracterizada por convulsiones interrumpidas en los músculos simétricos, especialmente de las extremidades.

Los niños afectos de *parálisis espasmódica* cuando se deciden á andar ó se esfuerzan en ponerse derechos, el simple contacto del piso con la planta del pié, provoca una contractura rígida de los músculos de la pantorrilla y el pié toma entonces la posición llamada pié *equino* ó sucede una violenta acción de los músculos abductores del muslo, y las extremidades golpean la una sobre la otra haciendo inútil todo movimiento. Coincide con esta parálisis el idiotismo.

En la *enfermedad de Little* sobreviene la convulsión tónica atacando á grupos musculares simétricos en el momento que éstos entran en contracción, cesando la convulsión si no se presentan movimientos expontáneos; están afectas, por regla general, las dos extremidades inferiores ó la mitad del cuerpo. En dicha enfermedad, que es congénita, los niños son cortos de inteligencia y aprenden difícilmente á hablar, porque el estrato anatómico está constituido ó por *esclerosis del cerebro* ó por defecto de las circunvoluciones próximas al surco de Rolando.

Temblores.—Mientras en los adultos y en los viejos el *temblor* es unas veces sufrimiento *idiopático* (temblor senil, alcohólico, mercurial, etc.), y en otras va acompañado de ciertos síntomas de enfermedades graves *(parálisis agitante, esclerosis)*, en la edad infantil es ocasionado por *dolor*, por la *dentición* ó bien por *meningitis de la base* y *tuberculosis cerebral*.

Ataxia.—Se observa en los movimientos de las extremidades inferiores al final de la *disentería* (Lenhartz), de la *escarlatina* y de la *difteria*, pero dura pocas semanas. Si se prolonga más tiempo, entra en la sintomatología del *histerismo*, del *tumor cerebral* y de la *esclerosis espinal* múltiple, siendo raras estas dos últimas.

Movimientos coréicos.—Una vez observados no se olvidan ni pueden confundirse con otras formas convulsivas, como la *eclampsia* ó *tétanos*. En efecto, mientras en el *tétanos* especialmente se presentan contracturas rígidas ó convulsiones por accesos como producidas por descargas eléctricas, en el *corea* los movimientos son idénticos á los del estado fisiológico (flexión, extensión, aducción, abducción y supinación); pero involuntarios, muy acelerados y de naturaleza espasmódica.

Es raro el *corea* en los adultos, pero es frecuentísimo en la edad infantil, sobre todo desde la segunda dentición hasta la pubertad.

Cuando los movimientos se hallan limitados á una mitad del cuerpo (hemicorea) no tienen en general la importancia que las contracturas y convulsiones de un solo lado, según ya hemos expresado; esto no impide que á semejanza de la *epilepsia* los movimientos coreicos puedan ser indicio de *afecciones centrales,* especialmente *tuberculosis* y *esclerosis cerebral.* Pertenecen á esta categoria el corea *postparalítico* y la *atetosis.*

Si pudieran excluirse con seguridad las *afecciones orgánicas del sistema nervioso central,* el reumatismo, aun en su menor grado, (p. e. un *torticolis,* un *dolor muscular,* etc.) subsistirá siempre como la causa más frecuente de la *neurosis.* Se ha visto en muchas ocasiones iniciarse la enfermedad por el *corea,* apareciendo después de varios accesos el *reumatismo articular agudo* con la *endocarditis* clásica, por lo cual no deben nunca dejar de examinarse los enfermos de *corea* sin haber reconocido primero su aparato circulatorio, teniendo presente no confundir los *ruidos anémicos* con los soplos orgánicos, especialmente en estos niños que son casi todos *anémicos.* Entran en la etiología de esta *neurosis* además del *reumatismo,* la *difteria,* la *escarlatina,* el *terror* (nunca los *helmintos,* según Henoch).

Se conoce una segunda forma de *corea* y es la llamada *eléctrica.* El enfermo, de vez en cuando, próximamente cada cinco minutos, ó con más frecuencia, es invadido por una contracción fulminante, especialmente en los músculos de la nuca y de

la espalda, contracciones que recuerdan las sacudidas producidas por una corriente de inducción. Están bajo la dependencia de un estímulo directo ó reflejo de los centros nerviosos; y por esto el *histerismo* puede tomar el aspecto del corea en sus movimientos y constituir la última forma clínica con que suele presentarse, según las observaciones del ilustre profesor berlinés.

III. Esfera sensitiva.

Los trastornos de la sensibilidad no son tan frecuentes en los niños como en la vida adulta, y por esto la *anestesia, hiperestesia* y las *neuralgias* son excepcionales.

El niño, aun cuando sea bastante crecido, no está en aptitud de juzgar el estado *anestésico* ó *hiperestésico* de la piel, por el temor que le produce en esta exploración, aun con los ojos cerrados, ser pinchado con un alfiler; esto perturba en alto grado el resultado de la exploración, por lo que tratándose de lesiones importantes del sistema nervioso, ha sido imposible, aun á los más hábiles pediatras, limitar exactamente las zonas de la sensibilidad alterada, debiendo circunscribirse en estos casos especialmente á los trastornos psíquicos y motores.

En vista de que las *neuropatías* no entran por lo general en la patología del recién-nacido y del niño de pecho, los estudios practicados por Vierordt, Ca-

merer, Soltmann y Traugott Kroner probarían que tienen un interés más bien fisiológico que clínico si los trasladásemos aquí en toda su extensión; por más que no podamos dar todavía una idea completa de los principales experimentos de este último autor.

El *sentido del gusto* está desarrollado en su más alto grado en los recién-nacidos; aunque en las primeras horas de la vida reaccionan de modos diversos á las pinceladas empapadas en soluciones dulces ó amargas, muy pronto distinguen las impresiones gustativas; y así toman mejor la leche que el agua tibia azucarada.

Para comprobar la sensibilidad del *olfato*, Traugott se sirvió, ya de substancias olorosas, ya de estimulantes de la mucosa nasal, y obtuvo movimientos mímicos reflejos (contracciones del rostro, de la nariz, etc.)

Acerca del oído, el citado autor está de acuerdo con Genzmer y Moldenhauer, quienes creen que este sentido entra en acción en la primera semana, aduciendo el hecho de que los niños medio dormidos oyen un ruido fuerte producido á 10 ó 12 pasos de distancia.

No sucede así con el sentido de la vista, efecto sin duda de la imposibilidad de mover voluntariamente los músculos del ojo, lo que les imposibilita fijarse en los objetos y distinguirlos; sin embargo, se ha comprobado que, poco tiempo después, tienen lugar las impresiones luminosas por la acción

refleja del facial y del motor ocular común (párpados é iris).

El sentido del *tacto* es el que se presenta siempre más desarrollado, y en prueba de esto, el simple contacto de los labios y de la lengua provoca la succión, y en la mucosa nasal el estornudo y la secreción lagrimal. Se encuentra constantemente una excitabilidad notable en los párpados y plantas de los pies.

La *sensación dolorosa* se manifiesta en los recién-nacidos sanos por contracciones de los músculos de la cara y por gritos, y la térmica se juzga al observar que los niños gritan y tiemblan apenas se encuentran en un ambiente frio, tranquilizándose si se les traslada á una atmósfera templada. Estas percepciones deben considerarse como reacciones reflejas ó instintivas á los estimulos, no pudiéndose hablar de sensaciones conscientes hasta más tarde, cuando las circunvoluciones cerebrales empiezan á funcionar.

Entre las *neuralgias* merecen mencionarse: la *cardialgia,* el *cólico* y la *hemicránea.* De las dos primeras nos hemos ocupado ya en otro lugar.

Los niños en la segunda infancia se quejan de dolor en la frente, el cual se presenta en forma de accesos intermitentes y con largos intérvalos. Si este sufrimiento reconoce por causa la *neurosis hereditaria* ó alguna *afección orgánica,* será debido en la mayoría de los casos á la *hipohemia, esfuerzos mentales* en la escuela, *catarro vaginal* en las niñas,

afecciones de la nariz, de los *ojos (astenopia, hipermetropia)* ó á *irritaciones reflejas (helmintos, onanismo* y *dentición).*

El *vértigo* en los niños de cierta edad, hace que se sientan caer y caigan alguna vez. Este síntoma depende de *enfermedades de los centros nerviosos (hidrocéfalo crónico, meningitis, anemia* é *hiperhemia),* ó de *estímulos reflejos (helmintos, catarro gástrico, compresión* del *testículo* detenido en el anillo inguinal, Soltmann), ó de *infección palúdica* (Bohn) ó de *traumatismo en el peñasco.*

Entre las alteraciones funcionales de los órganos de los sentidos merece ser conocida de un modo especial la *cofosis* (sordera), porque suele presentarse unida á un estado patológico de gran importancia, la *sordo-mudez.*

No es fácil reconocer siempre si un niño está realmente sordo-mudo como sospechan sus parientes. Ordinariamente el médico para conocer este estado debe procurar distraer al niño presentándole un objeto, y al mismo tiempo mientras vuelve los ojos á la parte opuesta, llamarle en voz alta, golpear fuertemente con las manos, tocar una campanilla, y ver si el niño vuelve la cabeza al ruído ó sonido. Es preciso repetir este experimento muchas veces, pudiendo suceder que el niño se vuelva aunque no haya percibido el ruído.

El grado de trasmisión del sonido por los huesos del cráneo, se explora aplicando el *diapasón* al vértice ó á las apófisis mastoides, observando al

mismo tiempo por la expresión de la fisonomía del niño si ha percibido el sonido; y si el paciente no es completamente sordo se pasa después al examen de cada oído.

La *sordera adquirida,* que puede llegar á ser causa del *mutismo,* es casi siempre consecutiva á *enfermedades agudas del oído medio,* á las cuales está muy predispuesta la edad infantil (*fiebres exantemáticas, sífilis, tifus, otitis purulentas crónicas* y *meningitis).*

Contribuyen á aumentar la dificultad en la audición las causas más simples, como el *estado congestivo* de la mucosa de la boca y faringe durante el período de la *dentición,* la *inflamación crónica de la faringe* y la *hipertrofia de las amígdalas.*

LITERATURA.

Cada uno de los tratados de pediatría dedican un capítulo especial al modo como deben examinarse los niños enfermos. Respecto á este punto solo me limito á citar las obras de Gerhardt, Barthez y Rilliet, Henoch, Baginsky, West, d'Epine y Picot, Cadet de Gassicourt, Meigs y Pepper, Vogel y Steiner.

El maestro de la semeiologia de las enfermedades de la infancia parece que ha sido Rase, el gran médico árabe. Se han ocupado particularmente de este asunto:

Rosen: Anleitung zum Kenntniss der Kinderkrankheiten. 1798—*Plenk:* Doctrina de cognoscendis morbis infantum. 1807—*Finlayson:* On the normal temperature in children. Glasgow M. J. 1808-9—*Lebreton:* Untersuchungen über Krankheiten der Neugeborenen. 1820—*Desruelles:* Mémoire sur les difficultés que presente le diagnostic des maladies des enfants. Jour. gén. de méd. chirurg. et pharma. 1821—*Joerg:* Lehrbuch z. Erkenntniss der Kinderkrankheiten. 1826-29—*Zellenka:* Diss. sistem.

lineamenta organismi infantilis. 1827—*Billard:* Mémoire sur le crì des nouveau-nés considéré sous le rapport physiologique et séméiologique. Arch. gén. de méd. 1827—*Jansekowitsch:* Diss. sistem. quaedam circa examen morborum infantum. 1829—*Henke:* Handbuch zum Erkenntniss der Kinderkrankheiten. 1830—*Doerenkamp:* De cognoscendis curandisque infantum morbis. 1831—*Heinsohn:* Andeutungen zur allgemeinen Diagnostik der Kinderkrankheiten. 1831—*Prochasca:* De examine infantum aegrotantium. 1832—*Loebisch:* Allgemeine Anleitung zum Kinder examen. 1832—*Id:* Ueber die Pflege und Untersuchung der Kinder, mit allgemeinen Bemerkungen über die Zeichen der Krankheit und Gesundheit bei denselben. 1848—*Klimko:* De semiologia aegroti infantis. 1834—*Schneider:* Generalia circa pathognomiam infantis. 1835—*Quetelet:* Sur l'homme et le développement physique de ses facultés. 1835—*Id:* Anthropometrie ou mesure des différentes facultés de l'homme. 1870—*Borsos:* Dissertatio de examine functionum infantum pathologico. 1835—*Heubel:* De vagitu neonatorum et lactantium. 1836—*Gorham:* Observ. on the pulsus of Infants. London Med. Gaz. 1837—*Evanson:* Handbuch f. der Erkenntniss der Kinderkrankheiten nach d. Engl. 1838—*Verson:* Der Arzt am Krankenbette der Kinder. 1838—*Beylot:* Valeur séméiologique du crì chez les nouveau-nés. 1839—*Colombat:* Le mecanisme des crìs et leur intonation notée dans chaque espèce de douleurs physiques et morales. Gaz. des hôp.

1839—*Davida:* Generalia de morbis infantum. 1840 —*Seifert:* De symptomatibus habitus externi in infantibus. 1842—*Karácsonyi:* Semiotica morborum infantium in excerptis. 1843—*Behrend:* Beiträge zur Semiotik und Untersuchungskunst kranker Neugeborenen und Säuglinge. Journal f. Kinderkrankheiten. 1843—*Friedeberg:* Diagnostik der Kinderkrankheiten. 1845—*Gradovitz:* De diagnosi morborum infantilium. 1846—*Gaceta Méd. Madrid.* 1848: Consideraciones acerca del método que debe seguirse en la exploración de las enfermedades de la infancia—*Meigs:* Observations on certain of the diseases of young children. 1850—*Dendy:* On the relative symptomatology of the cranial and abdominal viscera in children. Med. Times. 1850—*Merei*: Einige bemerkenswerthe Punkte bei der Auscultation der Kinder. Jour. f. Kinderk. 1851—*Id:* Einige Bemerkunger über die Untersuchung kranker Kinder. id. 1852—*Id:* Bemerkungen über den Puls, den Habitus und das Temperament der Kinder. id.—*Hervieux:* De la valeur séméiologique du vomissement chez les enfants à la mamelle. Union Méd. 1853—*Tott:* Das Schreien der Kinder in semiotischer Hinsicht. Jour. f. Kinderk. 1856—*Paul:* Die Veränderungen in der Physiognomie und den Geberden kranker Kinder. 1857—*Vogel:* Beiträge zur physicalischen Untersuchung der Lungen kleiner Kinder. Jahrb. f. Kinderh. 1857—*Mayr:* Ueber die Untersuchung und Semiotik des kranken Kindes. Jahr. f. Kinderh. 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1865

—*Liharzick:* Das Gesetz des menschlichen Wachsthums ecc. 1858—*Id:* Sitzungsbericht der Wien. Akadem. 1862—*Id:* Das Gesetz des Wachsthums des Meschen. 1862—*Forsyth Meigs:* Ueber Semiotik und über das Verfahren bei der Untersuchung kranker Kinder. Jour. f. Kinderk 1858—*Marchand:* Ueber den semiotischen Werth der Arteriengeräusche und besonders über das normale Karotidengeräusch bei den Kindern. id. 1862—*Braun:* Regeln zur Untersuchung des Kindes. Allg. Wien. Med. Zeitung. 1862—*Bricheteau:* De la façon de proceder à l'éxamen clinique des enfants. Rev. de thérap. med. chir. 1863—*Bergeron:* Einige Beiträge zur Semiotik des kindlichen Alters. Jour. f. Kinderk. 1865—*Monti:* Ueber die Veränderungen der Dejectionem im Säuglingsalter und ihren Zusammenhang mit bestimmten Krank. formen. Jahr. f. Kinderh. 1868—*Id:* Die physikalische Untersuchung der Brustorgane der Kinder. Oesterreich. Jahrb. f. Paediatrik 1872-73-74—*Galezowski:* Archives gén. de méd. 1868—*Frankl:* Das Saugen gesundener und kranker Kinder. Jahr. f. Kinderh. 1869—*Herz:* Einige Bemerkungen über das Saugen der Kinder. id. VII Jahrgang—*Hauner:* Die Kopfkrankheiten im Kindesalter, deren Diagnostik und Semiotik im Allgemeinen. id. 1870—*Id:* Die aus der Physiognomie des Kindes zu entnehmenden Zeichem. id. 1870—*Roberts:* Remarks on the manner of examining sick children. 1870—*Id:* The dejections of young children and their sémiology. Med. Gaz. N. Y. id.—

Pilz: Die normale Temperatur in Kindesalter. 1871 —*Widerhofer:* Semiotik des Unterleibes. Das Erbrechen. Die Flatulenz. Jahr. f. Kinderh. 1872-73—*Chatelain:* Die Geisteskrank. der ersten Kindheit. Ann. Méd. psych. 1873—*Rendon:* Diagnóstico de las enfermedades de los recién-nacidos. Emulación. Mérida. 1873-74—*Clarus:* Ueber Aphasie bei Kindern. Jahr. f. Kinderh. 1874—*Berruti:* Dei segni sensibili nella diagnosi delle malattie infantili. Indipendente. Torino. 1874—*Hock:* Ueber Sehnervenerkrangung bei Gehirnleiden der Kindern. Oesterr. Jahr. f. Paediatr. 1874—*Id:* Neue ophthalmol. Befunde bei Meningitis basilaris der Kinder. Arch. f. Augen und Ohrenh. 1875—*Demme:* Ueber Fettdiarrhöe am Säuglinge. 1874—*Id:* Das Verhalten der Korpertemperatur im Kindesalter. Jahr. des Jennerischen Kinderspitals in Bern. 1876—*Id:* Ueber Körperwägungen im Kindesalter. Wirchow's. Iahr. 1877—*Id:* Ein Fall von rasch letaler Hämoglobinurie nach intensiver Kälteeinwirkung. XXIII med. Berich. des Jenner. Kindersp. in Bern. 1885—*Id:* Ueber Magenerweiterungen im Kindesalter. Centrallbl. f. Schweizer Aerzte. 1886—*Heinzel:* Ueber den diagnostichen Werth des Augenspiegelbefundes bei intracraniellen Erkrangungen der Kinder. Jahr. f. Kinderh. 1875—*Cuzzi:* Semiologia delle malattie dell'infanzia. Osservatore. Torino. 1875—*Somma L:* Clinica pediatrica dell'Ospizio dell'Annunziata di Napoli 1875-77—*Id:* Su alcune malattie della bocca poco note nella prima infanzia. Napoli. 1882—*Du-*

brisay: Examen clinique des enfants. 1875—*Soltmann*: Experimentelle Studien über die Functionen des Grosshirns der Neugeborenen. Jahr. f. Kinderh. 1875—*Id*: Ueber das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen. id. 1877—*Id*: Ueber einige physiologis. Eigenthümlichkeiten der Muskeln und Nerven des Neugeborenen. id. 1878—*Id*: Ueber die Erregbarkeit der sensib. Nerven der Neugeborenen. id. 1879—*Id*: Ueber Mienen-und Geberdenspiel kranker Kinder. 1887—*Fleischmann*: Klinik der Paediatrik. 1875—*Martin und Ruge*: Ueber das Verhalten von Harn und Nieren der Neugeborenen. 1875—*Badin*: De l'albuminurie consécutive aux applications de tinture d'iode chez l'enfant. 1876—*Jacubasch*: Charité-Annalen. Bd. VI—*Pasquali*: Trattato clinico e pratico delle malattie della infanzia. 1876-78—*Cruse*: Ueber das Verhalthen des normalen Harns der Säuglinge. Jahr. f. Kinderh. 1877—*Schonberg*: Sull' esame della lingua dei bambini nella malattia. 1878—*Ronquillo*: Grito y voz de los niños. Independ. méd. Barcelona. 1878-79—*Santello*: Esame dei piccoli infermi. Giornale Veneto di Scienze Mediche. 1878—*Eulenburg*: Ueber Sehnenreflexe bei Kindern. Deutsch. Zeitschr. f. prakt. Med. 1878—*Id*: Ueber einige Reflexe im Kindesalter. Neurol. Centralblatt. 1882—*Schrötter*: Ueber Laringo und rhinoscopische Untersuchung bei Kindern. Monatschrift f. Ohrenh. 1879—*Ottoni*: Il linguaggio dei bambini. 1879—*Reitz*: Introduzione allo studio delle malattie dei bambini. 1879—*Atkin-*

son: The diagnosis of disease in children. Hosp. Gaz. N. Y. 1879—*Tarchanoff*: Ueber die psychomotorischen Rindcentra bei neugeboren Thieren ecc. Central Zeitung f. Kinderh. 1879—*Biedert*: Neue Nachrichten über das Verhalten des Fettes im Kinderdarm und über Fettdiarrhöe. Jah. f. Kinderh. 1879—*Id*: Wagestudien. Wirchow's Jahr. 1883—*Zit*: Die psychischen Störungen im Kindesalter. Central Zeitung f. Kinderh. 1879—*Uffelmann*: Ueber Ernährungs und Gewichtsverhältnisse eines fiebernden. Säuglings. Virchow's Jahr. 1879—*Id*: Untersuchungen über das microscopische und chemische Verhalten der Faeces naturlich ernährte Saüglinge ecc. Deutsch Archiv. f. Klin. Med. XXVIII—*Hähner*: Ueber die Nährungsaufnahme des Kindes ecc. Virchow's Jahr. 1880—*Camerer*: Zur Bestimmung der 24 stündigen Harnstoffmengen beim Säuglinge. Jahr. f. Kinderh. 1880—*Id*: Versuche über Stoffwechsel angestellt mit 5 Kindern im Alter von 2-11 Jahren. Archiv. f. Kinderk. 1881—*Id*: Gewichtszunahme von 21 Kindern im ersten Lebensjahre. Virchow's Jahr. 1882—*Sommer*: Ueber die Körpertemperatur des Nougeborenen. Deutsch med. Wochenschr. 1880—*Rivet*: De la voussure sous-claviculaire dans les épancbements pleuraux chez l' enfant. 1880—*Coën*: Ueber Sprech-Anomalien ecc. Allg. Wien. Med. Zeitung. 1880—*Reich*: Ueber transitorisches Irresein bei Kindern. Berlin. Klin. Woch. 1881—*Scherpf*: Zur Aetologie und Symptomatologie kindlicher Seelenstörungen. Jah. f. Kinder. 1881—

Stössl: Semiotica ed esame clinico dei bambini infermi. 1881—*Magitot*: Sur l'érosion des dents considerée comme signe retrospectif de l'Eclampsie infantile. Congrès médical à Londre 1881—*Parrot*: Le Rachitis et la Syphilis héréditaire. id.—*Id*: Sur un phenomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance. Gaz. hebd. 1882—*Id.* et *Robin*: Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés. Comptes Rendus. Vol. 82 —*Wolff*: Ueber Temperaturschwankungen bei Neugeborenen: 1882—*Traugott Kroner*: Ueber Sinnesempfindungen bei Neugeborenen. Deutsch. Med. Wochensch. 1882—*Haase*: Beiträge zur Statistik der Reflexe bei Kindern. 1882—*Sahli*: Die topographische Percussion im Kindesalter. 1882—*Decroizilles*: De la manière dont on doit examiner un enfant malade. Gaz. des Hôp. 1882—*Moncy*: Lancet. Vol. II. 1883—*Kjellberg*: Ueber die Ursachen der Convulsion bei Kindern. Archiv. f. Kinderk. 1883 —*Tazava Keiyo*: The diagnosis of diseases in infants. 1883—*Guillier*: De la fièvre de croissance. Gaz. des Hôp. 1883.—*Cohn*: Ueber die Psychosen im kindlichen Alter. Arch. f. Kinderk. 1883—*Silbermann*: Ueber eine neue Methode den Harn beider Nieren gesondert zu erhalten ecc. Berlin. Klin. Woch. 1883 —*Ludger*: De la mensuration clinique du coeur chez les enfants du sexe masculin de 10 à 14 ans. 1883—*Arena*: Nozioni generali sulle urine dei neonati ecc. Arch. di pat. inf. 1883—*Leroux*: Sur l'albuminurie chez les enfants. Rev. de Med. 1883—

Pelizaeus: Ueber das Kniephänomen bei Kindern. Arch. f. Psych. 1884—*Varigny*: Recherches expérim. sur l'excitabilité des circonvolutions cérebr. 1884—*Paneth*: Ueber die Erregbarkeit der Hirnrinde neugeborener Kinder. Pflüger. Arch. XXXVII—*Basch*: Ueber Pulsfühlen, Pulsschreiben, und Pulsmessen. Arch. f. Kinderk. Band. V—*Kernig*: Ueber eine eigenthümliche Flexion contractur der Kniegelenke bei Gehirnk. Berlin. Klin. Woch. 1884—*Roger*: Ricerche cliniche sulle malattie della infanzia. Napoli. 1884—*Politzer*: Zur Diagnose der fieberhaften Krank. des Kindesalters ecc. Jahr. f. Kinderh. Band IV—*Id*: Ueber den Werth gewisser Einzel-symptome für die Diagnose mancher Krank. des Kindesalters. Wien. med. Blätt. 1884—*Eröss*: Untersuchungen über die normalen Temperatur ecc. Jahr. f. Kinderh. XXIV—*Reclus*: La fièvre de croissance. Gaz. hebd. de méd. et chir. 1884—*Leidesdorf*: Ueber psychische Störungen im Kindesalter. Med. chirurg. Rund. 1884—*Casati*: Febbre da aumentata nutrizione. Raccogl. Med. 1885—*Blache*: Semaine médicale. 1885—*Weisz*: Beiträge zur Diagnostik und Therapie versch. Grade von Oesophagusverengerungen bei Kindern. Jah. f. Kinderh. XII—*Tschernoff*: Ueber sogenannte Fettdiarrhöe der Kinder Jahr. f. Kinderh. 1885—*Kramsztyk*: id. id. —*Bradfort*: Angeborene Muskelstarrheit oder Little's Krankheit. Boston med. surg. Jour. 1885—*Streit*: Beiträge zur Semiotik der Hirnerkr. bei Kindern. 1885—*Steffen*: Ueber Aphasie. Jahr. f. Kinderh.

1885—*Bohn*: Die Nervenkrank. der Kinder. id. 1870 —*Id*: Ueber Sprachstörung. id. 1886—*Miyamoto*: Ueber das Verhalten des Körpergewichts bei Darmkrank. der Kinder. Arch. f. Kinderk. 1886—*Cuomo*: Arch. di patol infant. 1886—*Moncorvo*: Revue mensuelle des malad. de l'enfance. 1886—*Id*: Uniao medica. 1886—*Filatow*: Eine neue Methode d. Temperatur messung b. Kindern. Arch. f. Kinderk. 1886—*Id*: Ueber die Diagnose der Initialperiode des Fieberkr. b. Kindern. id. 1887—*Hirschprung*: Beobach. über Hämoglobinurie im ersten Lebensjahre. Jahr. f. Kinderh. 1886 e Band. XIV—*Massini*: Fisiologia della infanzia e fanciullezza. 1886—*Dohrn*: Monatschr. f. Geburts. Band. 29—*Hofmeier*: Virch. Arch. Band. 89—*Ribbert*: Ueber Albuminurie der Neugeborenen und des Foetus. Arch. f. pat. Anatom. Band. 98—*Berkhan*: Ueber Störungen der Schriftsprache bei Halbidioten ecc. Arch. f. Psych. 1886—*Westphal*: Die elektrische Erregbarkeit der Nerven ecc. Neurolog. Centralblatt. 1886—*Spencer*: Pharingeal and Laryngeal Nystagmus. Lancet. 1886 —*Blanc*: Etude critique et clinique sur les altérations dentaires attribuées à la syphilis héréditaire. Lyon méd. 1886—*Sandner*: Ein Fall acutester tödtlicher Hämoglobinurie beim Neugeboren. Münch. med. Woch. 1886—*Gaube*: Oxycrasie. Athrepsie. Gaz. méd. de Paris. 1886—*Id*: Analyse physiologique des déchets de la digestion chez les enfants atteints d'oxycrasie ecc. id. 1886—*Robin*: Remarques sur la glycosurie des athrepsiques. id. 1886—

Juranville: Oxycrasie d'origine héréditaire id.—*Barletta*: L'esame clinico dei bambini. Rivista clin. e terap. 1887—*Wassilewski*: Die Lage und Grenze d. Herzens bei Kindern. Petersb. Med. Woch. N. T. III—*Selenski*: Ueber die Methode der Körperwägung zur Bestimmung. des Gesundheits-zustandes des Organismus. Centralblatt f. Kinder. 1887—*Escherich*: Die Darmbacterien des Säuglings. 1887.

FE DE ERRATAS.

Pág.	Línea.	Dice.	Léase.
41.	4	unan.	una.
83.	12	esquiromicetos. . . .	esquizomicetos.
113.	27	peri-esternal.	para-esternal.
122.	14	anamnésia.	anannesia.
139.	28	disnea.	dispnea.
140.	17	espectoración.	expectoración.
158.	24	espectoración.	expectoración.
168.	15	espectoración.	expectoración.
202.	7	*lactancia*.	*tetania*.

Esta obra se halla de venta en las principales librerías, al precio de **2'50 ptas.**

Como complemento á la misma hemos publicado un cuaderno de 18 páginas en folio, titulado:

MÉTODO QUE DEBE SEGUIRSE

PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO

EN LAS

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

EN FORMA DE CUADROS SINÓPTICOS

POR

D. JOSÉ WIEDEN PORTILLO

Precio de estos cuadros para los que tienen la obra, **ptas. 1'50.**—Los cuadros solos, **2 ptas.**

Los pedidos á la **Librería de Pascual Aguilar, editor. Valencia.**

Valencia: Imprenta de F. Vives Mora, Lauria, 20

SARRA

ERMEDADES DE LA INFANCIA