A mi familia.

A mi hermano Tomás M. Gallego

EN TESTIMONIO DE GRATITUD.

AL SEÑOR DON MARCO FIDEL SUAREZ.

MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES.

A mi bondadoso Maestro y noble amigo

Sr. Dr. Agustin Uribe.

A MI PRESIDENTE DE TESIS

Señor Doctor Josué Gómez.

HOMENAJE DE RESPETO Y ESTIMACION.

Presidente de tesis:

Doctor Josué Gómez.

Jurado de Calificación:

DOCTORES

Agustín Uribe. *Daniel E. Coronado.*

José M. Lombana Barreneche.

INTRODUCCION.

Hace algunos años se discute en medicina el asunto importante de los accidentes de dentición; negados por unos y admitidos con algunas restricciones por otros, han sido tema de largas discusiones en las cuales han tomado parte autores de gran peso.

Impulsados por el deseo de ilustrarnos en la materia, tratando de saber por propia observación lo que hubiera de cierto sobre la existencia de tales accidentes y cuáles eran, así como con el objeto de iniciarnos en el difícil conocimiento de la patología infantil, la hemos hecho desde hace tres años el objeto de nuestro estudio, y hoy presentamos como trabajo de tesis el resultado de las observaciones que nuestra corta práctica nos ha permitido hacer, las cuales hemos hallado acordes con lo que una larga experiencia ha enseñado á algunos médicos notables de la capital.

El número de niños que anualmente mueren en esta ciudad antes de contar tres años de vida alcanza á una cifra bien respetable, y si se tuviera el cuidado de arreglar un cuadro de estadística sobre mortalidad durante los dos ó tres primeros años de la existencia, se vería que es muy crecido el contingente que para tal estadística suministran los accidentes de la primera dentición.

Por creerlo necesario, en una tesis de esta naturaleza, hemos hecho preceder el estudio de los accidentes generales que son materia del presente trabajo, de un capítulo consagrado al desarrollo y erupción de los dientes, en el cual se encontrará un cuadro de las épocas en que, próximamente, se verifica en Bogotá la salida de cada grupo de piezas dentales.

El señor Doctor Juan Evangelista Manrique es acreedor á nuestro reconocimiento por la exquisita cortesía y prodigalidad con que nos ha favorecido, poniendo su biblioteca á nuestra disposición, y distrayendo el tiempo de sus ocupaciones por ilustrarnos con sus sabios consejos.

Damos las gracias al señor Doctor Juan David Herrera quien, con verdadero interés, nos ha suministrado obras, datos, útiles enseñanzas y oportunas indicaciones.

Valioso contingente nos han prestado para la elaboración de nuestra tesis, proporcionándonos obras de consulta, los Sres. Clopatofsky, Manuel Cantillo P. y Rafael González ...presión de nuestro agradecimiento.

I

FISIOLOGIA DE LA DENTICION.

DESARROLLO DEL DIENTE.

En cierta época de la vida embrionaria, los arcos maxilares, desprovistos de todo elemento óseo, comprenden en su composición una banda cartilaginosa que se extiende de cada lado á lo largo de dichos arcos, constituyendo su único esqueleto. Este órgano, que lleva el nombre de *cartílago de Meckel*, ocupa la parte interna del arco—en medio de un tejido embrionario—con el cual representa en ésta época de la vida fetal los elementos fundamentales de los maxilares.

A lo largo de la parte redondeada y saliente de los arcos que corresponde á la cavidad bucal, y que más tarde vendrá á formar el borde alveolar, se desarrolla una capa de células epiteliales, bajo la forma de un cordón, que en un momento dado se reúne á los elementos embrionarios de los maxilares. Una vez terminado el desarrollo de esta capa epitelial, aparece en su cara interna, constituyendo como una especie de *divertículo* suyo, una salida trasversal, aplanada de arriba hacia abajo, con una extremidad redondeada y un poco encorvada en forma de media luna y que ocupa, como la capa epitelial que le ha dado orígen, toda la longitud del borde alveolar: la designa Kolliker con el nombre de *lámina*. Es en la extremidad de esta lámina en donde tendrá lugar la producción del esmalte, primer vestigio del folículo dental. Su evolución es como sigue:

En el punto correspondiente á la posición del futuro diente aparece un ligero inflamiento, que ha recibido el nombre de *yema primitiva* del folículo, el cual está reunido á la lámina por una parte delgada—en forma de cuello—que se alarga poco á poco al mismo tiempo que la masa terminal aumenta de volumen. Esta masa constituirá el órgano del esmalte.

La yema primitiva, al principio esférica, toma pronto la forma cilíndrica, conservando su primitiva dirección horizontal; en seguida se alarga y cambia de dirección, para hacerse vertical, llevando su extremidad hacia el maxilar. En esta época la yema recibe el nombre de *cordón primitivo*.

Efectuado el cambio de dirección del cordón, su extremidad adquiere un desarrollo mayor y forma una masa terminal hundida en la profundidad del tejido del maxilar, constituyendo una especie de esfera, cuyo polo superior correspondería á la inserción del cordón, mientras que el inferior, libre, estaría dirigido hacia el fondo del maxilar. Esta masa representa el órgano del esmalte.

Algún tiempo después el polo inferior se deprime y da lugar á la formación de una concavidad, que se presenta bajo la apariencia de un *capuchón* suspendido á la extremidad del cordón. Con este último fenómeno coincide la aparición de un nuevo órgano, el *bulbo dental ;* éste nace en la concavidad antes mencionada, y al desarrollarse, adquiere una forma cónica, de cima vuelta hacia la depresión correspondiente del *capuchón*, disposición que se conserva en todas las faces ulteriores del desarrollo, pues el bulbo siempre se encuentra cubierto por el órgano del esmalte. En los límites del bulbo dental existe una pequeña zona clara, que por su refringencia se distingue de las partes vecinas ; esta zona está compuesta por una delgada capa de materia amorfa de una densidad mayor que la de los tejidos subyacentes, y la cual es designada dor Raschkow con el nombre de *membrana preformativa*. En medio de esta zona aparecerán los elementos del marfil ó dentina.

De cada lado de la base del órgano bulbar se desprenden más tarde dos pequeños prolongamientos opacos que representan los primeros rudimentos de la pared del futuro folículo. A medida que el bulbo se desarrolla, dichos prolongamientos se alargan y se encorvan el uno hacia el otro, de manera de abrazar en su doble concavidad, no solamente el bulbo, sino también el órgano del esmalte, los cuales al fin llegan á ser completamente aislados por la pared folicular. En este momento esta última queda, pues, constituída por una especie de cilindro inflado en el centro, cuya abertura profunda corresponde á la base del bulbo, al rededor del cual queda insertado, mientras que la abertura opuesta corresponde al cuello del órgano del esmalte, es decir, al punto en donde éste se adhiere al cordón. Más tarde, este cordón, á consecuencia de la reabsorción de sus elementos constitutivos, se rompe al nivel del punto que corresponde al orificio del saco folicular, al mismo tiempo que la pared del folículo desaparece también en este punto ; el órgano del esmalte ha perdido por consiguiente sus conexiones, y el folículo dental queda definitivamente aislado.

Mientras tienen lugar los fenómenos consecutivos á la formación del folículo y ruptura del cordón, el tejido óseo del maxilar, del cual no se encontraban ni huellas en la época del nacimiento del cordón primitivo, comienza á desarrollarse hacia la base del folículo en donde toma la forma de una banda continua, cuyo papel inmediato es separar por un tabique horizontal la gotera de los folículos del canal reservado á los vasos y nervios dentales. De esta banda primitiva se desprenden en seguida lateralmente dos prolongamientos que elevándose completan la gotera folicular que por mucho tiempo es una, es decir, sin subdivisiones alveolares. Más tarde, después del principio del desarrollo de la corona, se forman los tabiques secundarios y constituyen á cada folículo una celdilla que se abre del lado de la mucosa.

En resumen, en esta época, el folículo queda constituído como sigue, de fuera hacia adentro :

1.° De la *pared folicular* que lo envuelve en toda su superficie, salvo la base del bulbo que queda libre ; 2.° Del *órgano del esmalte*, subyacente á la pared folicular, y 3.° Del *bulbo*, que ocupa el centro del saco folicular.

Entraremos en algunos detalles acerca de estos órganos.

Los folículos se hallan colocados por series regulares en una *gotera* común, en la cual, como dijimos anteriormente, no se encuentran aún subdivisiones alveolares.

Estos folículos son contiguos, aislables unos de otros, adheridos por su base al haz vásculo-nervioso del fondo de la gotera, y por su cima á la mucosa, por medio de prolongamientos celulares que, partiendo de la cima del folículo, se pierden en los tejidos mucosos, constituyendo una verdadera inserción *(gubernaculum dentis* de algunos autores, cuerda ó banda de otros). Esta adherencia del folículo á la cara profunda de la mucosa persiste hasta la erupción, y los folículos quedan fijados así en su situación recíproca.

La textura de la pared folicular se modifica con los progresos de la evolución. Poco á poco se hace más densa, aparecen fibras de tejido conjuntivo, la materia amorfa disminuye en proporción, y la membrana adquiere cierta resistencia. Todas éstas modificaciones son más marcadas en la época de la erupción, y preparan el cambio de la pared folicular en periosto alveolo-dental ó membrana peridental.

El *órgano del esmalte* reposa sobre el bulbo el cual cubre hasta su base, á la manera de un capuchón. Este órgano está destinado á la formación de la capa de esmalte, y una vez que su función ha terminado, se atrofia y desaparece. Es por consiguiente un órgano epitelial transitorio.

El *bulbo*, al principio de su formación, presenta, como dijimos, una forma cónica ó unicúspide, pero más tarde adquiere la configuración de la futura corona. Este fenómeno se ha cumplido yá cuando aparecen los primeros actos formadores de los tejidos dentales propiamente dichos, de tal manera que el bulbo viene á ser como el molde sobre el cual se adaptan más tarde los elementos del marfil y del esmalte, para constituír de una manera invariable y definitiva la forma de la corona.

El bulbo está situado en el centro del folículo y separado de la pared, salvo en su base, por el órgano del esmalte que le rodea completamente hasta su porción estrecha ó cuello, que corresponde á su punto de implantación en el fondo de la gotera.

En la constitución del bulbo pueden considerarse tres partes, á saber: 1.° Tejido propio del bulbo ó tejido conectivo; 2.° Capa superficial, y como dependencia de ella el epitelio bulbar ó células formadoras del marfil ó dentina (odontoblastos), y 3.° Vasos y nervios. No entraremos en pormenores respecto del desarrollo de cada una de estas partes, por no permitírnoslo el carácter de este trabajo, en el cual solamente nos hemos propuesto, en tesis general, dar un ligero bosquejo de los fenómenos fisiológicos de la primera dentición.

Como el bulbo es un órgano definitivo, pues persiste toda la vida, se sigue de aquí que la formacion del marfil es continua.

FORMACIÓN DEL ÓRGANO DENTAL.

Constituído yá el aparato folicular, empieza el desarrollo de los tejidos de que está compuesto el órgano dental.

La descripción de los fenómenos de formación de los tejidos que componen el diente, comprende: el desarrollo del marfil ó dentina; el desarrollo del esmalte; el desarrollo del cemento, y la formación del periosto alveolo-dental ó membrana peridental.

La primera parte dura que aparece en el seno de los órganos blandos que constituyen el folículo dental es el marfil. Sus primeros rudimentos

se muestran encima del bulbo, al nivel de la capa amorfa que dijimos es designada por Raschow con el nombre de *membrana preformativa*, en medio de la cual se encuentran las células del marfil ú *odontoblastos*. Aparece bajo el aspecto de un punto opaco que tiene la forma de un cono y se le ha designado con el nombre de *matriz de la dentina*. Sobre los bulbos unicúspides como el del canino, sólo aparece uno, pero en los dientes de varias cúspides hay varios que más tarde se sueldan entre sí por su parte inferior.

Simultáneamente con la formacóin de la primera capa de dentina, tiene lugar la aparición de los primeros elementos del esmalte, que se muestran primitivamente en la superficie convexa de la *matriz de dentina*, es decir, en la cara profunda de la capa de células del esmalte, *adamantoblastos* ó amelo-blastos. La capa de esmalte formada primitivamente, continúa aumentando en superficie y en espesor, á medida que aparecen nuevas zonas de dentina ; de manera que los dos fenómenos son concomitantes.

El *cemento* sólo existe alrededor de la raíz del diente en donde forma una capa sumamente delgada. En el folículo dental, y hacia fuera del órganc del esmalte, se observa una capa de tejido conjuntivo, de muy poco espesor, dispuesta en lámina ó membrana homogénea, la cual representa la pared del folículo. Esta es rechazada por la corona en el momento de la erupción, y una vez que aquella ha salido fuera del maxilar, hasta el cuello, se demuestra que á este nivel, ni el marfil ni el esmalte están descubiertos, pues se encuentra una delgada película amorfa, que se prolonga de la raíz á la superficie del esmalte y que parece ser parte integrante de la capa del cemento.

Inmediatamente después de terminada la erupción, el diente no está aún completamente formado ; la corona está entonces constituída y continúa el trabajo de formación de la raíz. Esta formación comprende fenómenos correspondientes al crecimiento de los dos tejidos que componen la porción radicular del diente : el desarrollo progresivo del marfil de una parte, y de otra, la producción del cemento. A medida que los dos fenómenos se cumplen por un trabajo simultáneo, cada porción de raíz que se forma, es cubierta á su turno por una membrana celulosa que no es otra que la pared folicular, que desempeña papel esencial en el génesis del cemento. Es, en efecto, en la cara profunda de esta membrana fibrosa futuro periosteo alveolo—dental, y á expensas de una capa de células (cementoblastos), como se efectúa el desarrollo del cemento ; el fenómeno se produce según el mecanismo fisiológico observado en los huesos del cráneo. Los cementoblastos se forman por *autogénesis*, es decir, por generación directa, y los principios nutritivos que contribuyen á la producción de la sustancia ósea, son suministrados por los vasos del periosteo, de suerte que éste brinda por su cara profunda los elementos formadores del cemento, y por su cara externa desempeña el papel de periosteo con respecto á la pared del alveolo. La capa ósea cemental desempeña, pues, el papel de medio de unión entre la dentina y el hueso maxiliar.

Se ve, pues, que la formación del periosteo alveolo-dental, se confunde con el desarrolo de la pared folicular de donde proviene.

Como dejamos dicho, una vez formada la corona del

diente, empieza la erupción la cual se produce por una especie de penetración lenta y progresiva de la corona, al principio en el tejido submucoso, y después al través de la dermis y del epitelio. Este fenómeno es la consecuencia de la formación y crecimiento de la raíz, y el trayecto que el diente recorre en el espesor de los tejidos es exactamente proporcional á la cantidad de sustancia dura producida en el fondo del folículo.

La pared folicular es, pues, atravesada en un momento dado por la corona, en su progresión hacia el exterior. Cuando el punto extrangulado ó cuello, que corresponde al borde terminal del esmalte, llega al nivel del borde gengival, la erupción se ha terminado, y la parte perforada de la pared folicular está en relación con el cuello del diente. La pared del folículo sigue en su alargamiento el crecimiento de la raíz á la cual se adhiere íntimamente, y constituye más tarde la membrana peridental, en relación íntima, de un lado, con la superficie del diente, y del otro con la cara ósea del alveolo.

Por lo que queda dicho, se ve, pues, que en el hombre los dientes tienen su nacimiento en un aparato embrionario, del cual no salen sino una vez terminada su constitución.

El trabajo fisiológico varía mucho en cuanto á su duración, según la naturaleza de los dientes. Este trabajo empieza para los dientes temporales, desde el tercer mes de la vida intrauterina, época en la cual aparece el folículo.

En cuanto á las condiciones generales que rigen la erupción de los dientes, parecen estar sometidas á algunas variaciones dependientes de modificaciones de época. La precocidad de la edad adulta ejerce influencia sobre la erupción dental, que según numerosas experiencias es en estos casos más temprana.

El retardo de los fenómenos de erupción puede ser ocasionado por la influencia que sobre el organismo ejerce la existencia de una diátesis, y así, este retardo está probado en los niños atacados de sífilis hereditaria, en los raquíticos y en los escrofulosos. El Dr. Bensengre ha demostrado también que una buena ó mala alimentación influye sobre la erupción precoz ó tardía de los dientes.

El orden en que aparecen los folículos dentales, no está en relación con el que se observa en la época de la erupción de los dientes. Los folículos, tanto del maxilar inferior como del superior, se forman casi simultáneamente, y sin embargo, la erupción se efectúa por series sucesivas distintas.

El orden de sucesión fisiológica en la erupción de los dientes temporales (que son en número de veinte—y cuya fórmula

dental es: inc. $\frac{2-2}{2-2}$; can. $\frac{1-1}{1-1}$; mol. $\frac{2-2}{2-2}$=20), es según Magilot, el siguiente: (1)

ORDEN DE SUCESIÓN.	ÉPOCA DE LA ERUPCIÓN.
Incisivos centrales inferiores	7 meses.
Id. id. superiores...	10 meses.
Id. laterales inferiores	16 meses.
Id. id. superiores.....	20 meses.
Premolares inferiores	24 meses.
Premolares superiores.....	26 meses.
Molares inferiores.....	28 meses.
Id. superiores	30 meses.
Caninos inferiores ..... }	De 30 á 33 id.
Id. superiores ..... }	

Hé aquí las épocas de la erupción según Pierce: (2)

De 6 á 8 meses los incisivos centrales.
De 7 á 9 id. id. laterales.
De 14 á 16 id. premolares.
De 17 á 18 id. caninos.
De 18 á 24 id, molares.

Ponemos también á continuación el cuadro que indica la época de aparición de los dientes, según Baginsky: (3)

ORDEN DE SUCESIÓN.	ÉPOCA DE APARICIÓN.
Incisivos medios inferiores.....	Entre 3 y 10 meses, término medio, 7 meses.
Id. superiores centrales	9 á 16 meses.
Id, id. laterales	10 á 16 id.
Id. inferiores id.	13 á 17 id.
Premolares superiores é inferiores.....	16 á 21 id.
Caninos id. id.....	16 á 25 id.
Molares id. id.....	23 á 36 id.

(1) *Dic. Enc.* T. 27, p. 115.
(2) Vargas Paredes. *Estudios Dentales.*
(3) Baginsky. *Traité des maladies des enfants.*—1892—T. I, pàgs. 11, 12.

Fácil es comprender por la lectura de los cuadros anteriores, las variaciones á que está sujeta la época de la aparición de los dientes. También se altera á veces el orden de sucesión en que aparecen, pues no es raro que salgan primero los incisivos superiores que los inferiores, ó que los molares precedan la aparición de los colmillos. Se observa también una variación notable tocante al tiempo trascurrido entre la aparición de unas y otras piezas. Ordinariamente este trascurso es mayor, entre los incisivos laterales y los premolares, los premolares y los colmillos, y más aún entre los colmillos y los molares. Así, pues, la diferencia de las cifras dadas por los autores que anteriormente hemos mencionado, tomadas en distintos lugares, prueban, á nuestro modo de ver, que el trabajo de la evolución dental está bajo la influencia de condiciones variadas, como las relacionadas con el clima y quizá también las de raza y modo de alimentación.

Por lo que acabamos de exponer, era de esperarse que entre nosotros alguna modificación presentaría el fenómeno de la evolución dental, y esto es lo que nuestra corta observación nos ha demostrado ya. Pero antes de dar á conocer la cifra media de las épocas de aparición de los dientes, que hemos hallado en Bogotá, así como las pocas deducciones sacadas de nuestra escasísima práctica, debemos hacer constar que no tenemos la pretensión de dar á nuestras conclusiones un carácter de exactitud y precisión que no pueden tener, por ser muy reducido el número de las observaciones que hemos podido reunir, las cuales sólo alcanzan á 110 tomadas en el curso de dos años y medio. Hecha esta salvedad que juzgamos necesaria, ponemos á continuación el cuadro que indica el término medio de las distintas épocas de aparición de los dientes:

ORDEN DE SUCESIÓN.	ÉPOCA DE LA ERUPCIÓN.
Incisivos inferiores medios	8 á 10 meses.
Id. superiores medios	10 á 12 id.
Id. laterales	12 á 16 id.
Premolares	15 á 20 id.
Caninos	19 á 26 id.
Molares	24 á 32 id.

Según los datos del cuadro anterior, se ve, pues, que entre nosotros la dentición es más bien tardía. La erupción se hace siempre por grupos compuestos ordinariamente de dos piezas cada uno, entre la aparición de los cuales hay un trascurso de tiempo que varía de 8 á 15 días.

El orden de sucesión de los grupos no puede ser sometido á reglas fijas, pues varía mucho; si se exceptúa aquel en que aparecen los incisivos, que no obstante puede ser alterado en algunos casos, es aventurado asegurar en cuál de los dos maxilares aparecerá primero un grupo; sin embargo, en lo general, salen primero las piezas dentales inferiores.

Como dijimos antes, las cifras que en el cuadro anterior hemos dado, son sólo el término medio de las observaciones tomadas, pero hay numerosas excepciones; así, no es raro que la erupción empiece antes de los siete y aun de los seis meses cumplidos; ó bien: que tarde hasta un año la aparición de los primeros dientes. Igualmente se han observado casos en los cuales la erupción de una ó más piezas se ha efectuado á la edad de dos ó cuatro meses, así como otros, extraordinariamente raros en que un niño nace con uno ó más dientes. (1) En estos dos últimos casos la caída de aquellos tiene lugar comunmente muy pronto.

La intensidad de los accidentes observados, con ocasión de la erupción dental, es variable; ordinariamente tales accidentes son más intensos durante la salida de los incisivos, cuando se efectúa la de los centrales inferiores; pero no se puede á este respecto, aceptar nada como regla general, porque cualquiera conclusión sería errónea, dada la variabilidad en la intensidad de los accidentes, en relación con la aparición de tales ó cuales piezas. Lo que sí hemos observado es que el mayor número de accidentes ocurren en la época de la aparición de los colmillos.

Como dijimos, la alimentación tiene marcada influencia sobre la época de la aparición de los dientes. Sometida nuestra clase pobre á una alimentación insuficiente á causa de la escasez de recursos, natural es que, en estas condiciones, el niño no reciba de su madre sino una leche de malísima calidad, privada de las sustancias nutritivas necesarias para su conservación y desarrollo. En tales circunstancias el organismo en general sufre, y el aspecto del niño, flaco, pálido y tan extraordinariamente débil, que á una edad ya relativa-

---

(1) Un caso de éstos se presentó en el servicio de maternidad del Hospital civil de esta ciudad, en Mayo del presente año.

mente avanzada aún no camina, debido á un exiguo desarrollo de los sistemas muscular y óseo, revela el estado de miseria fisiológica en que se encuentra. Ahora bien, siendo notable la fatal influencia que una escasa nutrición ejerce sobre el desarrollo orgánico, apreciable por el retardo de funciones importantes, sería difícil que el fenómeno de la evolución dental tuviera el singular privilegio de escapar á tal influencia, y hemos observado que la mayoría de los niños criados en las condiciones antes mencionadas, alcanzan muchas veces hasta la edad de un año, y aun más, sin haberse iniciado el trabajo de la erupción de los dientes.

El proceso de la dentición es uno de los que más pueden interesar la atención del médico desde el principio de su carrera. Es talvez el fenómeno más digno de admiración, entre todos los que se efectúan durante el desarrollo del organismo humano, porque vemos y palpamos el desarrollo de dientes que emergen en orden definido al través de las encías y se colocan en serie regular, según leyes casi invariables. Ningún otro fenómeno del desarrollo extrauterino del cuerpo humano se puede comparar con el de la dentición.

La erupción de los dientes es contemplada con ansiosa solicitud por la amorosa madre, y el médico de la familia tiene, por fuerza de su ministerio, que participar de todas las inquietudes y aprehensiones que ocasiona en un hogar la erupción del primer diente del *bebé*. En todos los países del mundo es adagio vulgar el que "los padres no pueden gozar tranquilamente con sus hijos mientras no les hayan visto brotar el último canino."

Es, pues, creencia vulgar, artículo de fe, para todas las familias del mundo, que el proceso de la dentición es una causa de enfermedad. ¿Científicamente se puede aceptar esta creencia? ¿Puede admitirse que un proceso inevitable y necesario sea una causa de muerte? ¿Estará en defecto la naturaleza para proveer debidamente al crecimiento y al desarrollo de los niños? Es difícil contestar categóricamente, pues los hechos dicen sí, y la inducción y el sentido común dicen nó. Nó, una función no puede ser una enfermedad, pero una función cumplida en malas condiciones sí puede ser y es con demasiada frecuencia una causa predisponente de una enfermedad. El parto no es una enfermedad, y, sin embargo, es una causa predisponente de la septicemia y de la piohemia, cuando se efectúa en malas condiciones. Lo mismo sucede con la evolución dental, proceso normal que se efectúa casi siempre sin accidentes en los incultos campesinos de nuestras comarcas, pero que en las ciuda-

des y especialmente en las clases elevadas, se convierte en un estado de inminencia morbosa, pronta á revelarse bajo la influencia de la más insignificante causa ocasional.

Quien logre escribir, fundándose en la observación y en la experiencia, el capítulo de higiene de la primera infancia, en el clima de Bogotá, podrá hacer notar el sinnúmero de errores higiénicos que pesan sobre los niños y que trasmitidos tradicionalmente sostienen sobre esa época de la vida, en este clima, una mortalidad alarmante. La alimentación, el baño, el vestido, la ventilación, la aereación, y hasta el sueño de los niños, es dirigido en este pueblo, no por los preceptos de la higiene moderna, sino por inveteradas rutinas, que hacen que todavía la gran mayoría de las madres estén creyendo que el aire, el sol y el agua son agentes mortíferos capaces de hacer enfermar sus hijos, sin atender á que el niño creado en ese santo temor, será un sér raquítico y delicado, incapaz de proveer normalmente á todas las necesidades inherentes al proceso de su desarrollo, y predispuesto á enfermar en la época de la erupción dental.

II

DE LOS ACCIDENTES EN GENERAL

DURANTE LA PRIMERA DENTICIÓN.

En la época de la primera dentición el niño está amenazado de grandes peligros, como lo prueban las estadísticas sobre mortalidad publicadas por los autores que se han dedicado al estudio de la patología infantil. Aun cuando la dentición es un trabajo natural viene acompañada, no obstante, con alguna frecuencia, de ciertas perturbaciones, pues es la primera época crítica de la vida, y rara vez la evolución dental recorre todos sus períodos sin provocar algún síntoma mórbido. Si en la época de la erupción de las muelas cordales se experimenta la mayor parte de las veces un verdadero sufrimiento, con mayor razón éste debe existir en el niño, en la época de la dentición, si se tiene en cuenta que su sistema nervioso es más excitable, y que en él la impresión morbífica es fácil, más profunda y grave que en el adulto y por consiguiente las reacciones más vivas y peligrosas.

No queremos sostener que la aparición de una enfermedad durante la erupción dental, sea necesariamente la consecuencia de este trabajo fisiológico. La mayor parte de las enfermedades de la infancia se desarrollan durante el largo período de la primera dentición, pues este trabajo empieza, poco más ó menos, al séptimo mes del nacimiento, para terminarse de los veintiocho á los treinta meses, época durante la cual hay un desarrollo rápido del organismo y se efectúan modificaciones constantes en todos los órganos. Conocida la duración del período durante el cual se verifica la sucesiva erupción de los dientes de leche, no se puede, pues, decir que las enfermedades que aparezcan en esta época sean todas consecuencia de aquel trabajo fisiológico; pero hay algunas de ellas que fuera de la existencia de toda diátesis y de antecedentes mórbificos personales, en medio de una salud completa, y bajo la influencia de una buena alimentación y de una escrupulosa higiene, aparecen en el momento de la erupción de un diente, resisten á todo tratamiento mientras persiste la causa local que les ha dado nacimiento, y se reproducen cada vez que una ocasión semejante se manifiesta de nuevo. Sin necesidad de admitir la existencia de enfermedades de dentición propiamente dichas, creemos que razonablemente se pueden mirar estas perturbaciones mórbidas, como accidentes desarrollados con ocasión de este trabajo fisiológico, y cuyo carácter común es aparecer en el momento en que empieza la erupción, continuar mientras ésta dura, y cesar inmediatamente que los dientes han acabado de perforar la encía.

No estamos, pues, de acuerdo con los autores que, como Magitot—cuya indiscutible autoridad científica reconocemos—llevan su exageración hasta rechazar en absoluto las relaciones que la dentición pueda tener con el desarrollo de algunas enfermedades que se presentan durante el período de la erupción dental; tampoco caemos en la exageración contraria, como anteriormente lo hemos dejado comprender; pero creemos que sería un error negar la influencia directa que sobre el desarrollo de algunas lesiones mórbidas ejerce este fenómeno fisiológico, lo mismo que la predisposición patológica que engendra, y el carácter de gravedad particular que imprime, en algunos casos, á las afecciones catarrales más simples en apariencia. Querer probar lo contrario sería, como dijo Herard al tratar del asunto en la Academia de Medicina de París, "negar la evidencia."

Numerosos son los casos que diariamente se presentan, en los cuales. á consecuencia de la inflamación de la encía (1) causada por la erupción de un diente, se desarrollan

(1) Contados son los casos en los cuales falta esta turgencia inflamatoria.

aftas que terminan por una estomatitis, á veces extensa. Ahora bien, la propagación de la enfermedad, ó su repercusión sobre otros órganos, se explica fácilmente si se tiene en cuenta la solidaridad que por todas partes presenta la membrana mucosa, y la exquisita sensibilidad de los niños, lo cual facilita la aparición de una irritación más ó menos viva, que se traduce por diarrea, catarro pulmonar, síntomas nerviosos, según el predominio de *susceptibilidad* de tal ó cual órgano. Evidentemente que en cualquiera de estos casos la lesión mórbida está bajo la dependencia del traumatismo ocasionado por la erupción del diente, como bien lo deja comprender el profesor Simon cuando al tratar del asunto dice que " la evolución dental produce algunas veces congestiones del encéfalo y del aparato digestivo, cuya aparición y repeticiones acompañan precisamente la salida de los dientes. (2)

Magitot, al tratar el asunto que nos ocupa, concluye diciendo: " Los accidentes observados en la época de la dentición, son completamente independientes de la evolución dental propiamente dicha y debidos, sea á condiciones individuales, sea á una mala higiene.

" Rehuso considerar la primera dentición, acto puramente fisiológico, como una faz patológica y al niño como un enfermo. Protesto contra la idea de que en el momento de la erupción de los dientes, la encía sea el sitio de un traumatismo cualquiera, que la observación no permite demostrar. Rechazo la práctica bárbara que consiste en dividir la encía de un niño en vía de dentición. En fin, con la patología comparada demuestro que los animales domésticos presentan también en la primera edad accidentes exactamente semejantes á los que son atribuídos en el hombre á la dentición, salvo que en ellos tal fenómeno no guarda ninguna relación con aquéllos. Concluyo, pues, negando en absoluto las enfermedades llamadas de dentición, tradición que sirve de mote ilusorio y peligroso á estados patológicos cuya importancia y gravedad pueden desconocerse de esta manera."

Por lo que hace á " considerar la primera dentición, acto puramente fisiológico, como una faz patológica y al niño como un enfermo," diremos; que ciertamente la dentición en sí misma no es una enfermedad, como tampoco lo es el crecimiento, y no obstante, no se puede negar el carácter patológico de los accidentes locales sobrevenidos durante la erupción dental

---

(2) Jules Simon. *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants.* 1887—t. II—p. 71.

—que no son otra cosa que una exageración de los *síntomas* fisiológicos—así como tampoco se puede desconocer la sintomatología mórbida que lleva el nombre de *fiebre de crecimiento* tan sólo por depender de las condiciones anormales en que se efectúa un fenómeno puramente fisiológico. Las épocas de la menstruación, del parto y de la menopausa, son también fenómenos fisiológicos, y sin embargo, constantemente se tiene ocasión de observar perturbaciones mórbidas engendradas por tales actos.

En cuanto á los accidentes locales que tienen por sitio la encía, la inflamación de ésta en el momento de la erupción de un diente es un hecho de observación diaria, y si en estas circunstancias se consulta con el termómetro la temperatura de la boca, se la encontrará más elevada de lo que normalmente es; la coloración de la encía ha variado, y en muchos casos basta tocar ésta con el dedo para que el niño denuncie con sus gritos el dolor provocado. Kassowitz, ardiente partidario de las teorías de Magitot, al tratar de los accidentes locales de la dentición dice que, fuera del inflamiento de la encía, no ha observado ninguna alteración bucal, y que este inflamiento no viene acompañado de dolor. Por lo dicho se ve que Kassowitz se refiere á la turgencia inflamatoria de las encías, y creemos que un tegido inflamado es siempre doloroso.

Acerca del tratamiento que consiste en producir por un medio artificial la división de la encía, para detener un accidente, ó al menos obtener la mejoría de sus síntomas, lo creemos racional, siempre que, como en la aplicación de todo remedio, se tenga en cuenta la indicación del tiempo oportuno de apelar á él. Si la encía está inflamada y es muy dolorosa se puede hacer la incisión, siempre que los tejidos que separan la corona del diente de la superficie de la mucosa, sean de un espesor poco considerable. En cualquier otro caso la incisión sería inútil, por cuanto los tejidos, uniéndose de nuevo por encima de la corona, formarían una cicatriz fibrosa más resistente que los tejidos que antes debía atravesar el diente, y de esta manera se prolongarían los sufrimientos del niño en lugar de evitarse. La mayor parte de los autores aconsejan la incisión crucial; pero, en todo caso, debe llenar la condición de dividir completamente todas las partes situadas por encima de la corona.

Para darse cuenta de la profundidad á que se encuentra la corona y saber, por consiguiente, si la operación está ó nó indicada, puede hacerse uso del procedimiento aconsejado por Blachez, que consiste en hacer una especie de punción exploradora por medio de una aguja muy fina.

De todos modos, la incisión no ofrece ningún peligro, y cuando se practica teniendo en cuenta las condiciones mencionadas anteriormente puede ser de grande utilidad, pues hemos visto casos en los cuales los síntomas se han modificado con una rapidez extraordinaria, para desaparecer algunas horas después. La primera ventaja que se obtiene es descongestionar la encía, produciendo de esta manera un alivio rápido, el cual se manifiesta, en algunos casos, por el sueño tranquilo que sucede á la división de los tejidos inflamados, y que hace un contraste notable con la agitación que antes se observaba en el niño.

Réstanos estudiar los argumentos que en contra de la existencia de los accidentes de la dentición pudiera suministrar la anatomía comparada. No consideraríamos dichos argumentos desprovistos de valor, siempre que la morbidez en todos los seres vivientes obedeciera á las mismas condiciones. En las ciencias físicas se observa una relación constante entre las causas y sus efectos, ¿podemos decir otro tanto en medicina? Creemos que no, pues no siempre se puede concluír rigurosamente, de la existencia de una causa morbífica el desarrollo de una enfermedad determinada; porque el organismo, siendo parte activa en la producción del fenómeno, puede resistir á la influencia de tal impresión morbífica é impedir las modificaciones que ésta engendra ordinariamente. Entre la impresión producida por un agente físico de tan fácil demostración como el frío ó el calor, y el estado mórbido que tal impresión puede provocar hay un intermediario; este intermediario es el organismo vivo con su impresionabilidad, su fuerza de resistencia y de reacción particular, que viene á constituír un tercer término; y como su oportunidad de reacción no es siempre la misma, de aquí que en medicina unas mismas causas no engendren siempre efectos semejantes. Esto es lo que hace justamente que causas idénticas, y que obren en unas mismas circunstancias exteriores, en muchos casos no tengan ninguna influencia sobre la salud, mientras que en otros provocan el desarrollo de graves afecciones, pues sabemos que las causas morbíficas ejercen acción distinta sobre los individuos según la edad, sexo, temperamento, constitución, conformación, raza, idiosincracia, costumbres, alimentación, vestidos, simpatías, etc. etc. Creemos, pues, que talvez sería aventurado fundar la negación de los accidentes de la dentición en el hombre, en el solo hecho de no haber sido observados en los animales.

La prueba de que el trabajo de la dentición ejerce influencia notable sobre la salud del niño es la disminución de su peso durante el período que precede á la aparición ó la salida de un

diente y mientras esta última tiene lugar. Todos los autores están de acuerdo en que, sobre todo durante el primer año, el peso del niño debe aumentar diariamente cuando se encuentra en buenas condiciones de salud. Bouchut dice: "En el recién nacido y en los niños que todavía lactan, el peso tiene una importancia especial; en esta época de la vida la buena salud se revela por un aumento de peso diario;" (1) y este mismo autor, después de dar la cifra media del aumento de peso durante las distintas épocas de la primera infancia, agrega: "Sin embargo, no se debe dar á estas cifras un carácter de rigurosa precisión. Un niño puede ganar diariamente en peso una cifra menor, y sin embargo estar en excelentes condiciones de salud. *Lo importante es que gane.*"

Veamos ahora lo que dice C. Paul respecto del peso del niño durante la época de la erupción dental: "Las curvas de las pesadas de un niño indican claramente la erupción de cada uno de sus dientes. La intensidad de los accidentes varía según la clase de piezas que aparezcan; así, en la aparición de los incisivos inferiores son más intensos que en la de los superiores, raros en la de los caninos, y en la de los molares más frecuentes."

Como Magitot, algunos otros autores han tratado de explicar el desarrollo de los accidentes de la dentición, diciendo que ésta no puede ser considerada como causa de ellos, sino cuando la nutrición es mala. Al hablar así, creemos que no hacen otra cosa que argumentar en contra de su teoría, pues á menos de negar los accidentes locales en la existencia de los cuales (con rarísimas excepciones) están de acuerdo todos los autores, hay que convenir en que encontrándose el niño casi en la imposibilidad de mamar ó de tomar sus alimentos á causa del sufrimiento que le ocasiona la inflamación de las encías, sufrimiento que es á su vez motivo de disminución del apetito, la alimentación tiene que ser insuficiente y por tanto la nutrición defectuosa. En tales circunstancias el peso del niño disminuye, y el debilitamiento de las fuerzas se efectúa de un modo rápido; de manera, pues, que si los accidentes dependen de mala nutrición, ésta á su vez es causada por el trabajo de la dentición, y en las primeras épocas de la vida cualquiera indisposición, por leve que sea, que tienda á empeorar la nutrición, influye mucho sobre la salud del niño, pues en esta época toda su energía orgánica se consume en beneficio de dos grandes funciones, la nutrición y la asimilación.

---

(1) E. Bouchut. *Traité de diagnostic et de sémiologie*—1883—págs. 18, 19.

Lo que dejamos dicho explica de qué manera la dentición imprime en algunos casos, como dijimos anteriormente, un sello de gravedad particular á las enfermedades de la infancia, las cuales son más peligrosas no propiamente por los desórdenes materiales que puedan producir, sino por el resultado del golpe dado á un débil organismo por una reacción dinámica muy considerable, ó por una astenia debida á un rápido agotamiento de las fuerzas.

De un número considerable de observaciones clínicas tomadas en distintos climas, Pamard deduce la existencia innegable de los accidentes ocurridos durante la dentición; hé aquí sus conclusiones: (1)

1.° Todo trabajo de dentición determina una perturbación en la salud—la que se traduce sensiblemente en la curva del peso de los niños; ésta queda estacionaria, ó más frecuentemente baja durante el período de la evolución dental;

2.° En los climas fríos, del mismo modo que en las estaciones frías, todo trabajo dental se acompaña de fenómenos reflejos del lado de los órganos respiratorios;

En los climas calientes, del mismo modo que en la estación caliente, todo trabajo dental se acompaña de fenómenos reflejos del lado de los órganos digestivos.

En el mediodía, y en la estaciòn caliente del año, todo niño en la época de la dentición sufre fatalmente tales perturbaciones, si no se le puede dar su alimento natural, la leche

Por otra parte, no hay necesidad de recordar los efectos inmediatos y excelentes que produce la abertura de la encía que cubre el diente en vía de evolución. El bisturí me parece inútil, me sirvo simplemente de la uña.

En lo que concierne á las convulsiones, aun cuando estoy convencido que son á menudo de origen dental, admito que las puede haber debidas á otras causas; pero jamás iré hasta admitir la histeria en el niño."

Los accidentes de la dentición son locales y generales. Los accidentes locales hacen relación á las enfermedades que en esta época se desarrollan en la boca, tales como estomatitis, aftas, producciones membraniformes, etc., y de las cuales no nos ocuparemos, por no permitírnoslo la brevedad de nuestro trabajo, y porque su existencia no puede ser puesta en duda para que sea asunto de discusión.

Los accidentes generales, llamados también *accidentes simpáticos*, se refieren á algunas enfermedades desarrolladas, por orden de frecuencia, en el aparato digestivo, respiratorio, cere-

---

(1) Academia de Medicina de Paris. Sesión del 9 de Agosto de 1892.

bro-espinal y cutáneo; como acerca de estos se ha concebido mayor número de dudas, ellos serán materia de nuestro estudio.

La fiebre, que es tan común cuando la erupción dental provoca dolores continuos, se manifiesta de una manera muy irregular, lo que constituye su carácter especial; es continua, ó más comunmente intermitente como los accesos dolorosos, con los cuales aparece y desaparece. La sed es intensa y, debido á ella, aun cuando el apetito generalmente disminuye, el niño no rechaza los líquidos alimenticios; la boca es el sitio de un calor ardiente; la encía se pone tensa, de un color rojo cianósico, seca, brillante, y tan dolorosa que el niño no tolera el examen de ella.

Los enfermos se vuelven irritables, y su sueño, agitado y frecuentemente interrumpido. Cuando la duración de la fiebre se prolonga y la inflamación de la encía es intensa y acompañada de fuertes dolores, el niño pierde por completo el apetito, las fuerzas disminuyen y se observa un rápido enflaquecimiento. De cuando en cuando el enfermito da gritos agudos, sus mejillas se encienden y entra en una especie de letargo, del cual despierta dando nuevamente gritos; regularmente las noches las pasa en un estado de agitación casi constante, y mientras más se prolonga la duración de tal estado, mayor será el agotamiento del niño, aun cuando la diarrea y los vómitos falten. Los síntomas febriles pueden persistir aun durante varias semanas.

Los accidentes que aparecen en el *aparato digestivo* son los que con más frecuencia se tiene ocasión de observar. La mucosa bucal irritada obra, por simpatía, sobre el resto del tubo digestivo, provocando el desarrollo de una diarrea, acompañada algunas veces de vómitos que hacen la alimentación difícil; ó bien las relaciones de contigüidad pueden dar lugar al mismo resultado.

Las estadísticas muestran que el mayor número de afecciones intestinales se desarrollan en niños de seis meses á dos años de edad, justamente durante el tiempo que corresponde al período en que el trabajo de la dentición es más laborioso. (1) Las diarreas que se muestran durante éste período, aparecen cada vez que se verifica la erupción de un diente, sin que satisfactoriamente pueda darse otra explicación etiológica de su desarrollo, que la irritación local que acompaña tal fenómeno; pues infinidad de veces se observa fuera de todo cambio en el ré-

---

(1) De 2,129 casos de diarrea observados por West, la mitad se han desarrollado durante esta época; y Bouchut hace relación á 138 niños tratados por él durante la dentición, y de los cuales sólo 26 escaparon á la diarrea.

gimen y de modificación alguna en las costumbres. La medicación más racional que en semejantes casos se instituya, las más de las veces no logra sino atenuar los síntomas, indicación que debe llenarse para evitar el agotamiento de las fuerzas mientras se termina la causa de irritación local que tiene bajo su dependencia la enfermedad, es decir, mientras termina la erupción del diente con la cual desaparecen también los síntomas mórbidos. West dice á este respecto que, " es frecuente la observación de casos en los cuales un ataque de diarrea acompaña la salida de cada diente, y cesa inmediatamente que éste ha perforado la encía." (1)

En cuanto á los *accidentes de las vías respiratorias*, la observación demuestra que su frecuencia es menor relativamente á las afecciones intestinales. Algunos autores admiten afecciones de la laringe. West habla de la laringitis estridulosa, como accidente observado por él con alguna frecuencia durante la dentición. También es frecuente la aparición de una tos *quintosa*, "*coqueluchoide*," desarrollada en las mismas condiciones y acompañada algunas veces de los síntomas de una verdadera bronquitis. Nosotros hemos tenido ocasión de observar en Bogotá con alguna frecuencia esta última enfermedad, en circunstancias en que, sin duda alguna, ha sido provocada por la erupción dental. Sabido es que durante el trabajo de la dentición son muy comunes las afecciones catarrales de las mucosas, y si—como en Bogotá—el clima favorece su desarrollo, nada de raro tiene que entre nosotros sean muy frecuentes las bronquitis desarrolladas con ocasión de la dentición; y consecutivamente á esta enfermedad, la aparición secundaria de bronco-neumonías y neumonías, que tantos estragos hacen en los niños de nuestra capital. Como estas dos últimas enfermedades, en la casi totalidad de los casos que hemos observado, se han presentado secundariamente á la eixstencia de una bronquitis, la cual, por propagación de la inflamación de los grandes á los pequeños bronquios y al parénquima pulmonar, ha dado nacimiento á aquéllas, por esta razón sólo nos ocuparemos en este trabajo de la bronquitis simple, que consideramos como el único accidente pulmonar, cuyo desarrollo esté en realidad relacionado directamente con la erupción dental.

Las *convulsiones* son también una de las complicaciones que con mucha frecuencia ocurren durante la dentición. Este fenómeno mórbido se desarrolla por simpatía y presenta á menudo la apariencia de las convulsiones eclámpticas de la infancia.

---

(1) Charles West—*Leçons sur les maladies des enfants*. 1881. pag. 650.

Es cierto que esta afección puede ser provocada en el niño por toda irritación, á veces aun por las más leves: cualquiera enfermedad que traiga consigo una perturbación funcional más ó menos violenta del organismo puede originarlas, y lo mismo sucede con los gusanos intestinales, constipación, principios de una fiebre eruptiva, y muchas veces una simple indigestión. Pero se observan niños de buena constitución y que hasta entonces han gozado de completa salud, que son atacados por esta complicación únicamente durante el período que precede á la aparición de un diente, y desaparece una vez que la erupción se ha terminado, para no reaparecer sino con la salida de uno nuevo. Esta complicación no depende de afección orgánica alguna del cerebro, al menos apreciable, pues en las pocas autopsias que se han logrado practicar, ninguna alteración se ha encontrado en la constitución de aquel órgano. Algunos autores opinan que dichos ataques convulsivos son puramente histéricos; pero sería entonces difícil darse cuenta de por qué, en muchos casos antes y después de terminada la dentinción no se observan tales ataques histéricos, y únicamente coinciden con la erupción de un diente. Por otra parte, los ataques histéricos no producen la muerte, mientras que sí ocurre en la eclampsia, y hemos dicho anteriormente que las convulsiones de la dentición presentan con frecuencia la apariencia de la eclampsia. Oigamos lo que á este respecto dijo Le Roy de Mericourt en la Academia de Medicia de París, después de negar la conclusión formulada por Ollivier sobre las convulsiones de la dentición que él hace depender de la histeria: "A nada mejor puedo comparar los accidentes que se muestran en el momento de la evolución dental que á las crisis de eclampsia que se observan en algunas mujeres en el momento del parto, y del mismo modo que aquéllas cesan á consecuencia de una aplicación del *forceps*, así mismo *se ven desaparecer las convulsiones infantiles dividiendo la encía que cubre el diente en vía de evolución*."

Las *afecciones cutáneas* que más comunmente se presentan como accidentes de dentición, son el eritema, el eczema y el impétigo. No nos detendremos en hacer observaciones acerca de su coexistencia con la erupción dental, pues ya hemos dicho que el carácter esencial de los accidentes de dentición es manifestarse precisamente con ocasión de la salida de un diente, y ceder con la terminación de este fenómeno. De las formas anatómicas que dijimos son habituales en este período, el eczema y el impétigo con frecuencia aparecen asociados.

En cuanto á los cuidados que requiere el niño durante el período de la dentición, deben llenar dos indicaciones según que

ésta venga ó nó acompañada de accidentes. En el primer caso el tratamiento indicado es curativo ó más bien, paliativo ; en el segundo es profiláctico ó preventivo. Del primero hablaremos al tratar de cada accidente en particular.

El segundo, que hace parte también del tratamiento curativo, se reduce á una higiene rigurosa, tratando de llenar las indicaciones creadas por la dentición : el régimen alimenticio debe ser cuidadosamente observado, pues cualquier desvío que en otra época sería inofensivo, es motivo de peligro en este período ; los vestidos del niño deben ser suficientemente abrigados para precaverle del frío y de la humedad. Cuando el trabajo de la dentición es laborioso los cuidados higiénicos deben redoblarse, pues hay que tener presente que el niño está entonces expuesto al desarrollo de complicaciones, muchas veces funestas, cuya aparición puede ser favorecida por una imprudencia. Tanto la mucosa respiratoria como la digestiva alcanzan en este período su mayor grado de *susceptibilidad*, y como durante las primeras épocas de la vida, lo mismo que los procesos reparadores, los procesos mórbidos tienen un curso rápido; lo que es hoy un simple catarro, puede al cabo de algunas horas haberse convertido en una novedad seria.

Existe en Bogotá una causa predisponente que nos explica la frecuencia con que se observan en esta ciudad los accidentes brónquicos ocurridos durante la dentición : nos referimos al clima. En nuestra capital la temperatura del aire ambiente es muy baja (1) comparada con el calor elevado del cuerpo, y si un niño, como sucede frecuentemente, es trasportado sin precauciones de ninguna clase del interior de la habitación á los corredores y patios, haciendo suceder de modo brusco á la inspiración de un aire templado la del relativamente frío del exterior, es muy fácil el desarrollo de una bronquitis, en una época en que la impresionabilidad morbífica del organismo ha llegado á su máximum y cuando la mucosa brónquica no está aún habituada á las variadas influencias de los agentes exteriores. Este cambio brusco puede también dar lugar al desarrollo de una enteritis que, preparada de antemano por una simple irritación intestinal provocada por la erupción dental, aparece de un momento á otro bajo la influencia favorecedora de un enfriamiento tanto más seguro de producirse, cuanto la piel de los niños, por su fácil perspiración, se halla impregnada frecuentemente de humedad cuya evaporación, al sacarlos de su

---

(1) La temperatura media de Bogotá es de 14°, 50 C, la mínima, 0° y la máxima, 20°

lecho y exponerlos al aire libre, produce un descenso de temperatura considerable, el cual es más nocivo aún si el niño ha recibido alimento recientemente.

Entre los autores de patología infantil que niegan en absoluto la relación que existe entre la dentición y las perturbaciones mórbidas desarrolladas en tal época, encontramos á Stein (Johann), cuyas conclusiones llaman la atención, pues dicho autor, después de considerar tales perturbaciones como dependientes de causas extrañas á la evolución dental, concluye diciendo: "en la última faz de la erupción de los dientes, sobre todo respecto de los molares, los niños se encuentran de mal humor y agitados; cambian de carácter y se manifiestan síntomas febriles. Agreguemos que *estas perturbaciones generales desaparecen con la cesación de las manifestaciones locales.*"

III

DIARREA.

Definición.—Según la mayor parte de los autores, la diarrea es un flujo intestinal caracterizado por frecuentes deposiciones albinas, modificadas en sus cualidades físicas y químicas. Hemos creído necesario dar esta definición, pues las deposiciones del niño durante la primera infancia son naturalmente semi–fluídas en buen estado de salud, debido al género de alimentación, de manera que un niño en tal edad puede hacer dos y hasta cuatro deposiciones durante el día sin tener, no obstante, diarrea, mientras aquéllas no presenten las cualidades antes mencionadas.

La diarrea que se desarrolla bajo la influencia de la irritación ocasionada por la dentición viene acompañada frecuentemente de síntomas catarrales *(diarrea idiopática ó catarral)*, se establece lentamente y su duración es determinada por el tiempo que el diente emplea en perforar los tejidos de la encía; se repite frecuentemente cada vez que aquélla es irritada por la salida de un nuevo diente.

Aun cuando la afección de que tratamos es ordinariamente apirética, en la época de la erupción dental no es raro observar al mismo tiempo síntomas febriles muy irregulares en su curso.

En cuanto al mecanismo de la producción, varía según que sea consecuencia de un acto reflejo, ó de una afección local, como una estomatitis. En el primer caso, la producción de la diarrea, según algunos autores, se explica de la misma manera que las que son ocasionadas por el terror ó una sensación dolorosa intensa. El sufrimiento causado por la distención de la encía, ocasiona la constante y fuerte agitación que se observa entonces en el niño y que da por resultado, ó bien parálisis reflejas, las cuales determinan éxtasis sanguíneos del lado del aparato digestivo, ó bien la acción refleja se manifiesta por una aceleración temporal de las contracciones peristálticas del intestino é hipersecreción del sistema glandular del tubo digestivo. En el segundo caso se desarrollaría secundariamente á una afección bucal, la cual, por continuidad de tejido, se propagaría al resto del tubo digestivo, pues ya hemos dicho que uno de los caracteres de la membrana mucosa es la solidaridad que por todas partes presenta. En apoyo de esta opinión el Profesor Parrot cita el hecho de haberse encontrado en tales casos, el *oïdium albicans* ú hongo del mijo (*muguet*) en el tubo digestivo.

También se ha emitido la idea de que la diarrea es provocada durante la dentición por las sales minerales de la saliva que obrarían en este caso como un verdadero purgante. Dicha opinión no ha sido aceptada, pues aun cuando se admita la existencia de las sales en cantidad suficiente para producir tal efecto, la observación demuestra que de la gran cantidad de saliva secretada durante el período de la dentición, apenas una mínima cantidad pasa á las vías digestivas.

West y algunos otros autores admiten la idea del desarrollo de la diarrea bajo la influencia de la actividad funcional del sistema glandular del tubo digestivo, consecuencia del desarrollo rápido que, lo mismo que en las glándulas salivales, se efectúa en aquéllas durante el período de la dentición.

Síntomas.—La irritación intestinal viene generalmente precedida de vómitos, formados en su mayor parte por los alimentos contenidos en el estómago, mezclados con moco de color amarillo ó verdoso. Excepcionalmente el vómito se prolonga tanto como la enfermedad, pues en lo general se suspende poco después del principio de ésta.

El síntoma á que acabamos de hacer alusión va seguido de una diarrea profusa caracterizada por deposiciones repetidas, al principio constituídas por materias fecales normales, y más tarde de un color amarillo semejante al de la yema del huevo, mezcladas con mucosidades, de aspecto algunas veces espumoso

y cuya expulsión va acompañada generalmente de la salida de gases fétidos. Con frecuencia se observa, al principio, que las materias arrojadas expuestas al aire adquieren un color verde ; (1) después si la diarrea se prolonga. éste color—más ó menos oscuro—caracteriza las deposiciones desde el momento de su expulsión (2) (diarrea por policolia), las cuales presentan entonces el aspecto de hierbas cocidas ; pueden también aquéllas encontrarse mezcladas con sustancias *glerosas*, semejantes á albúmina cruda, y con pequeñas partículas blancas, formadas por la caseína que no ha alcanzado á digerirse, lo que prueba que las funciones del estómago también han sido comprometidas. El olor de las materias fecales es ácido ó putrido, y en este último caso pueden presentar reacción alcalina ; lo más ordinario es que sean fuertemente ácidas, y á veces tan irritantes, que producen eritemas en las partes de la piel del niño con las cuales llegan á ponerse en contacto, hecho que debe tenerse presente, pues es fácil evitar dicha irritación cutánea, tan solo redoblando los cuidados de aseo,

El apetito disminuye considerablemente ; pero como la sed en lo general es intensa y la temperatura de la boca aumenta á causa de la irritación local ocasionada por la erupción de los dientes, estas circunstancias hacen que el niño instintivamente busque el seno ó el tetero, por el alivio que le producen, calmando la sed y disminuyendo la irritación bucal. Lo que acabamos de decir debe tenerse presente, pues si cada vez que el niño llora ó por cualquier medio manifiesta sus deseos, se le satisficiese procurándole el seno con mucha frecuencia, esto daría por resultado un recargo de trabajo para las vías digestivas cuando no están en condiciones de corresponder á él, y los sintomas de la enfermedad se agravarían.

La lengua se pone roja, húmeda y cubierta de una delgada capa de moco. El vientre puede hallarse blando é indoloro ; pero generalmente se encuentra crecido, tenso, caliente y en algunos casos sensible á la presión, sensibilidad que puede también ser apreciable en la región epigástrica, cuando la mucosa estomacal participa á la vez de la irritación. Al apreciar el volumen del vientre debe tenerse en cuenta que su abultamiento es ordinariamente normal en el niño durante la primera infancia, á causa

---

(1) Bouehut explica esta metamorfosis por la reacción de los ácidos de la orina sobre la materia colorante de la bilis la cual, bajo tal influencia, pasa del amarillo al verde.

(2) Esta coloración verde de las deposiciones es atribuída por algunos autores á la acción que los ácidos del canal alimenticio ejercen sobre la materia colorante de la bilis cuya presencia puede en realidad comprobarse por su reacción característica con el ácido nítrico. Otros creen que muchas veces es debida á la presencia de sangre alterada en las deposiciones.

de la pequeñez de la pelvis y la estrechez de la base del tórax. Los dolores espontáneos que acompañan la diarrea son muy variables : algunas veces son nulos y las deposiciones tienen lugar sin esfuerzo ni sufrimiento, pero otras el dolor es intenso, se manifiesta por accesos ó cólicos, y cede inmediatamente después de la deposición, la cual, con alguna frecuencia, va acompañada de algo de tenesmo.

La actitud del enfermito es característica: siempre se le encuentra con los muslos flejados contra el vientre, tratando instintivamente de mantener en relajación los músculos abdominales. El enflaquecimiento es rápido; los niños se ponen pálidos, apáticos y sus ojos se ven ligeramente hundidos. El carácter varía por completo; se hacen irritables, se observa en ellos una inquietud constante; su sueño en lugar de ser tranquilo es frecuentemente interrumpido, y el estado de miseria que la enfermedad ocasiona en este débil organismo, es tanto más pronunciado cuanto el niño es más tierno y la diarrea más violenta. Cuando hay fiebre, la piel se calienta, la cara se enrojece y toma un ligero tinte cianósico en las mejillas, y la columna del termómetro puede elevarse por momentos á 38, $38\frac{1}{2}$ y aun 39 grados; (1) el examen del pulso da de 120 á 130 pulsaciones por minuto. La cantidad de orina generalmente disminuye un poco, y no es muy raro encontrar en este líquido pequeñas cantidades de albúmina.

Cuando el período agudo de la enfermedad ha pasado, con la terminación de la erupción dental, el niño entra en convalecencia, la fiebre y los dolores disminuyen rápidamente, las deposiciones son menos acuosas y recobran su coloración normal, ó bien, deposiciones de aspecto natural alternan con otras de mala apariencia, mezcladas con gran cantidad de materias mucosas. El carácter del niño vuelve á ser alegre, su sueño es más tranquilo y su aspecto menos demacrado; la lengua se encuentra de nuevo limpia, el apetito vuelve y el niño empieza á aumentar rápidamente de peso. Frecuentemente los mismos fenómenos se reproducen cada vez que se efectúa la erupción de un diente.

Si las deposiciones son en gran número y los dolores muy fuertes, el debilitamiento y consiguiente agotamiento de las fuerzas puede sobrevenir en el corto espacio de cuarenta y ocho horas, y no es raro que en este estado aparezcan todos los síntomas de una *seudo–meningitis*, pues la debilidad puede ser la causa de la aparición de perturbaciones cerebrales

---

(1) Ya hemos dicho que los accesos febriles son muy irregulares en su aparición.

que simulen una verdadera enfermedad inflamatoria del cerebro. A este respecto dice West: (1) "No hay lesión mórbida en la cual las dos condiciones, perturbación simpática del cerebro y agotamiento rápido de las fuerzas vitales, se encuentren tan completamente realizadas como en la diarrea infantil; así, no hay otra enfermedad en la cual encontremos ejemplos tan frecuentes y marcados de la producción de la enfermedad *hidrocefaloide*." Este mismo autor, después de llamar la atención sobre la importancia de interpretar bien los síntomas, con el objeto de distinguir las perturbaciones cerebrales ocasionadas por un agotamiento de las fuerzas, de los síntomas dependientes de la existencia de una verdadera lesión cerebral, agrega: "En un caso de esta especie, si se comete el error de mirar los síntomas cerebrales como indicios de una enfermedad activa del cerebro y se abstiene uno de administrar polvo de Dower ó una lavativa opiada, que habrían detenido la diarrea y calmado la irritabilidad; si al mismo tiempo se hacen aplicaciones frías sobre la cabeza y por todo alimento se le al niño agua de cebada en pequeñas cantidades, porque la irritabilidad del estómago, que resulta del debilitamiento, parece ser el síntoma de una enfermedad en el cerebro, la agitación no tarda en alternar con el coma, y el niño sucumbe, ó en el coma ó en las convulsiones."

Por lo que queda dicho se ve, pues, cuán interesante es no descuidar la afección de que tratamos, aun en niños de buena constitución, para evitar el agotamiento de las fuerzas. Se comprende también con qué sumo cuidado deben estudiarse los síntomas nerviosos—una vez que su aparición ha llamado la atención—por el temor de un error que puede tener funestas consecuencias. Cuando se hayan presentado ataques eclampticos acompañados de vómitos, antes de instituír cualquiera medicación debe indagarse escrupulosamente sobre los antecedentes tanto hereditarios como personales del niño; averiguar si alguno de los miembros de la familia ha sido atacado de meningitis y cuál ha sido el origen probable de tal enfermedad; si entre sus parientes ha habido algún caso de tuberculosis, si el niño ha gozado anteriormente de perfecta salud ó ésta ha sufrido constantes alteraciones; qué constitución y estado de salud ofrece la nodriza que lo ha alimentado; si durante la lactancia el niño gozó siempre de perfecta salud y si ésta se ha alterado después del destete, etc. etc.; en fin, debe tenerse

---

(1) Charles West. *Leçons sur les maladies des enfants*—1881. Págs. 151 á 154.

también en cuenta el momento en que el vómito aparece; si es inmediatamente después de haber tomado alimento ó durante el estado de vacuidad del estómago.

No debe, por tanto, olvidarse que en un niño atacado de diarrea, sobre todo durante la época de la primera dentición, pueden aparecer de un momento á otro perturbaciones simpáticas del cerebro á consecuencia del agotamiento; pero siempre es conveniente no mirar tales síntomas con indiferencia, pues así como éstos—cuando son motivados por un debilitamiento extremo—desaparecen con el solo hecho de levantar las fuerzas del enfermo, por la administración de estimulantes ó por cualquiera otro medio apropiado, puede suceder también que, desconociendo la positiva causa del mal por falta de un examen atento, se deje ganar terreno á una verdadera lesión cerebral que talvez con un poco de cuidado pudo combatirse á tiempo.

Hay algunos signos exteriores que pueden ayudar en favor del diagnóstico de accidentes puramente simpáticos, cuando se teme la existencia de una congestión del cerebro, tales como el estado de depresión de la fontanela en lugar de estar tensa y animada de movimientos pulsátiles, la frescura de la piel, y los caracteres de frecuencia y debilidad del pulso.

Como en algunos casos hay una semejanza notable entre una meningitis desarrollada en el curso de la enfermedad de que hablamos, y estas diarreas de forma meníngea y adinámica, el diagnóstico puede ser difícil. En esta última (forma meníngea), la diarrea disminuye y aun puede suspenderse completamente, hecho que debe tenerse en cuenta, porque sería erróneo considerar por esto que el peligro ha desaparecido, pues esta cesación de la diarrea puede ser ocasionada por el agotamiento de la fuerza nerviosa necesaria para el cumplimiento regular de las funciones secretorias de las glándulas del intestino y no por la disminución de la irritación intestinal.

El niño es presa de una violenta agitación, sobre todo durante la noche, frecuentemente deja escapar gritos y la luz ó el ruido le impresionan vivamente; la respiración se acelera—lo mismo que el pulso—el cual puede también llegar á ser irregular. La intensidad de los síntomas anotados puede aumentar rápidamente y el niño morir en el coma, ó bien esta última complicación aparecer desde el principio. Como se ve, el cuadro sintomatológico presenta analogía con el de la meningitis; sin embargo, en esta enfermedad existen algunos caracteres que permiten establecer el diagnóstico diferencial, tales como el extravismo, desigualdad de las pupilas, alternativas de enrojecimiento y palidez de la cara, respiración constantemente

irregular, retardamiento é irregularidad en el pulso, la agitación moderada, las variaciones de temperatura y el colapso.

Cuando la diarrea de forma meníngea se termina por la curación, ésta se anuncia por la vuelta de las deposiciones abundantes, y el niño recobra poco á poco la inteligencia y las fuerzas.

Una de las consecuencias peligrosas que puede traer también consigo la diarrea catarral desarrollada en la época de la dentición, si su duración se prolonga, es la transformación en una verdadera flegmasía, pues la irritación causada por el flujo intestinal puede á la larga determinar en la mucosa del intestino las mismas alteraciones que una verdadera enteritis, complicación que es posible se termine con la muerte del niño; dicha irritación—dice Bouchut—" sin modificar aún la textura del intestino, no cesando de obrar, por su continuidad de acción viene á ser una causa de fluxión inflamatoria, de la misma manera que la epífora determina la excoriación de las mejillas, y la otorrea la ulceración de las orejas."

Cuando las deposiciones diarréicas vienen acompañadas de sangre, puede creerse en la existencia de una disentería; pero aparte de que esta enfermedad es excepcional en los niños de tierna edad, tiene caracteres diferenciales que la hacen reconocer. Así, por ejemplo, en la disentería, el pujo que acompaña las deposiciones es violento y doloroso, el cual si llega á observarse en la diarrea sanguinolenta, no alcanza nunca tal grado de intensidad; en aquella las deposiciones son muy frecuentes, poco abundantes, mezcladas íntimamente con sangre de tal manera que presentan el aspecto de lavadura de carne; mientras que en la otra, las deposiciones son abundantes, menos frecuentes, y la sangre, en lugar de encontrarse completamente mezclada con las materias fecales, aparece bajo la forma de manchas ó pintas de un color rosado, más ó menos oscuro. Además, en la disentería el vientre es muy doloroso á la presión, y este dolor se provoca con especialidad al nivel de la *S* iliaca y en la dirección de los cólones; mientras que en la diarrea sanguinolenta, no disentérica, tratándose de una enteritis ó una gastro–enteritis, el dolor ordinariamente se sitúa al nivel de las regiones umbilical y peri–umbilical y á veces también, al mismo tiempo, en el epigastro. Debe también tenerse en cuenta el olor *sui generis* de las deposiciones disentéricas, que basta haberlo sentido una vez para reconocerlo después fácilmente. Por último, la anatomía patológica ha demostrado que en la diarrea de que tratamos, el intestino no es ulcerado como sucede en la disentería; la sangre, en aquélla, proviene

de la ruptura de algunos capilares, consecutivamente á la congestión de la mucosa.

Las deposiciones sanguinolentas de que hemos venido hablando se encuentran también en la invaginación intestinal; pero este grave accidente se inicia de ordinario repentinamente por gritos agudos, vómitos y agitación, accidentes que se repiten á intervalos irregulares, acompañados de tensión é inflamiento del vientre, que se hace á la vez muy sensible, y de violentos esfuerzos de defecación que, al principio, pueden dar lugar á la expulsión de algunas materias fecales, pero las cuales pronto son reemplazadas por mucosidades mezcladas con sangre, ó bien por esta última solamente; más tarde las mucosidades pueden aparecer también mezcladas con pequeños colgajos de mucosa. Las facciones del niño se alteran, y si la enfermedad se prolonga, el enfermo, en los intervalos de los accesos, queda en un estado de agotamiento y postración considerables. Al examinar el vientre, en muchos casos será también fácil descubrir, por la inspección y la palpación, un tumor pastoso alargado, correspondiente al punto en donde ha tenido lugar la invaginación.

Bastará señalar la posibilidad de un prolapso rectal como causa de la sangre hallada en las deposiciones, pues estando advertido de que este accidente no es raro en el niño, no se dejará de tenerle en cuenta al hacer el examen del enfermo.

Otras de las complicaciones que pueden también sobrevenir durante la diarrea, y á las cuales en no pocas ocasiones es debida la muerte, son el catarro de los bronquios, ó una verdadera bronquitis aguda acompañada de atelectasia pulmonar, y hasta una neumonía.

Tratamiento.—Algunos autores consideran la diarrea sobrevenida con ocasión de la dentición como una enfermedad de carácter benigno, de ningún mal resultado para el niño, y cuya supresión sí podría traerle graves consecuencias; en tal virtud ningún tratamiento aconsejan aplicarle. No estamos del todo de acuerdo con esta teoría, la cual creemos más bien perjudicial.

Ciertamente, en la época de la erupción dental, una diarrea moderada puede ser derivación saludable para el niño, pues al mismo tiempo que disminuye la intensidad de los síntomas febriles y la irritación de la mucosa bucal y de las encías, contribuye también á disminuir el peligro del desarrollo de complicaciones tales como una congestión cerebral ó la aparición de un catarro de las vías aéreas, pues como hemos dicho la susceptibilidad de la mucosa respiratoria, lo mismo

que la de las vías digestivas, llega á su máximum durante este período. Así, pues, mientras la afección no sea causa de deterioro notable del organismo, que no altere de una manera apreciable la salud del niño; que éste conserve el apetito y su sueño, el vientre suave é indoloro y un pulso regular, no hay necesidad de apelar á medicación alguna, siempre que la duración de la diarrea no se prolongue demasiado, pues generalmente cede sin tratamiento pasados tres ó cuatro días; pero una vez que el enflaquecimiento empiece á pronunciarse, que el carácter del niño llegue á ser triste é irritable, pierda el apetito y el vientre sea doloroso, debe intervenirse inmediatamente con tanto mayor razón si las deposiciones son de mal carácter, y no aguardar á que el debilitamiento del enfermo haga rápidos progresos, so pena de ver nacer pronto graves complicaciones, pues ya hemos visto que, en semejantes casos, el agotamiento de las fuerzas es la causa de la aparición de accidentes nerviosos que pueden terminar con la vida del niño; ó bien la diarrea catarral se convierte en una verdadera enteritis, cuyas consecuencias pueden también ser fatales. La creencia muy común de que la diarrea de dentición debe respetarse, es la causa de que muchas veces, cuando el médico quiera ó sea llamado á combatir la enfermedad, sea ya tarde para conjurar los graves peligros á que el niño ha sido expuesto por una preocupación vulgar.

Hacen parte del tratamiento indicaciones generales que son de importancia, como la reglamentación de la alimentación y los cuidados que requiere una escrupulosa higiene corporal.

El régimen alimenticio será exclusivamente lácteo, y si la época del destete ha pasado yá, puede también hacerse uso de caldo de pollo sin grasa. Como dijimos atrás, la sed y la irritación bucal hacen á veces que el niño reclame con frecuencia el seno, más por el alivio que experimenta que por una verdadera sensación de hambre; el alimento sólo debe suministrársele cada dos ó tres horas, según la edad del niño, cuidando de no procurarle una gran cantidad, que no alcanzaría á digerir é iría en perjuicio de él. Para calmar la sed se le puede administrar agua de cebada por pequeñas cantidades.

Con el objeto de evitar la náusea que se declara de ordinario desde el principio de la enfermedad, es conveniente suprimir por lo menos durante algunas horas el seno, y no dar al enfermo sino cucharaditas de agua de cebada mientras cesa la irritabilidad del estómago, pues ordinariamente los esfuerzos de succión contribuyen á provocar el vómito.

Los vestidos del niño deben ser suficientemente abrigados

y calientes : debe favorecérsele de la humedad y el frío, cuidando de que la temperatura del aire ambiente no sea muy baja. Cada vez que el enfermo defeque, es necesario asearlo cuidadosamente, por medio de una esponja ó un pedazo de bayeta empapados en agua tibia, teniendo la precaución de enjugarlo inmediatamente después ; salpicar la piel con polvos de almidón ó licopodio, (1) y cambiar las telas que se hayan ensuciado con las deyecciones ; de esta manera se evita la irritación que en la piel produce el contacto de las deposiciones. Innecesario nos parece advertir que los niños que ya caminan deben guardar cama.

Como tratamiento externo debe hacerse uso de cataplasmas emolientes en el vientre, las cuales se pueden rociar con algunas gotas de láudano de Sydenham, si hay dolores muy fuertes. También producen muy buen resultado una ó dos lavativas diarias preparadas con decocción de linaza ó de almidón á la dosis de 20 á 60 gramos, y adicionadas de una á tres gotas de láudano según la edad del niño, y siempre que, como para las cataplasmas, se hayan producido fuertes cólicos ó la diarrea sea muy tenaz. Bouchut dice haber obtenido muy buenos resultados, en las diarreas rebeldes, con la administración de lavativas compuestas de 100 gramos de mucílago de goma adraganta y 5 á 10 de bórax ó de subnitrato de bismuto. También se emplean con buen resultado las lavativas de agua de malvabisco, antes de hacer uso de las de almidón ó de subnitrato de bismuto.

En cuanto al tratamiento interno, varía según el aspecto y el caracter de las deposiciones. En los casos de diarrea poco intensa, y cuando el niño no se alimenta exclusivamente del seno, puede hacerse uso para neutralizar la acidez de los líquidos intestinales, de creta preparada, á la dosis de cuatro gramos, mezclada con la leche cada vez que se le dé alimento; es cierto que este polvo se precipita, pero agitando siempre queda en suspensión en la leche una cantidad suficiente para obtener el resultado que se desea.

En muchos casos es provechoso también el empleo del vino de ipeca, 3 á 4 gotas, y la misma cantidad de licor de potasa, mezclados á un poco de mucílago, preparación que puede darse asociándola á la leche, por intervalos de cada cuatro horas. (2)

---

(1) También se ha aconsejado, con el objeto de evitar la irritación de la piel, el empleo de una pomada de óxido de zinc.

(2) Charles West aconseja al mismo tiempo, sobre todo si hay excitación febril, poner el niño en un baño tibio todas las tardes y administrarle pequeñas cantidades de polvo de Dover, con el objeto de procurarle más reposo durante la noche.

El agua de cal á la dosis de 10 á 40 gramos en el día (cuando las deposiciones son verdes y ácidas), dividida en tres tomas que se darán mezcadas con leche ; ó el subnitrato de bismuto á la dosis de 5 á 8 gramos (cuando las deposiciones son de color amarillo), son los medicamentos que mejor llenan las indicaciones del tratamiento. Al mismo tiempo, para calmar la excitación y los dolores conviene agregar una preparación antiespasmódica. Ponemos á continuación las fórmulas que con tal objetos trae Bouchut.

R. Agua de lechuga..... 40 gms.
Id. de cal..... 40 gms.
Jarabe diacodio..... 10 gms.
Tintura de almizcle..... 2 á 4 gotas.
M. Para dar por cucharaditas cada media hora.

R. Agua de lechuga..... 100 gms.
Id. de flores de naranjo..... 5 gms.
Jarabe diacodio..... 10 gms.
Subnitrato de bismuto..... 5 á 10 gms.
M. Para dar por cucharaditas en el día.

La incisión de la encía, disminuyendo de una manera notable la irritación que tiene bajo su dependencia la existencia de la diarrea, en algunos casos obra de una manera favorable, siempre que se practique oportunamente. (1)

Cuando se trata de la diarrea con policolia, (2) que es reconocida por la reacción ácida y el color verde de las deposiciones, en la cual una congestión hepática complica la diarrea catarral, resultando de este estado un embarazo gástrico, se puede hacer uso también—para iniciar el tratamiento —siguiendo el consejo de Jules Simon, de un vomitivo de ipeca, desde la dosis de 25 centigramos hasta un gramo según la edad del niño, mezclado con 30 gramos de jarabe de ipeca,

---

(1) Véase Cap. II.

(2) No debe confundirse la diarrea por policolia en la cual, como hemos dicho, la coloración verde es producida por la reacción de la bilis con los ácidos del tubo digestivo, con la diarrea verde, enfermedad contagiosa producida por un microbio desarrollado en el canal intestinal, el cual microbio, según algunos autores, secretaría un pigmento especial que daría lugar á la coloración antes mencionada. El medio de distinguir estas dos variedades de diarrea—cuyo tratamiento es distinto—se encuentra en la reacción de las deposiciones, pues las de la primera variedad son ácidas, mientras que las de la segunda son siempre alcalinas. Esta reacción debe comprobarse inmediatamente después de expulsadas las materias fecales.

para dar por cucharaditas cada diez minutos hasta la producción del vómito.

Puede suceder que la diarrea sea modificada por este solo tratamiento, cuando la ipeca haya producido su acción evacuante y sustitutiva á la vez; pero caso que así no suceda, deberá administrarse una poción que contenga agua de cal y subnitrato de bismuto á la dosis de 10 y 4 gramos respectivamente, para dar por cucharaditas cada hora.

Si la diarrea va acompañada de violentos cólicos, se puede agregar á la poción antes mencionada, una ó dos gotas de láudano de Sydenham, según la edad del niño, en cuyo caso deben redoblarse los cuidados y observar al enfermo con más frecuencia, pues como se sabe, una gran prudencia es necesaria para la administración del opio en los niños y porque, además, la tolerancia para este medicamento no es igual en todos ellos. Si se observa un abatimiento y somnolencia considerables á la vez que contracción de las pupilas, debe suprimirse el opio. Para los casos en que lleguen á declararse síntomas de un verdadero narcotismo, éstos desaparecen pronto con la administración de una ó dos cucharaditas de infusión de café.

Hay casos en que se hace imposible la administración de ninguna sustancia, pues la irritabilidad del estómago es tál, que todo alimento ó remedio es inmediatamente rechazado. En este caso la aplicación de una cataplasma pequeña de harina de mostaza en la región epigástrica da buenos resultados, si al mismo tiempo se tiene el cuidado, como dijimos antes, de no dar de mamar al niño mientras el vómito no ceda, caso en el cual se le alimentará con agua de cebada fría por cucharaditas. (1) Al mismo tiempo conviene depositar sobre la lengua cada tres horas, y por tres ó cuatro veces, un polvo compuesto de 15 miligramos de calomel y 5 de opio. Mediante el tratamiento que dejamos apuntado las náuseas ceden generalmente pronto; pero como los esfuerzos de succión pueden provocar nuevamente su parición, debe tenerse el cuidado de no dar el seno con mucha frecuencia inmediatamente después.

Cuando se haga uso de los astringentes debe tenerse en cuenta que los mejores resultados de esta medicación se obtienen nó durante el período agudo, sino una vez trascurrido éste, cuando ya la enfermedad va cediendo; en este caso prestan un positivo servicio cuando la afección, por cual-

---

(1) Al principio de la enfermedad, estando el niño aún fuerte, esta dieta no tiene inconveniente, pues de ordinario no hay necesidad de prolongarla; si el debilitamiento fuere ya notable, la dieta no debe ser tan rigurosa.

quier motivo, tiene tendencia á pasar al estado crónico. Al hacer la elección del medicamento debe darse la preferencia á la tintura ó al extracto de madera de campeche asociado al catecú, pues el campeche ofrece, además, la ventaja de ser un buen tónico en las afecciones intestinales, cualidad que compensa la desventaja que tiene de dar á las deposiciones un color rojo oscuro que deja en las telas una mancha indeleble.

Durante la enfermedad debe vigilarse mucho el estado de las fuerzas dei niño, cuyo agotamiento será combatido inmediatamente por el empleo de estimulantes. Estos no tienen un período determinado de la enfermedad para su administración, pues así como ordinariamente su uso se hace necesario cuando la afección se ha prolongado un poco, puede suceder que estén indicados desde los primeros días de la enfermedad, cuando ésta, por ejemplo, viene acompañada de evacuaciones y vómitos muy frecuentes, caso en el cual el agotamiento de las fuerzas es rápido y al fin el vómito viene á ser la consecuencia, no ya de la irritabilidad del estómago, sino del agotamiento general.

De ordinario el período de la enfermedad durante el cual se obtiene mayor beneficio del uso de los estimulantes, es cuando ya los síntomas agudos han empezado á ceder; pero, como dejamos dicho, hay circunstancias que pueden obligar á hacer uso de ellos al principio nada más de la enfermedad, y otras en las cuales la necesidad de su empleo puede no ser sino temporal, pues dada la delicadeza del organismo de un niño y la intensidad del mal, el estado de aquél en las primeras horas del día—por ejemplo—no se presta á establecer un criterio cierto que nos haga prever cuál será la situación en que se encuentre por la tarde ó durante la noche. De manera, pues, que el curso de cada caso particular trae consigo su indicación: toca al médico pesar las circunstancias y decidir sobre el empleo de tal ó cual agente terapéutico y el tiempo oportuno de apelar á él.

Cuando en el curso de la diarrea se presentaren síntomas nerviosos, los baños tibios cortos (para evitar la depresión de las fuerzas que su prolongación puede ocasionar), es la medicación apropiada para tal complicación, pues obran admirablemente calmando la irritabilidad y el estado de agitación general. Es preciso evitar el enfriamiento conservando al rededor del niño una atmósfera ligeramente tibia. Si el agotamiento llegare á ser considerable, á tal punto que se observen síntomas comatosos, es útil administrar un baño caliente adicionado de mostaza, y preparaciones estimulantes al interior, las cuales se suspenderán inmediatamente que su prescripción

no sea de urgente necesidad, para continuar con una medicación tónica, como el extracto de quina asociado á pequeñas dosis de tintura (de idem); al mismo tiempo que la dieta debe ser tan nutritiva como lo permitan las circunstancias. A la vez que se dan estos baños pueden también administrarse pequeñas dosis de polvo de Dower.

OBSERVACION I.

Niño, de ocho meses y medio de edad, natural de Bogotá, de padres sanos y de buena constitución; en su familia no hay antecedentes morbíficos hereditarios que merezcan mencionarse; es hijo primogénito. Este niño ha sido siempre sano y robusto. Se ha alimentado exclusivamente con la leche materna. La erupción dental no ha empezado aún.

Preguntando sobre el modo como se inició la enfermedad, se nos dijo que, en medio de una salud completa, hace tres días, sin causa ninguna aparente, el niño se puso de mal humor, llora frecuentemente, no duerme casi y ha tenido agitación constante, más intensa durante la noche. Dos días después de encontrarse en tal estado, empezó á vomitar todo lo que se le daba, al mismo tiempo que comenzó á hacer deposiciones líquidas, de un color amarillo-verdoso

Estado actual.—El enfermo no ocupa decúbito determinado; el volumen del vientre es normal; los signos suministrados por la percusión son negativos; hace de ocho á diez deposiciones diarias, sin dolor, líquidas, abundantes, verdosas y de reacción ácida. El apetito ha disminuído, la lengua se encuentra roja y húmeda; la temperatura de la boca es elevada; la encía que cubre el arco alveolar inferior está turgente, de un color amoratado y muy dolorosa á la presión.

Como tratamiento interno indicámos una poción con cal, según la fórmula siguiente: agua de cal, 30 gramos; hidrolato de lechuga, 40 gramos; jarabe de catecú, 25 gramos. Para dar por cucharaditas cada hora. Hicimos la advertencia de no dar el seno al niño sino cada dos horas, y en el intermedio, calmar la sed con agua de cebada. Exteriormente prescribimos cataplasmas emolientes en el vientre, y un colutorio, compuesto—según fórmula de Bouchut—de 0,50 centigramos de clorhidrato de cocaína; igual cantidad de borato de soda; 10 gramos de jarabe de malvabisco, y 5 de jarabe diacodio, para aplicar en fricciones sobre la encía cuatro veces diarias. Al día siguiente hubo seis deposiciones, cuyo color verdoso fue disminuyendo, lo mismo que la agitación y el insomnio. La encía, poco más ó menos, en el mismo estado que el día anterior. Ordenamos el mismo tratamiento. Durante la noche el niño estuvo un poco agitado, y al día siguiente encontramos la encía perforada por uno de los incisivos medios inferiores, y su tejido menos inflamado; duerme más tranquilamente y la agitación ha calmado. Las deposiciones, de color amarillo, recobraron poco á poco sus caracteres normales. Un día después el enfermo había sanado.

Este mismo niño fue después atacado de una fuerte diarrea acompañada de cólicos, con motivo de la erupción de los caninos, la cual terminó con la salida de éstos. Su salud, en el intervalo de la erupción de los incisivos inferiores y los caninos, fue completa, y lo ha sido posteriormente.

OBSERVACION II.

Niña, de veinticinco meses de edad, natural de Bogotá, hija de padres sanos. Entre los antecedentes morbíficos de los suyos, figuran sólo una neumonía traumática ocurrida en uno de sus tíos; y frecuentes diarreas que padeció uno de sus hermanos durante la primera dentición, las cuales se suspendieron una vez que aquel trabajo terminó. La leche materna fue la única alimentación de esta niña durante la lactancia, época en la cual, y después, ha gozado siempre de perfecta salud. La dentición empezó por los incisivos centrales inferiores, á la edad de siete meses.

La enfermedad actual se inició, sin causa apreciable, por una breve indisposición, seguida pronto de deposiciones diarréicas, poco abundantes, en número de ocho á diez diarias, de color amarillo, mezcladas con una que otra mucosidad, de reacción neutra, acompañadas más tarde de dolores poco intensos en el vientre y de un ligero meteorismo. Al mismo tiempo la niña se quejaba de una sensación dolorosa al nivel de la garganta. Al hacer el examen de la cavidad bucal, encontramos la encía inflamada, del lado inferior izquierdo, la cual estaba á punto de ser perforada por el segundo molar.

Por todo tratamiento prescribimos dieta, abrigo, cataplasmas emolientes laudanizadas en el vientre, y un colutorio para calmar el dolor de la encía.

Dos días después, la corona del segundo molar era visible, y la diarrea cesó.

OBSERVACION III.

Niña, de veinte meses de edad, natural de Bogotá. Su madre padeció en tiempos lejanos de disentería, de la cual curó; no se encuentra en su familia ningún otro antecedente morbífico que merezca mencionarse.

Esta niña, en la última época de la lactancia, fue sustentada con leche materna y tetero, pero de esta alimentación no resultó ningún desarreglo en sus funciones digestivas, y la niña continuó desarrollándose con el mismo vigor que antes. La erupción dental empezó á los nueve meses por los incisivos centrales inferiores, y fue entonces atacada de una diarrea que—dicen sus padres—cesó con la salida de los dientes. No ha tenido ninguna otra enfermedad, hasta la que actualmente padece, la cual le empezó por vómitos, malestar, movimiento febril poco intenso, insomnio y deposiciones de carácter diarréico, frecuentes, abundantes y de un color amarillo que se ha ido cambiando después en verdoso. La niña no ha sido expuesta á enfriamiento, ni ha habido ninguna infracción en el régimen alimenticio.

Estado actual.—La enferma es bien conformada, robusta y de buena constitución. Ocupa en el lecho decúbito lateral, con los muslos flejados

contra el vientre. Por momentos da gritos y llora ; tiene la piel caliente y la temperatura axilar alcanza á 38 grados ; hay 120 pulsaciones por minuto. La lengua, roja, se encuentra cubierta de una delgada capa de saburra ; la encía, al nivel de la parte izquierda del arco alveolar superior, está enrojecida y un poco inflamada ; la niña toma con avidez los líquidos. El vientre se encuentra un poco abultado y sensible á la presión ; hay ligero meteorismo. Las deposiciones son doce ó más en el día, poco abundantes, de olor acre, de aspecto de hierbas cocidas, mezcladas con pequeñas partículas blancas, de reacción fuertemente ácida, y cuya expulsión va acompañada de cólicos.

Tratamiento.—Al interior prescribimos una poción compuesta así : Hidrolato de lechuga y agua de cal, 40 gramos, de cada uno ; jarabe diacodio, 10 gramos ; tintura de almizcle, 1 gramo. Para dar por cucharaditas cada media hora. El tratamiento externo consistió en la aplicación, en el vientre, de cataplasmas emolientes de harina de linaza y leche, rociadas con unas gotas de láudano de Sydenham. Al día siguiente encontramos la enferma casi en el mismo estado. Las deposiciones menos oscuras, pero su número igual al del día anterior. La temperatura de 38 grados, 3 décimos ; había mucha agitación ; la boca estaba ardiente y la encía muy inflamada y dolorosa. Prescribimos el mismo tratamiento que el día anterior, agregando sólo dos lavativas de agua de malvabisco, cataplasmas sinapisadas en los muslos, y un glicerolado, compuesto según la fórmula de Debout, de un gramo de cloroformo y otro de azafrán, por 30 de glicerina, para aplicarlo en fricciones sobre la encía. En la visita del siguiente día, el estado de la niña no nos pareció casi modificado por el tratamiento instituído en los días anteriores, salvo las deposiciones que, aun cuando próximamente en el mismo número, habían perdido casi por completo el color verde. Examinando cuidadosamente la encía, la encontramos sumamente inflamada, dolorosa, de un color amoratado, y ya era fácil ver el levantamiento producido por la corona del canino superior izquierdo. Practicamos la incisión crucial de la encía, dividiendo completamente los tejidos situados por encima de la corona, lo cual dio por resultado la descongestión rápida de la parte inflamada. Poco rato después, la niña dormía tranquilamente, y al cabo de 24 horas, la fiebre y la agitación habían cedido por completo. Prescribimos una poción con subnitrato de bismuto, solución gomosa y agua de azahares ; cataplasmas emolientes en el vientre, y dos días después, la niña estaba completamente restablecida.

OBSERVACIÓN IV.

Niño de 9 meses de edad, natural de Bogotá, hijo de padres sanos y robustos. No hay en su familia antecedentes mórbíficos hereditarios. Bien desarrollado y fuerte, no ha sufrido otra novedad que una ligera diarrea causada—según dicen sus padres—por un enfriamiento. Ha sido alimentado por una nodriza campesina, de fuerte constitución, temperamento sanguíneo, buen carácter, y de antecedentes, tanto hereditarios como personales, sanos ; sus glándulas mamarias son bien conformadas, y la leche de buena calidad y suficientemente abundante. En el niño de quien tratamos, la erupción dental no ha empezado aún. La enfermedad principió hace cuatro días, sin

causa ninguna aparente, por vómitos que hacían que todo alimento fuera inmediatamente rechazado, los cuales han disminuído posteriormente, pero sin desaparecer del todo. Poco después apareció la diarrea, caracterizada por deposiciones acuosas, ordinariamente abundantes, en número de nueve á diez diarias, de color, al principio amarillo y después verde, acompañadas de mucosidades mezcladas con sangre, y de fuertes cólicos en el momentode su expulsión. Al examinar el enfermo, lo hallamos en decúbito lateral con los muslos flejados contra el vientre. La temperatura de la piel era normal ; la cara, pálida, y sus rasgos fisonómicos un poco alterados. Encontramos la encía abultada, roja y dolorosa á la presión, al nivel de la parte media del arco alveolar inferior ; la lengua roja y limpia ; había náuseas y vómitos frecuentes. El volumen del vientre ha aumentado y su temperatura es un poco más elevada que la del resto del cuerpo ; la palpación provoca fuertes dolores, sobre todo al nivel de la región para-umbilical ; hay timpanismo exagerado. Las deposiciones son fluídas, abundantes, de coloración verde, de reacción fuertemente ácida, mezcladas con mucosidades abundantes teñidas de sangre, y cuya expulsión va acompañada de violentos cólicos y de la salida de gases fétidos. Prescribimos, como tratamiento interno, una posión con agua de cal y subnitrato de bismuto, á la dosis de 20 y 2 gramos, respectivamente, á la cual agregamos una gota de láudano de Sydenham; por cucharaditas cada hora. Ordenamos la supresión del seno por unas horas, y dar al niño entre tanto, por todo alimento, agua de cebada fría en pequeñas cantidades, con el objeto de combatir el vómito ; con este mismo fin, indicamos la aplicación de una cataplasma de harina de mostaza, en la región epigástrica, é hicimos la advertencia de no dar el seno al niño sino cada tres horas. Recetamos cataplasmas emolientos en el vientre, rociadas con cinco gotas de láudano de Sydenham y un colutorio para hacer fricciones en la encía. Al visitar al enfermo al siguiente día, encontramos que la cara presentaba un aspecto menos demacrado ; la agitación había calmado y el niño no lloraba con la frecuencia que antes ; el vómito había desaparecido ; el meteorismo no era tan marcado, y el vientre menos doloroso á la presión ; las deposiciones, de color amarillo, habían disminuído tanto en cantidad como en número, había una que otra mucosidad con pequeñas pintas de sangre ; los cólicos eran yá menos frecuentes y muy poco intensos. La encía, poco más ó menos, en el mismo estado que en el día anterior. Prescribimos el mismo tratamiento. Posteriormente todos los síntomas fueron desapareciendo, y cuando se presentó la erupción de uno de los incisivos medios inferiores al cabo de un día, ya no quedaba sino una ligera diarrea, la cual desapareció pronto, y el niño recuperó por completo la salud.

IV

BRONQUITIS.

La bronquitis es una de las flegmasías que presenta más variedad en sus diversas formas.

Los niños de las clases pobres son los que pagan mayor tributo á esta enfermedad, porque en ellos se encuentran reunidas todas las condiciones que pueden favorecer su desarrollo; aparte de una mala alimentación y de abrigo insuficiente, la carencia de recusos hace que no sólo una sino aún varias familias se reúnan en un solo aposento, las más de las veces reducido, húmedo, sin ninguna ventilación, y necesariamente desaseado, pues es á la vez dormitorio, cocina y con frecuencia encierra también varios animales domésticos como perros, gatos, aves de corral, etc., etc. Todo esto hace que se encuentren en pésimas condiciones, respirando un aire confinado, cargado de humedad, de ácido carbónico, emanaciones animales y cuerpos extraños. Si á lo que dejamos dicho se agrega el descuido con que son mirados la mayor parte de las veces los niños; privados de los cuidados maternos por las exigencias de un trabajo cuotidiano; cubiertos con vestidos que los preservan incompletamente de los cambios de temperatura; abandonados hasta por horas enteras en sus lechos empapados por sus propias deyecciones —causa de enfriamiento considerable—tendremos la explicación del crecido número de bronquitis que en la época de la dentición se observan en los niños de las gentes del pueblo.

Al leer lo que dejamos dicho se pensará que hemos argüido en contra de nuestro modo de pensar, pues las circunstancias anotadas pueden ser la causa del desarrollo de la enfermedad; pero hemos hecho esto precisamente para demostrar la predisposición morbífica que el trabajo de la dentición engendra; pues en nuestras observaciones hemos encontrado no pocos niños que en medio de tan malas condiciones, el organismo habituado ya á tales influencias ha resistido á la impresión morbífica y no ha reaccionado sino precisamente cuando el trabajo de la erupción dental ha empezado. Por otra parte, la casi totalidad de los autores admiten que la dentición viene

acompañada á menudo de un estado catarral de las mucosas; ahora bien, de un simple catarro al desarrollo de una bronquitis no hay sino un paso, el cual es salvado tanto más aprisa y fácilmente, cuanto las circunstancias que rodean al individuo son más propicias. Y no se podrá decir por esto, que en semejantes casos, la causa primitiva de la enfermedad no haya sido el trabajo de la dentición.

En este trabajo prescindiremos de numerosos detalles que vendrían bien en un estudio general de la afección, pero que pierden mucho de su importancia en el presente caso, por ocuparnos exclusivamente de la bronquitis observada en los niños. Se hallarán también minuciosidades que talvez parezcan superfluas pero que en todo caso creemos de alguna utilidad toda vez que en las enfermedades de la primera infancia, encontrándose el médico en presencia de un sér cuya razón apenas empieza á desarrollarse, ninguna luz puede suministrar al práctico, quien debe tratar de aprovechar y aprender á traducir en el enfermito todos los signos que, por insignificantes que parezcan, puedan ayudarle en la penosa tarea que se impone.

Antes de pasar al estudio de los síntomas de la enfermedad de que tratamos, queremos llamar la atención hacia la aparición, muy común durante la erupción dental, de una tos *quintosa* que algunos autores han llamado *coqueluchoide*. Esta tos es pasajera, se termina, ó antes ó inmediatamente después que se ha efectuado la erupción del diente, y por rareza viene acompañada de los síntomas de una verdadera bronquitis; aparece de ordinario repentinamente en el momento en que el niño acaba de despertar, ó bien se declara por accesos nocturnos, acompañados algunas veces de opresión. Estos accesos pueden ser provocados por los esfuerzos de succión, cuando se da el seno al niño, ó por la deglución de los alimentos.

Síntomas.—Los síntomas de la bronquitis simple son constantes en su manifestación y la mayor parte de las veces fáciles de apreciar.

La tos, que es uno de los síntomas que empiezan á llamar la atención, sobreviene después de las primeras manifestaciones de una coriza, que aparece generalmente en el momento en que principia la erupción de un diente, iniciando el conjunto sintomatológico de la enfermedad. Esta puede también venir precedida por un ligero movimiento febril, ocasionado por el sufrimiento que el traumatismo de la encía ha provocado, movimiento febril que las más de las veces pasa desapercibido; ó bien el traumatismo provoca el desarrollo de una angina gutural ó de una laringitis, las cuales obrando por continuidad de tejido, dan lugar al mismo resultado.

Durante los primeros días la tos es seca, dolorosa y entrecortada, pues el niño hace esfuerzos para suprimirla á causa del sufrimiento que le ocasiona y que se manifiesta por el llanto y contracción de las facciones, cada vez que está bajo la influencia de un acceso; esta tos es más fatigante por la tarde, se manifiesta en ocasiones por *quintas* de corta duración, acompañadas algunas veces de náusea incompleta, que dejan entre sí intervalos más ó menos largos y las cuales se terminan frecuentemente por vómitos y expulsión de algunas mucosidades, lo que da por resultado hacer la respiración más fácil, al menos durante un corto espacio de tiempo. Estas *quintas* desaparecen más tarde cuando la tos viene á ser *húmeda* ó *grasa*, según la expresión de algunos autores, y uno de los caracteres que entonces presenta la tos en el adulto, la espectoración, falta completamente en el niño.

La agitación es notable, sobre todo durante las primeras horas de la noche; después el niño duerme un sueño generalmente corto, para despertar dando signos manifiestos de una fuerte opresión debida á la acumulación de las secreciones en los bronquios, que principia á impedir la entrada del aire.

Decíamos que la fiebre, la mayor parte de las veces, pasa desapercibida, porque este fenómeno está lejos de presentar en el niño todos los caracteres que le hacen reconocer en el adulto. Sin tener en cuenta la pequeñez del pulso en el infante, lo que hace difícil su apreciación, hay otras causas que aumentan esta dificultad, como son los movimientos de la mano ó de los dedos que hacen escapar las pulsaciones; la más ligera emoción; la agitación que en ellos se manifiesta con motivo de la sola presencia del médico y los numerosos movimientos musculares que son su consecuencia, hacen que el número de pulsaciones aumente considerablemente y sea ésta una causa de error. Prueba de esta dificultad en la apreciación del pulso en la primera infancia es la desemejanza de pareceres que existe entre los autores á este respecto. Tomando el término medio de los resultados suministrados por numerosas experiencias al estado fisiológico, se puede fijar el número en 118 á 130 por minuto durante los dos primeros años de la vida.

Pasemos ahora á otros dos fenómenos que con la reacción febril aparecen en el adulto: el calofrío y el sudor, de los cuales el último sucede á la fiebre y el primero muchas veces la precede. En el niño de tierna edad no se observa el calofrío ni aun en los casos en que se manifiesta de la manera más aparente, como sucede en la fiebre intermitente; en aquella edad se encuentra reemplazado por otros fenómenos tales como pa-

lidez considerable de la cara con descoloración de los labios y un tinte azuloso manifiesto de las uñas. En cuanto al sudor está lejos de alzanzar la abundancia que en el adulto y regularmente es reemplazado por una traspiración cutánea que apenas llega á humedecer los vestidos, de tal suerte que casi siempre pasa sin llamar la atención. Por otra parte, cuando una afección aguda se declara en el adulto, la fiebre siempre da principio á la serie de síntomas que la caracterizan, y continúa durante el curso de la enfermedad para terminarse con ella; en los niños, en la época de la lactancia, los paroxismos febriles son más raros al principio que durante la enfermedad; la fiebre presenta no uno sino varios paroximos durante el día y no ofrece el tipo continuo; disminuye para levantarse poco después. Así, pues, la fiebre en la primera época de la vida está caracterizada por el aumento de calor cutáneo y la agitación nerviosa; hay tendencia al sueño que es interrumpido frecuentemente. Durante el paroxismo el calor es ardiente, los niños están abatidos, aletargados y se observan sobresaltos de los tendones, agitación de los miembros que á cada instante son movidos por ligeras sacudidas, abatimiento y carácter irritable. Otras veces el movimiento febril es poco marcado; durante una media hora ó más, el pulso se eleva lo mismo que la temperatura y estos síntomas desaparecen después, para reproducirse algunas horas más tarde. Las fuerzas se conservan en el intervalo de los paroxismos.

En la enfermedad que nos ocupa la temperatura puede elevarse á 39 y algunas veces aun á 40 grados; las mejillas se enrojecen y presentan un ligero tinte cianósico. La lengua se pone roja y húmeda, el apetito diminuye y está en relación con la intensidad de la fiebre; á veces suele haber una ligera diarrea concomitante. La voz se pone ronca pero conserva á veces su timbre normal; la respiración es superficial y acompañada á cada inspiración de un movimiento de expansión de las alas de la nariz; es muy frecuente pero desigual según los momentos del día; unas veces muy rápida, otras lenta, y ocurre, como la tos, por especie de accesos. Al principio de nuestras observaciones fuimos varias veces desagradablemente sorprendidos por un aumento considerable del número de respiraciones, lo cual hizo que, en muchos casos, desesperásemos de la terminación favorable de la enfermedad. Dicha aceleración de los movimientos respiratorios es tan exagerada, que entre nosotros viene á ser una cifra baja la que dan los autores franceses como término máximo, (1) y así no es raro encontrar 90, 100 y aun 110 respi-

(1) En todas las obras que nos han servido de consulta, hemos encontrado como un número exageradamente crecido, el de 60 respiraciones por minuto.

raciones por minuto; ordinariamente, y en casos benignos, se cuentan de 55 á 70. Conjeturamos que esta diferencia, en las cifras dadas por los autores que han observado en Europa, y las halladas aquí, sea dependiente de la altura á que se encuentra nuestra capital, pues natural es que, enrareciéndose el aire á medida que la altura es mayor, la cantidad de oxígeno que cada inspiración introduce en el aparato respiratorio sea menor y por consiguiente haya insuficiencia de la hematosis, á pesar del aumento, en las altitudes, del número de los glóbulos rojos demostrado por Viault, la cual insuficiencia queda compensada con el aumento del número de los movimientos respiratorios. Era natural suponer que á la par que las respiraciones, aumentase también el número de las pulsaciones. Estas alcanzan, en la enfermedad que nos ocupa, á 160, 180 y aun 200 por minuto según la edad del niño; de manera pues, que en algunos casos, el pulso es casi incontable.

Opinamos con algunos autores que la auscultación debe preceder á la percusión para que sea posible sacar de ella signos más precisos, pues la percusión incomodando al enfermito, es causa de agitación, lo cual hace más difícil aquel otro medio de examen. Del mismo modo que para el examen del pulso, deben tomarse algunas precauciones cuando se practica la auscultación, pues también hay aquí causas de error dependientes de la fácil variabilidad del ritmo respiratorio; bajo la influencia de la más ligera impresión, bien sea agradable ó desagradable, los movimientos respiratorios se hacen tumultuosos y precipitados y su número puede aumentar considerablemente. Los ruídos respiratorios son superficiales; la auscultación demuestra al principio la existencia de estertores sibilantes y roncantes; más tarde, al cabo de dos ó tres días, se oye á distancia un estertor húmedo de gruesas y pequeñas burbujas que se pone de manifiesto cuando la respiración es acelerada y desaparece, al menos en parte, cuando es lenta, sobre todo después de un acceso de tos. En esta época los estertores se oyen en toda la extensión del pecho mezclados con uno que otro roncante. Los ruídos secos predominan en la parte superior y los húmedos sobre todo en la parte inferior y con especialidad hacia atrás. El sonido dado por la percusión es claro y profundo como al estado normal y algunas veces parece aun timpánico.

Curso de la enfermedad.—Varía según la edad del enfermo, la intensidad de la fiebre y la extensión de las lesiones. Cuando la afección es primitiva no difiere en mucho de la bronquitis secundaria sobrevenida en el curso de otras enfermedades, tales como las fiebres eruptivas que por su presencia no la modifican,

quedando sus caracteres siempre los mismos. La intensidad de la disnea está en relación inversa de la menor edad del paciente, pues es tanto más intensa cuanto más joven sea aquél, aun en los casos en que el proceso mórbido haya alcanzado poca extensión, máxime si porciones considerables del árbol brónquico han sido atacadas y la bronquitis simple tiene tendencia á pasar al estado de bronquitis capilar. La gravedad de los fenómenos generales está en relación directa con la intensidad de la fiebre, pues en este estado el oxígeno absorbido es insuficiente para la hematosis, y la sangre cargada de ácido carbónico influye notablemente sobre la disminución de la energía de los músculos de la respiración. La afección se termina casi siempre por la vuelta á la salud, pero debe ser vigilada á causa de la posibilidad de la transformación en una bronco–neumonía ó en una neumonía. Su duración es variable, generalmente de siete días, pero puede prolongarse un poco más ; excepcionalmente dura menos de una semana. Cuando el proceso mórbido no ha alcanzado el parénquima pulmonar y solamente han sido atacados los bronquios de mayor calibre, los fenómenos generales disminuyen con la terminación de la erupción del diente y la reposición empieza pronto ; no obstante, el catarro un poco modificado puede persistir todavía durante algún tiempo.

Lo que queda dicho hace referencia á la forma benigna de la enfermedad ; cuando ésta reviste caracteres de seria gravedad viene acompañada de síntomas alarmantes que se desarrollan, ó después de un período de tos de duración variable, estado mórbido que por su benignidad no ha llamado la atención hasta entonces ; ó bien en el curso de una bronquitis ligera. En este caso la intensidad de la fiebre aumenta considerablemente, ya no hay paroxismos separados por intervalos apiréticos sino que la fiebre es continua, el niño se encuentra en un estado de sopor permanente y los fenómenos nerviosos son más acentuados ; del mismo modo que la fiebre, la disnea es continua y amenaza sufocación ; la tos es corta, seca, angustiosa ; el niño se encuentra unas veces agitado y otras soñoliento ; el ruído respiratorio, oído á distancia, tiene un timbre de sequedad bien caracterizado ; auscultando se nota que el aire penetra en los pulmones de una manera incompleta, se oye un ligero estertor sibilante acompañado de algunas burbujas mucosas, pero nada se encuentra que se asemeje al estertor subcrepitante fino y numeroso de la bronquitis capilar. Este cambio en el curso de la enfermedad puede sobrevenir repentinamente, de tal manera que un proceso mórbido que hasta entonces por su benignidad

no había llamado la atención, puede, de un momento á otro, revestir los caracteres de una enfermedad pulmonar grave; en pocas horas, en un pulmón antes permeable al aire se encuentra el murmullo respiratorio suprimido en una grande extensión, y la percusión da una macicez completa allí en donde poco antes la sonoridad era normal; estos cambios se presentan muchas veces sin acompañamiento de síntomas febriles y distintos por consiguiente de los que son debidos á la induración inflamatoria del pulmón. West da la explicación de estos fenómenos que él atribuye al colapso del pulmón, debido á la falta de la entrada del aire en las vesículas pulmonares á consecuencia de una abundante secreción mucosa que ha obstruído los bronquios, ó bien á la acumulación de estas mucosidades causada por un debilitamiento de la fuerza vital; si el mal continúa haciendo progresos, la sufocación aumenta, la cara se cianosa, las extremidades se enfrían y puede terminar por la asfixia. Generalmente los síntomas alarmantes son de corta duración, de algunas horas á uno ó dos días; de repente ceden, ya bajo la influencia de un tratamiento apropiado ó bien con la salida del diente. La tos persiste aún durante algunos días, sin disnea, ó bien por algún tiempo se observan los síntomas de una bronquitis ligera. Cuando el estado febril se prolonga hay que temer el desarrollo de una bronquitis capilar ó de una neumonía, ó bien la aparición de accidentes cerebrales mortales. En este caso si la terminación debe ser fatal, la agitación es excesiva, la ansiedad intensa y continua, la piel es el sitio de una traspiración abundante, las mejillas se encienden y presentan un aspecto cianósico pronunciado, las pupilas se contraen, la aceleración del pulso llega á ser tál que se hace incontable y la respiración se acelera notablemente; al mismo tiempo se observan ligeros movimientos convulsivos en las comisuras labiales; más tarde aparecen convulsiones generales con rigidez del tronco y de los miembros y la respiración se dificulta cada vez más; las convulsiones se suspenden después y son reemplazadas por el coma; el pulso llega á ser muy débil, pequeño, desigual, y la muerte tiene lugar algunas horas después de la manifestación de los primeros accidentees.

Diagnóstico.—Es en lo general fácil, pues no hay enfermedad con la cual pueda ser confundida á menos de un examen muy superficial. Las indicaciones de la auscultación, y la ausencia de signos suministrados por la percusión del tórax, la elevación térmica, y el dolor provocado por la tos, permiten diagnosticar. La bronquitis se distingue de la bronco-neumonía por la ausencia de soplo y de modificaciones de sonoridad á la per-

cusión. Se le distingue fácilmente de la tos ferina, cuya tos espasmódica entremezclada de *reprises* sonoros es especial.

Tratamiento.—El tratamiento de la bronquitis aguda debe ser precedido de algunas consideraciones relativas á la intensidad del mal y á los caracteres ó forma con que se manifiesta, pues la medicación que debe instituírse contra una bronquitis sin fenómenos reaccionales fuertes, no es la misma que se emplearía en igual variedad de bronquitis acompañada de una intensa reacción febril. El estado de las fuerzas del niño cuando el médico es llamado, entra también en parte en estas consideraciones preliminares.

En el tratamiento de la bronquitis simple sin complicación, prima ante todo una rigurosa higiene, pues es una enfermedad que tiene tendencia á la curación sin el recurso de una medicación activa. Es necesario evitar que el niño permanezca en una atmósfera demasiado fría, cuidando al mismo tiempo de la renovación suficiente del aire; sus vestidos deben ser más abrigados que de ordinario, pero el exceso en este sentido sería perjudicial, pues un abrigo exagerado, además de la fatiga que produce, tendría el inconveniente de ocasionar sudores abundantes que provocarían el desarrollo de erupciones en la piel. A estas indicaciones agregaremos también la reglamentación de la dieta; si la fiebre es poco pronunciada no se prescribirá una dieta absoluta, permitiéndose, según la edad del enfermo, el uso de sopas y de caldos ligeros; será más severa la dieta mientras más intenso sea el movimiento febril, pero debe tenerse en cuenta que durante los dos primeros años de la existencia, y sobre todo en niños menores de un año, el organismo, muy poco resistente, es incapaz algunas veces de soportar la dieta, aun cuando ésta no sea demasiado rigurosa. Una vez que el estado agudo de la enfermedad ha sido dominado, hay necesidad de apelar á una alimentación más sustanciosa y tratar de levantar las fuerzas del organismo, para evitar las consecuencias de la debilidad ocasionada por una dieta prolongada; es necesario también evitar toda causa de irritación y de malestar, y vigitar hasta la posición del enfermo en el lecho. Quizá parezcan exageradas estas precauciones, pero creemos que la naturaleza medicatriz es impotente si su acción no es favorecida por todos estos cuidados higiénicos, bien justificados ya por sus buenos resultados. Al tratar de la medicación apropiada á la enfermedad que nos ocupa, no hablaremos de la sangría ni del tártaro estibiado, remedios muy usados en otro tiempo, pero que son justamente rechazados hoy de la práctica por casi todos los autores modernos.

En el período inicial de la bronquitis, los agentes curativos que deben emplearse de preferencia son el calor y los antiespasmódicos, tales como el kermes y el acónito; los vomitivos no tendrían ningún efecto en este período. Si la bronquitis es de intensidad media y el niño sano y fuerte, da muy buen resultado la administroción de pequeñas dosis de calomel, antimonio é ipecacuana, asociados, cada cuatro horas, durante las treinta primeras de la enfermedad. Esta medicación con frecuencia hace bajar la fiebre, obrando también ligeramente sobre el intestino á la vez que sobre la piel; del segundo día en adelante debe suprimirse el calomel y continuar el uso del antimonio y de la ipeca por pequeñas dosis. Excepcionalmente debe hacerse uso del opio. Para combatir la fiebre, se puede hacer uso también con buen resultado de la digital preparada en infusión, á la dosis de diez á veinte centígramos y adicionada de nitrato de soda, cuando la edad del niño no es menor de un año. Con el mismo objeto el salicilato de soda, la quinina y la antipirina, prestan también buenos servicios. Cuando la tos se manifiesta por violentos abscesos acompañados de gran fatiga, Rilliet y Barthez aconsejan el empleo de un julepe, adicionado de polvo, extracto ó jarabe de belladona, por pequeñas dosis. y teniendo cuidado de suspender ésta medicación al cabo de cinco ó seis días.

Un poco más tarde, generalmente después del segundo día (cuando el proceso mórbido se localiza en los bronquios grandes y medios), son indicados los vomitivos, una vez que hayan aparecido los estertores húmedos; en este período la abundancia de la secreción brónquica, á la vez que aumenta el malestar del niño, ofrece un verdadero peligro favoreciendo la producción del colapso pulmonar; la medicación vomitiva puede administrarse entonces repetidas veces, siempre que no se olvide su acción purgante que es importante vigilar. El vomitivo que creemos debe elegirse de preferencia es la ipeca. (1) Cuando las lesiones han adquirido una grande extensión, debe hacerse uso de pociones estimulantes y espectorantes, tanto más indicadas, cuanto menor sea la edad del enfermo.

Como tratamiento externo—para combatir la disnea y facilitar la respiración, se puede hacer uso de la tintura de yodo, aplicada sobre la piel de la región toráxica; ventosas secas cuyo número variará según la gravedad del caso; grandes cataplasmas de harina de linaza ó un sinapismo en el pecho ó en la

---

(1) West aconseja tanbién el uso del sulfato de zinc.

región posterior del tórax. (1) Si la disnea es intensa y amenaza sufocación, se deben prescribir también sinapismos en las extremidades, variando cada vez su punto de aplicación, ó bien bayetas calientes salpicadas de harina de mostaza.

En cuanto al empleo del vejigatorio, nada mejor podemos hacer que repetir lo que á este respecto dice el Profesor Cadet de Gassicourt ; (2) " Me queda por hablaros del tratamiento externo y premuniros contra el abuso del vejigatorio. Nadie lo emplea, sin duda, cuando la bronquitis es poco intensa ; pero hay circunstancias en las cuales á menudo se hace uso de él, erróneamente según mi parecer, y es cuando la bronquitis, al principio limitada, adquiere de repente una extensión rápida, ó cuando aparece una hiperhemia concomitante. Ahora, creo que tanto en uno como en otro caso, el vejigatorio es inútil y se opone al empleo de medios realmente más eficaces. En efecto, si la extensión de la bronquitis es brusca y rápidamente invade una gran parte de la red brónquica, la acción del vejigatorio ordinario es muy lenta para producir oportunamente una revulsión eficaz, y la vesicación obtenida por el martillo de Mayor, me parece demasiado violenta para combatir una bronquitis que sólo ha alcanzado los tubos brónquicos de calibre medio. Si, al contrario, se trata de una hiperhemia concomitante más ó menos extensa, el vejigatorio tiene el inconveniente de ser persistente, mientras que la congestión que debe combatir es fugaz. Este tópico es, pues, á la vez, muy activo para las formas benignas, muy lento para las rápidas, y muy durable para las congestivas."

En algunas ocasiones, sobre todo hacia las últimas horas del día, se declara en el enfermo una fuerte agitación, la respiración se activa notablemente, la temperatura se eleva, los ojos permanecen entre–abiertos y los pulgares se flejan sobre la palma de la mano ; estos son indicios de una perturbación del sistema nervioso, y se obtiene notable mejoría administrando un baño caliente por la tarde. (3)

No siempre el grado de disnea está en relación con la gravedad de la enfermedad, pues bien puede depender únicamente de una excitación refleja del sistema nervioso; los fenómenos

---

(1) Con el mismo objeto el Profesor West indica el uso de un pedazo de espongiopilina embebido de agua caliente y adicionado de mostaza ó del linimento siguiente:
Linimento alcanforado compuesto, 32; tintura de cantáridas, 8; tintura de opio, 8.

(2) *Traité clinique des maladies de l'enfance*—1880—t. I—p. 130.

(3) Cuando la bronquitis ha invadido una porción considerable del árbol respiratorio y su duración se ha prolongado, al mismo tiempo que hay una fiebre intensa y síntomas disneicos que amenazan asfixia, Baginsky aconseja, cuando el niño es de una constitución fuerte, abluciones frías en un baño tibio favoreciendo la acción de la hidroterapia por la administración de estimulantes, vino, é inyecciones subcutáneas de éter acético y de almizcle.

simpáticos son muy comunes en las enfermedades de la infancia. La aceleración de los movimientos respiratorios puede depender de otra causa, y así, cuando hay constipación y meteorismo, el juego del diafragma se encuentra notablemente comprometido, y como en el niño el tipo de respiración es abdominal, la disnea por consiguiente aumenta considerablemente; es también motivo de este aumento del número de las respiraciones, la irritación ocasionada por la dentición. En este caso se obtendría una mejoría inmediata ó bien practicando la incisión de la encía cuyas indicaciones hemos enumerado ya, (1) ó bien por la administración de un purgante suave, tal como el aceite de ricino; se puede hacer uso también del maná á la dosis de 8 á 10 gramos disuelto en leche, ó del jarabe de achicoria compuesto, 20 á 30 gramos en el día.

El empleo frecuente de los narcóticos con el objeto de detener los síntomas intensos de una disnea nerviosa ofrece sus peligros, pues se ha observado que estos agentes medicamentosos, cuando hay una deficiencia de aereación de la sangre, producen más daño que provecho; al hacer uso de un cedante debe emplearse de preferencia la tintura compuesta de alcanfor; pueden también asociarse con ventaja á una poción contra la tos, pequeñas dosis de éter clorhídrico.

Con el objeto de evitar uno de los accidentes más temibles que pueden ocurrir en la bronquitis de la infancia, el colapso pulmonar, debe tratarse de sostener las fuerzas del enfermo por cuantos medios sea posible. El descenso de la temperatura en las extremidades; la disminución ó la supresión de la tos al mismo tiempo que la respiración se hace más difícil y que la secreción brónquica ha aumentado considerablemente; el debilitamiento del pulso, son indicios de que el organismo empieza á decaer y hay necesidad de levantarlo, tanto por medio de una alimentación apropiada, como por la administración de estimulantes: un caldo bien preparado, vino blanco, aguardiente ó ron desde la dosis de seis hasta quince gramos por día, según la edad y el vigor del paciente, son medios de los cuales se puede esperar buen resultado.

Un accidente que puede en poco tiempo debilitar notablemente al enfermo, y que con alguna frecuencia se observa, es la producción de una diarrea persistente; este síntoma puede ser combatido por una poción de cal adicionada de tintura de catecú.

El período de la convalecencia reclama cuidados particu-

---

(1) Véase Cap. II.

lares con el objeto de prevenir una recaida, pues en la época de la dentición no es raro que los mismos desórdenes se reproduzcan cada vez que tiene lugar la erupción de un diente. Generalmente después de terminada la bronquitis, la salud del niño no es completa y los síntomas de un catarro acompañado de tos persisten durante algún tiempo; encuentran su aplicación entonces los balsámicos, como el jarabe de Tolú, ó bien el jarabe de trementina á la dosis de una á tres cucharadas por día según la edad del paciente, los reconstituyentes y todas las preparaciones que obran sobre la mucosa brónquica. Es también en este período cuando la permanencia por algún tiempo en un clima cálido obra admirablemente sobre la salud del niño y basta para la desaparición de los últimos restos de una bronquitis y su restablecimiento completo.

OBSERVACIÓN V.

Niño de 22 meses de edad, criado en el campo é hijo de padres jóvenes y sanos. Según la relación que se nos hizo, sus abuelos maternos murieron, el uno de viruelas, y el otro, de una enfermedad del corazón. Tiene un hermano que padeció de una fuerte diarrea á la edad de dos años y medio, y el cual es hoy robusto y goza de completa salud. Durante la época de la lactancia fue alimentado únicamente con leche materna. Tuvo una diarrea con ocasión de la salida de los premolares inferiores. La erupción dental comenzó á la edad de 8 meses.

El mal le empezó hace cinco días, en medio de una salud completa y sin causa apreciable que lo hubiese provocado, por malestar, somnolencia, falta de apetito y fiebre; poco después apareció la tos, que fue siendo cada vez más fuerte, hasta producir accesos violentos, durante los cuales la cara del niño se congestionaba de una manera intensa.

Estado actual.—El enfermo es bien conformado y de buena constitución; no ocupa decúbito determinado. Tiene la piel caliente, y roja sobre todo al nivel de los pómulos, en donde presenta un ligero tinte cianósico; hay agitación constante. La temperatura axilar es de 38½ grados. Se cuentan 180 pulsaciones por minuto. La respiración es frecuente, anhelosa, y acompañada de movimientos de expansión de las alas de la nariz; hay 70 respiraciones por minuto. La tos viene por accesos ó *quintas* que se repiten á largos intervalos, y durante los cuales la cara se congestiona y todas sus venas superficiales se ven turgentes; los accesos se terminan con frecuencia por vómitos. Al practicar la auscultación oímos estertores roncantes diseminados en ambos pulmones, á la vez que subcrepitantes de gruesas burbujas, abundantes sobre todo en la parte posterior é inferior de los pulmones. La percusión da sonoridad normal.

Prescribimos como tratamiento interno el polvo de ipeca mezclade con jarabe de ipeca, á las dosis de 0,30 centigramos y 30 gramos respectiva-

mente, para dar por cucharaditas hasta producir vómito ; y la aplicación de una lavativa purgante de aceite de ricino. Hicimos envolver los miembros inferiores en bayetas salpicadas de harina de mostaza.

Al día siguiente encontramos al niño, por la mañana, con una temperatura de 37°, 6 décimos, 150 pulsaciones por minuto, y en el mismo espacio de tiempo 56 respiraciones. Hay agitación ; la tos ha disminuído. La lengua se encuentra roja y limpia ; la encía, inflamada y dolorosa al nivel de la parte media y derecha del arco alveolar superior. Practicada la auscultación, notamos que los estertores roncantes habían desaparecido en gran parte y eran reemplazados por numerosos subcrepitantes, oídos tanto en la parte anterior como en la posterior de ambos pulmones. Los signos suministrados por la percusión son negativos. Prescribimos otro vomitivo de ipeca.

Por la tarde la temperatura fue de 38°, 7 décimos ; cara enrojecida y con ligero tinte cianósico, mucha agitación, 185 pulsaciones por minuto y 76 respiraciones ; completa falta de apetito ; el enfermo tose con menos frecuancia. El examen de los pulmones nos suministró los datos siguientes : ausencia casi completa de roncantes, y abundantes subcrepitantes ; sonoridad á la percusión, normal. La encía se encuentra en el mismo estado, pero en el centro de la parte inflamada se observa un ligero levantamiento. Formulamos una poción compuesta de una infusión de 0,30 centigramos de raíz de ipeca, en 100 gramos de agua, adiccionada de tintura etérea de almizcle y tintura etérea de castóreo, de cada una, 1 gramo, y 20 gramos de jarabe simple. Para dar por cucharaditas cada dos horas. Un colutorio para calmar el dolor de la encía.

Al practicar la visita al día siguiente, se nos dijo que el enfermo había estado un poco agitado durante la noche, en la que casi no había dormido. La temperatura axilar la encontramos normal ; el niño estaba calmado. El número de las respiraciones había disminuído considerablemente ; los subcrepitantes eran un poco menos abundantes que el día anterior. Examinada la encía, la encontramos perforada por la corona del canino superior derecho. Continuamos el mismo tratamiento.

Posteriormente los subcrepitantes fueron cada vez más escasos, y, cuarenta y ocho horas después de efectuada la erupción del colmillo, el niño no tenía ya sino los síntomas de un simple catarro que pronto desapareció.

OBSERVACIÓN VI

Niña de 15 meses de edad y natural de Bogotá. Sus padres gozan de perfecta salud. No se nos suministraron antecedentes morbíficos en su familia dignos de ser tomados en consideración. Ha sido alimentada exclusivamente con la leche materma, de cuya buena calidad se puede conjeturar por la sola presencia de la niña, que es robusta y bien desarrollada. No ha tenido otra novedad que una ligera diarrea, sin consecuencia posterior ninguna para la salud, en la época de la salida de los incisivos inferiores centrales, cuya erupción se efectuó á la edad de siete meses y medio.

Sus padres dicen que hace un día notan la niña indispuesta, de mal carácter, sin apetito y soñolienta. Estos signos, durante las seis últi-

mas horas, han sido acompañados además de algunos estornudos y una tos poco frecuente. Preguntando sobre la causa probable de la enfermedad, se nos dijo que la niña no había sufrido ningún enfriamiento, que siempre había permanecido bien abrigada y, en fin, que no habiendo ocurrido ninguna infracción, ni en sus costnmbres habituales ni en su régimen ordinario, no encontraban motivo alguno de la indisposición observada en ella.

Procedimos al examen de la enferma, la cual encontramos en el estado siguiente : no ocupa ningún decúbito determinado ; la piel se encuentra caliente, la cara roja, sobre todo al nivel de los pómulos ; la temperatura axilar de 38° ; hay 170 pulsaciones, y 60 respiracioues por minuto. La tos, que es frecuente, parece muy dolorosa, según los esfuerzos que hace la enferma para contenerla, y la expresión de su fisonomía en el momento de un acceso. La auscultación demuestra la existencia de estertores sibilantes y roncantes en ambos pulmones, pero notables sobre todo en el pulmón derecho ; hay uno que otro subcrepitante. Prescribimos una poción compuesta así : polvo de hojas de digital, 0,15 centigramos, en infución en 120 gramos de agua ; nitrato de soda, 2 gramos ; jarabe de belladona, 5 gramos. Para dar una cucharadita cada dos horas. Al exterior, indicamos fomentaciones secas en el tórax y miembros inferiores por medio de bayetas calientes.

Al día siguiente, temperatura matinal, 37½ grados ; tarde 39° ; el pulso y las respiraciones han aumentado considerablemente, hay mucha agitación. Los estertores sibilantes y roncantes han disminuído, y en cambio se oyen numerosos subcrepitantes. La percusión da signos negativos. La encía está un poco tensa, caliente y dolorosa al nivel de la parte izquierda del arco alveolar inferior. Dejamos el tratamiento prescrito anteriormente, agregando además, un purgante de aceite de ricino, y un calutorio para calmar el dolor de la encía.

Veinticuatro horas después tuvo lugar la erupción del premolar inferior izquierdo, con lo cual la fiebre y la agitación disminuyeron notablemente. Formulamos una poción, espectorante y estimulante á la vez, mediante la cual, los síntomas estetoscópicos pulmonares desaparecieron. En el período de la convalecencia, que fue muy corto, quedaba aún una ligera tos, la cual fue combatida por la administración de balsámicos.

OBSERVACIÓN VII.

En el presente caso se trata de una niña de 22 meses de edad ; sin antecedentes morbíficos hereditarios ; lactada por su madre al principio, y más tarde alimentada con tetero. Padeció una bronquitis hace dos meses, cuando se efectuaba la salida de los dos caninos inferiores ; por lo demás, su salud ha sido buena. La erupción dental empezó á los ocho meses y medio.

Actualmente se verifica el trabajo de erupción de los caninos superiores, y la niña fue atacada de una fuerte coriza, la cual pronto revistió los caracteres de una verdadera bronquitis. La temperatura es de 39° memos 2 décimos ; el pulso alcanza á 175 pulsaciones por minuto ; hay mucha agitación y frecuente tos. La respiración, sumamente acelerada y anhelosa ; numerosos sibilantes en ambos pulmones, y uno que otro subcrepitante. La sonoridad á la percusión es normal.

Tratamiento. Una poción con tintura de belladona, tintura de hojas de acónito, infusión de polígala, y jarabe de goma, á las dosis de VI gotas ; 1 gramo ; 80 y 20 gramos, respectivamente. Para dar una cucharadita cada hora y media. Una lavativa purgante de aceite de ricino, y bayetas calientes en los miembros inferiores.

En nuestra visita de la mañana del siguiente día, encontramos la enferma casi en el mismo estado, salvo la tos que había disminuído, y los sibilantes que habían desaparecido casi por completo y habían sido reemplazados por numerosos subcrepitantes. Indicamos un vomitivo de ipeca, y la aplicación de cataplasmas de harina de mostaza en las partes anterior y posterior del tórax.

Por la tarde la temperatura subió á $39\frac{1}{2}$ grados, agitación fuerte, disnea intensa y pulso muy frecuente. Pusimos la enferma en un baño tibio, y formulámos una poción espectorante y antiespasmódica. Aplicaciones anestésicas en la encía.

Posteriormente, el debilitamiento rápido en que cayó la enferma, el enfriamiento de las extremidades, y la persistencia de la disnea, nos hicieron temer la aparición de un colapso pulmonar, para evitar el cual, agregamos á la poción espectorante, éter clorhídrico, y ordenamos la administración, por pequeñas cantidades, de una poción con vino blanco. Mediante esta modificación en el tratamiento, las fuerzas se levantaron de nuevo, y después de 24 horas los síntomas comenzaron á disminuír rápidamente, siendo entonces ya visible la corona del canino superior derecho.

Durante la convalecencia prescribimos balsámicos y tónicos. Ocho días después del principio de la enfermedad, la niña, aunque un poco débil, estaba completamente restablecida. Actualmente goza de salud completa.

OBSERVACIÓN VIII.

Niño de 8 meses de edad, natural de Bogotá, sin antecedentes morbíficos en su familia que sean de alguna notoriedad. Desde su nacimiento fue alimentado por una nodriza, que ha sido, y es actualmente, sana y robusta. Aun sin necesidad de exámen, se puede conjeturar de la buena calidad de la leche, por el desarrollo y estado del niño, que son perfectamente satisfactorios. Se está verificando la erupción de las primeras piezas dentales.

Este niño, que ha gozado siempre de buena salud, hace tres días fue atacado de tos frecuente, acompañada de un ligero movimiento febril, agitación poco intesa, insomnio y falta de apetito. Al examinarlo, encontramos una temperatura de $37\frac{1}{2}$ grados, pulso poco frecuente, 40 respiraciones por minuto, signos estetoscópicos pulmonares casi nulos, pues sólo oímos uno que otro subcrepitante. La Sonoridad á la percusión, era normal. La encía superior dolorosa y un poco inflamada.

Indicamos abrigo, y formulamos una poción balsámica adicionada de jarabe de belladona, para dar por cucharaditas, con el objeto de modificar el estado de la mucosa brónquica y calmar la tos. Prescribimos, además, un colutorio para friccionar la encía.

Tres días después, había salido ya uno de los incisivos superiores centrales, con lo cual los síntomas disminuyeron ; pero el niño continuó tosiendo, con menos frecuencia que antes, hasta que se verificó la salida del otro incisivo central superior al cabo de cinco días, después de lo cual recuperó por completo la salud.

V

ACCIDENTES NERVIOSOS.

El estudio de las afecciones nerviosas de la primera infancia está rodeado de grandes dificultades. Si se tienen en cuenta los escollos con que se tropieza al estudiar tales enfermedades en el adulto, cuando el paciente puede darnos cuenta detallada de sus sensaciones y apreciar mejor y antes que nadie las perturbaciones de sus facultades intelectuales, lo cual simplifica en parte la tarea del médico y lo pone en situación de intervenir oportunamente para detener los progresos de una enfermedad, se comprende con cuánto mayor razón aumentarán las dificultades en la primera época de la vida, cuando ningún indicio seguro puede suministrarnos una inteligencia que hasta entonces, sobre todo durante la primera infancia, apenas es algo más que el instinto de un animal; aun dado el caso de que el niño hable yá, le es imposible entonces expresar lo que siente, porque todavía es incapaz de traducir en palabras sus propias ideas. Así, pues, en las enfermedades del sistema nervioso, más que en ningunas otras, es en las que con mayor cuidado debe observarse al niño, y no desechar como inútil ni aun el relato de la nodriza, en apariencia inoficioso á veces, pero que en muchos casos puede poner al médico en buena vía para hacer el diagnóstico.

Las complicaciones que ordinariamente se presentan del lado del sistema nervioso durante la erupción dental son, en primer lugar, las convulsiones eclámpticas, y después, por orden de frecuencia, la congestión cerebral y la meningitis.

El estudio detallado de estas complicaciones sería tema para un trabajo extenso, que no podría tener cabida en el reducido número de páginas que ocupa una tesis; pero al hablar de los accidentes nerviosos ocurridos durante la dentición, cuyo estudio es igualmente importante, no podríamos ocuparnos de uno de ellos con exclusión de los demás. Haremos, pues, un breve estudio de las convulsiones sin lesión orgánica apreciable de los centros nerviosos, llamadas por esta razón *esenciales simpáticas*, antes de entrar á considerar las verdaderas afecciones cerebrales acompañadas de lesión de aquel órgano.

CONVULSIONES.

Las convulsiones eclámpticas, accidente muy común en la época de la erupción dental, se desarrollan bajo la influencia del dolor que tiene por sitio la encía inflamada, y mediante una relación simpática entre el cerebro y la mucosa bucal, cuyos nervios irritados por el proceso dental son la vía centrípeta del acto reflejo. Esta simpatía entre aquel centro nervioso y un órgano enfermo no existe solamente en el niño, también se observa en el adulto ; pero las manifestaciones á que da lugar en el primero difieren de las que se observan en el segundo. En el último, la disociación de las ideas, ó en otros términos, el delirio, es el resultado del acto reflejo ejercido por el cerebro con ocasión de una perturbación mórbida intensa sufrida por un órgano; pero como en el niño tal asociación de ideas no se cumple aún y el papel principal del cerebro entonces es dirigir el poder motor, el delirio es reemplazado por la perversión de esta función.

El desarrollo de las convulsiones de origen reflejo depende también de las propiedades de los centros nerviosos del niño. En la primera infancia, dice Soltman, es incompleto el desarrollo de los centros moderadores, al paso que la excitabilidad del sistema nervioso periférico es considerable; por consiguiente estas condiciones favorecen la aparición de acciones de orden reflejo.

Como ninguna lesión orgánica de los centros nerviosos acompaña el desarrollo del fenómeno mórbido que nos ocupa, se le ha designado con el nombre de *convulsiones esenciales simpáticas*, las cuales están caracterizadas por movimientos involuntarios desordenados más ó menos violentos de los músculos de la vida de relación, que aparecen por accesos de duración variable. Algunos autores afirman que la inteligencia no es completamente abolida durante la crisis convulsiva.

Hay casos en los cuales las convulsiones no son bien caracterizadas y vienen á ser reemplazadas por una especie de ausencia pasajera, acompañada solamente de sobresaltos de los miembros, al mismo tiempo que el globo ocular gira al rededor de su eje transverso de manera de ocultar momentáneamente su superficie córnea detrás del párpado superior. Se han designado estos accidentes con el nombre de *convulsiones internas.*

Síntomas.—Ordinariamente los ataques convulsivos aparecen repentinamente, sin más síntomas precursores que los que se relacionan con el dolor y á veces el movimiento febril y la agitación que acompañan la erupción de un diente.

El niño parece repentinamente como sobrecogido por una impresión de terror : la mirada fija y las pupilas dilatadas ; un momento después el globo ocular se dirige hacia arriba detrás del párpado superior ; todo el cuerpo queda en extensión, los miembros rígidos y la cabeza hacia atrás ; la cara abotagada, de un color rojo encendido, y las conjuntivas inyectadas. Un instante después la cabeza se inclina de uno ú otro lado, los maxilares se comprimen fuertemente el uno contra el otro, la respiración queda como suspendida y los miembros, antes en extensión, son alternativa y lentamente puestos en semi–flexión y en extensión ; los dedos se encuentran flejados con fuerza sobre la palma de la mano. Inmediatamente el color rojo de la cara se cambia en uno cianósico intenso; las venas superficiales del cuello se inflan, y aparecen los movimientos convulsivos, de los cuales participan también los globos oculares que giran en distintas direcciones de tal manera que desaparece por completo la armonía de sus movimientos combinados, lo cual da lugar al extravismo ; al fin se dirigen hacia arriba ocultándose detrás del párpado superior y dejan percibir sólo la esclerótica ó parte blanca del ojo. Las pupilas, cuando se ven, están unas veces dilatadas y otras contraídas. Las contracciones de los músculos de la cara dan á ésta un aspecto extraño que varía á cada instante según los músculos contraídos; nc es raro observar la salida de espuma por la boca. Las manos se vuelven por momentos en pronación forzada y sus dedos se flejan y extienden alternativamente ; los brazos se doblan por fuertes sacudidas que llevan la mano hacia el pecho para volver después á su primitiva posición. Los miembros inferiores, presa de las convulsiones, se ven ya en extensión, ya en la posición opuesta, pero los movimientos en ellos en lo general no son tan pronunciados como en las extremidades superiores. El dorso queda ordinariamente rígido. Los músculos del abdomen, retraídos, duros, y el vientre aplanado. También las funciones del aparato respiratorio son profundamente perturbadas ; el tórax se dilata de una manera incompleta, lo cual hace con movimientos rápidos, cortos, á veces intermitentes y á los cuales sucede una profunda inspiración seguida de una interrupción que alcanza á durar varios segundos ; esta interrupción es producida por la perversión de los movimientos de los músculos inspiradores y expiradores cuya potencia de acción queda anulada por sus contracciones simultáneas ; pasada dicha interrupción vuelve la serie de inspiraciones cortas que acabamos de mencionar. Algunas veces las contracciones espasmódicas del diafragma y de los músculos de la laringe hacen que se produzca un ruido es-

pecial con el aire inspirado. Cuando es posible, en el intervalo de las convulsiones, apreciar el pulso, se encuentra notablemente acelerado. Raras veces hay emisión involuntaria de orina y materias fecales.

Debemos observar que la relación anteriormente hecha se refiere á un fuerte ataque, tal como se le observa, pero no siempre el acceso se presenta bajo esta forma, pues muchos de los síntomas anotados pueden faltar, ó combinarse también de diversos modos. Así, por ejemplo, algunas veces no hay sino pérdida del conocimiento seguido de unas pocas contracciones en los músculos de la cara ó de los miembros; ó bien, las convulsiones principian en un solo lado del cuerpo para invadir después progresivamente el resto. Debe tenerse en cuenta que, en la generalidad de los casos, las convulsiones que se manifiestan solamente de un lado del cuerpo, ó presentan en este lado una preponderancia marcada, ordinariamente son sintomáticas de una lesión cerebral.

La mayor parte de las veces, el niño queda extraño á todo lo que le rodea; ni la luz ni el ruído le impresionan; sin embargo, Rilliet y Barthez dicen haber visto algunos niños expresar desagrado cuando se les hacía aspirar amoníaco. La sensibilidad cutánea es abolida por completo.

En cuanto á la duración del ataque, varía desde algunos minutos hasta varias horas, y casi siempre está en relación inversa de su intensidad, pues se observa que la duración es mayor mientras menos fuerte sea la crisis convulsiva, y viceversa. Cuando el ataque se prolonga mucho, las convulsiones no son continuas sino que, en el curso de la crisis, aparecen por accesos paroxísticos de más ó menos duración, en el intervalo de los cuales el niño no recobra sus facultades y se encuentra en cierto estado de agitación.

Si la inflamación de la encía y los dolores se prolongan, lo ordinario es que los ataques continúen mientras persiste la causa que los ha motivado, y en este caso, pueden repetirse varias veces durante el día

La terminación favorable del ataque es anunciada en lo general por intermitencias cada vez más largas entre una y otra convulsión, disminución en la intensidad de estas últimas, desaparición de la rigidez de los miembros y restablecimiento de la respiración; el pulso se encuentra menos acelerado; al mismo tiempo la cara palidece se enfría y se cubre de sudor; los párpados se cierran; los rasgos fisonómicos expresan un profundo abatimiento y, en fin, el niño queda en una completa inmovilidad. Pasados unos instantes abre los ojos, y entonces se

puede observar aun en su mirada un aspecto como de sorpresa é inmediatamente empieza á llorar.

Cuando el acceso termina con la vida del niño, lo que es raro, á menos de estar agotado por una enfermedad anterior, la excitación nerviosa ordinariamente aumenta y la muerte ocurre, como dice Brachet, ó bien porque el cerebro excitado cesa al fin de obrar sobre los otros órganos, la respiración se detiene y la hematosis yá no tiene lugar; ó bien las funciones respiratorias se cumplen imperfectamente á consecuencia de las contracciones irregulares de los músculos de la respiración; los pulmones se ingurgitan, la sangre no los atraviesa sino en parte y la muerte es la consecuencia de la sofocación.

Algunos autores citan casos de la vuelta de un niño á la vida, aun después de varias horas de muerte aparente. Este hecho debe tenerse presente y no concluír nada sino después de comprobados los signos de la muerte.

Después del ataque, sobre todo cuando éste es violento. no es raro observar un ligero movimiento febril que pronto desaparece. (1)

Diagnóstico.—Las convulsiones eclámpticas ocasionadas por el trabajo de la erupción dental se distinguen de las que son sintomáticas de una afección cerebral ó meníngea, por los fenómenos especiales que preceden, acompañan ó siguen á estas últimas enfermedades, con especialidad los síntomas febriles. Pero como es frecuente la aparición de un movimiento febril durante el trabajo de la dentición, ó bien dicho síntoma—como acabamos de decir—puede manifestarse inmediatamente después de un ataque convulsivo, es posible que en estos casos el diagnóstico ofrezca alguna dificultad. De manera, pues, que aun cuando la fiebre es un buen signo de diagnóstico diferencial, no siempre es suficiente por sí sola, y entonces hay necesidad de apelar á otros medios, de los cuales hablaremos al tratar de la congestión cerebral y la meningitis.

Los ataques epilépticos presentan una notable analogía con los que hemos descrito, de manera que su diagnóstico diferencial es casi imposible si sólo se tienen en cuenta los síntomas de la crisis convulsiva. La dificultad de separar la eclampcia de la epilepsia es tal que algunos autores han dicho que podría considerarse la primera como una epilepsia pasajera. Ozanam (citado por Rilliet y Barthez) dice que, como en la eclampsia predominan las convulsiones clónicas y la contractura es poco mar-

---

(1) Bouchut dice que es frecuente también la aparición de equimosis en la superficie de la piel, albuminuría pasajera, retracción ó bien parálisis de algunos músculos

cada, son éstos, signos importantes para distinguirla de la epilepsia, puesto que en ésta los ataques empiezan por convulsiones tónicas para terminar con las clónicas.

Es tan marcada la semejanza que hay entre uno y otro ataque, que creemos inútil tratar de buscar signos diferenciales en el modo como se presentan las crisis convulsivas; estos signos, á nuestro modo de ver, sólo se encuentran en circunstancias accesorias. En primer lugar, debe tenerse en cuenta la edad del niño; la epilepsia es rara en la época en que aparecen los dientes temporales, mientras que su desarrollo es más posible durante la segunda dentición. Por otra parte, debe tenerse presente la causa bajo cuya influencia aparecieron las convulsiones; pues no encontrándose otros motivos, se hace evidente la relación que existe entre el desarrollo de aquéllas y el dolor producido por la erupción de un diente, y si una vez que éste último fenómeno ha terminado, con él terminan también los accidentes, los cuales no se reproducen, ó si así sucediere, esto sólo tiene lugar cuando son provocados por la aparición de otro diente, lo más seguro es que estas convulsiones sean eclámpticas y de origen simpático. (1) Además, en el intervalo de los ataques epilépticos propiamente dichos, existen perturbaciones nerviosas, más ó menos marcadas pero siempre constantes, tales como disminución de la inteligencia y cierto grado de idiotismo ó de demencia, lo cual no se observa en la eclampsia.

En cuanto al *pronóstico* de ordinario es favorable, pero en todo caso depende, de la intensidad y duración de los ataques, los cuales varían mucho según dijimos anteriormente, y del estado de las fuerzas del enfermo así como de su edad, pues en lo general ofrecen más peligro cuanto mayor sea ésta.

Si el acceso es medianamente intenso; si la congestión de la cara no es muy pronunciada; si la respiración no está profundamente turbada y la aceleración del pulso no es muy considerable, todas las probabilidades están en favor de una feliz terminación. Decimos las probabilidades de una terminación favorable, porque aun en el caso que hemos supuesto, nada se puede dar por seguro, pues hay algunos ataques que empiezan de una manera insidiosa por síntomas poco intensos, y más tarde adquieren un carácter de seria gravedad.

---

(1) Baginsky trae como signos que pueden servir para establecer el diagnóstico diferencial entre la eclampsia y la epilepsia, la sucesión de series de ataques en la última, y el hecho de zer posible encontrar en la eclampsia la causa ocasional del ataque, mientras que en la epilepsia tal causa queda de ordinario desconocida, ó si es posible encontrarla, es de distinta naturaleza que la que ha motivado las crisis de eclampsia. *Maladies des enfants.* 1892. t. II. pag. 151.

Tratamiento.—En la generalidad de los casos los ataques convulsivos simpáticos que acompañan la dentición, siempre que no se trate de violentas crisis, pasan sin tratamiento y sin graves consecuencias para el niño; en el caso contrario se debe tratar de combatir la causa bajo cuya dependencia se han desarrollado. Es necesario interrogar acerca de si la evolución dental ha sido acompañada de alguna perturbación general importante, ó si síntomas nerviosos han precedido la aparición del ataque y, caso que así hubiere sucedido, de qué naturaleza eran, pues sería raro que una enfermedad aguda del cerebro empezase repentinamente por convulsiones; es cierto que en caso de congestión cerebral intensa ó de una meningitis aguda, puede suceder que las convulsiones aparezcan desde muy temprano; pero en estos casos casi siempre se ha tenido ocasión de observar antes una especie de letargo ó un fuerte dolor de cabeza acompañado de vómito. (1)

Antes de instituír cualquiera otro tratamiento conviene hacer uso de algunos procedimientos que en ocasiones dan muy buen resultado para detener la marcha del acceso convulsivo, como la impresión del frío producido sobre la piel, ó la irrigación de un poco de agua fría sobre la cabeza.

Se tratará de calmar la inflamación y el dolor de la encía por la aplicación de un colutorio apropiado, (2) al mismo tiempo que se disminuirá la excitación nerviosa por la administración de antiespasmódicos, tal como el bromuro de potasio á la dosis de 2 á 3 gramos por 120 de vehículo, poción que puede adicionarse de 5 á 10 centigramos de almizcle. El hidrato de cloral es también una medicación con el auxilio de la cual se pueden combatir los síntomas nerviosos, administrado, ó en poción á la dosis de 1 á 2 gramos según la edad del niño, en mezcla con 30 ó 60 gramos de jarabe, en una sola toma ó en dos separadas por un intervalo de diez ó quince minutos; ó bien se aplica la misma dosis en lavativa ó bajo la forma de supositorio-

---

(1) Debe también ponerse al corriente del estado de las funciones digestivas, pues, como dijimos al tratar de los accidentes de dentición en general, hay otras causas que pueden influír en el desarrollo de los ataques convulsivos, y una de éstas es precisamente la indigestión.

(2) Debout aconseja el siguiente glicerolado, que se debe aplicar en fricciones:

Cloroformo.....	1 gramo.
Alcoholado de azafrán.....	1 id.
Glicerina.....	30 id.

M.

rio. (1) Del mismo modo es útil la administración de éter sulfúrico á la dosis de 50 centígramos en una poción con agua de azahares, ó bien aplicarlo en inhalaciones. Si los accidentes persisten, conviene colocar al niño en un baño sinapisado, por unos pocos minutos, mientras la piel se vuelve roja. Innecesario nos parece advertir que debe tenerse la precaución de no aguardar hasta producir una irritación demasiado intensa de la piel.

Algunos autores aconsejan, cuando las convulsiones se repiten muy á menudo, hacer uso de las inhalaciones de cloroformo en el momento del acceso. Al poner en práctica este procedimiento, que en la mayoría de los casos da muy buenos resultados, deben tenerse grandes precauciones, y jamás llevar la cloroformización hasta la completa relajación muscular.

El óxido de zinc, solo ó asociado al almizcle, es recomendado por la mayor parte de los autores de patología infantil, á la dosis de 25 centigramos á 1 gramo en el día. Hé aquí la fórmula que trae Bouchut :

Oxido de zinc..... 0,50 á 1 y 3 gramos.
Azúcar..... 0,50 á 1 gramo.

M. y D. en papeletas de á 25 centígramos. Para dar de dos á seis en el día.

Si á pesar de la administración de remedios los ataques no desaparecen, es necesario, para evitar su repetición, proceder á la incisión de la encía, si ésta se encuentra inflamada, muy dolorosa y el diente está próximo á perforarla. (2) Ya hemos hablado de esta breve operación en el capítulo II.

Cuando las convulsiones se han prolongado demasiado y el color cianósico de la cara, en lugar de presentarse por momentos es persistente y muy intenso, conviene para evitar la congestión encefálica, aplicar una ó dos sanguijuelas en las apófisis mastoides. Es en estas mismas circunstancias cuando el Profesor Trousseau aconseja practicar la compresión de las carótidas. (3)

---

(1) Hemos hecho uso con buen resultado de la siguiente lavativa :

Almizcle.....	0,15	centígramos.
Alcanfor.....	0,75	id.
Hidrato de cloral.....	0,40	id.
Yema de huevo, número 1.		
Agua..... ...	100	gramos.

H. D. y M.

---

(2) Si el espesor de los tejidos que separan la corona del diente de la superficie de la mucosa genjival fuere aún muy considerable, en lugar de la incisión de la encía debe practicarse una simple escarifación si se creyere conveniente para descongestionar los tejidos, lo cual produciría un pronto alivio disminuyendo la inflamación.

(3) Cuando se hiciere uso de este procedimiento, la compresión sólo debe durar, á lo sumo, 30 segundos cada vez que se haga : teniendo esta precaución puede repetirse varias veces, si fuere necesario.

OBSERVACION IX.

Niño de 25 meses de edad, natural de Bogotá, de buena constitución é hijo de padres sanos. Fue lactado al principio por su madre y más tarde por una nodriza. Ha sido atacado dos veces de diarrea, durante la erupción de los incisivos medios inferiores, y la de los superiores; ninguna otra enfermedad ha padecido. La erupción dental le empezó á los nueve meses.

Hace cinco días que este niño está agitado, llora con mucha frecuencia, no duerme casi, y el apetito ha disminuído de una manera notable. En este estado—dicen sus padres—permaneció hasta seis horas antes de nuestra visita, en que fue repentinamente atacado de convulsiones, las cuales, un momento antes de nuestra llegada, se habían declarado nuevamente con más intensidad que la primera vez. Encontramos el enfermo completamente rígido, con la cabeza hacia atrás, la cara muy congestionada y los maxilares comprimidos fuertemente el uno contra el otro; las convulsiones eran más pronunciadas en los miembros superiores. No pudiendo administrar medicamento alguno por la boca á causa del trismus, indicamos la pronta aplicación de una lavativa con hidrato de cloral y almizcle, al mismo tiempo que recurrimos al empleo del éter sulfúrico por medio de inhalaciones. Mediante dicho tratamiento el ataque cedió, y pudimos ver entonces que la encía estaba á punto de ser perforada por el canino superior derecho. Prescribimos una poción con 2 gramos de bromuro de potasio y 3 de tintura de almizcle, por 120 gramos de agua, endulzada con jarabe de cloral, para dar por cucharaditas cada hora. Formulamos además un colutorio con cloroformo para aplicarlo en la encía. Los ataques no se volvieron á repetir, y la medicación que acabamos de apuntar se sostuvo hasta que el colmillo acabó de romper la encía, después de lo cual el niño continuó bien.

Algunos meses más tarde tuvimos ocasión de observar, en este mismo niño, un ataque de convulsiones semejante al que dejamos descrito, con motivo de la salida de los molares inferiores. Ninguna otra novedad parecida se ha repetido en él, después de terminada la dentición

OBSERVACION X.

Se trata de un niño de 14 meses de edad, cuyos padres gozan de salud completa; lactado por su madre; sin ningún antecedente mórtífico que sea digno de mención; bien desarrollado, robusto, y cuya erupción dental empezó á la edad de siete meses y medio.

Este niño fue atacado repentinamente por accesos convulsivos, sin más síntomas precursores que el dolor provocado por la inflamación de la encía, á consecuencia del trabajo de erupción del premolar inferior derecho. Los accesos se han repetido con tal frecuencia que han puesto en verdadero peligro la vida del niño. Cuando fuimos llamados se nos hizo saber que había sufrido ya cinco ataques con intervalos de corta duración, y que, de

el tercero en adelante, había quedado en el estado en que se encontraba, que era el siguiente: el enfermo estaba en decúbito dorsal, con los miembros superiores un poco rígidos, la cara congestionada y de un color cianósico; insensible al ruido, á la luz, á las impresiones tactiles aun dolorosas, y en un estado de agitación no muy marcado, pero constante. La respiración, por momentos, era irregular; no nos fue posible apreciar el pulso á causa de los sobresaltos de los tendones; la temperatura de la cabeza apenas un poco más elevada que la del resto del cuerpo, que era normal.

Indicamos practicar una irrigación de agua fría sobre la cabeza, y formulamos una preparación antiespasmódica compuesta de bromuro de potasio y de tinturas etéreas de almizcle y de castóreo. Prescribimos también revulsivos ligeros en los brazos y miembros inferiores. Dicho tratamiento no produjo mejoría, y pronto un ataque apareció nuevamente, después del cual el niño quedó en el mismo estado que antes. Pusimos entonces al enfermo en un baño tibio adicionado de mostaza, y dispusimos la aplicación de una lavativa con hidrato de cloral, medicación que dio mejor resultado que la anterior, pues hubo una mejoría notable. Como la encía estaba muy inflamada, y ya era posible sentir al través de los tejidos la corona del diente que estaba próxima á la superficie, resolvimos practicar la incisión, con lo cual, y mediante una poción antiespasmódica, los ataques desaparecieron. Posteriormente la salud del niño ha sido completa.

OBSERVACION XI.

Niña de 20 meses de edad, sin antecedentes morbíficos hereditarios y lactada únicamente por su madre, que es una campesina fuerte y sana. Esta niña tuvo dos veces ataques convulsivos, primero, cuando se efectuaba la erupción de los incisivos inferiores, y más tarde cuando tuvo lugar la de los premolares; antes, y en el intervalo, ha gozado siempre de buena salud.

En esta ocasión los ataques empezaron rápidamente por rigidez, y convulsiones en los miembros superiores; pero las crisis convulsivas que han tenido lugar dos veces, han sido de corta duración. La madre nos dice que la aparición del mal no ha sido precedida sino de algo de malestar é inquietud, que ella no atribuye á accidentes de dentición, porque ordinariamente en su niña han transcurrido de dos meses y medio á tres entre la aparición sucesiva de cada grupo de dientes y sólo hace mes y medio que brotaron los últimos premolares. Sin embargo, examinando cuidadosamente la encía, pudimos convencernos de que, en esta vez, era la erupción de los caninos la que había provocado la aparición de los accesos.

Instituímos un tratamiento antiespasmódico, y la aplicación de una preparación anestésica en la encía, medicación que se sostuvo con buen resultado hasta que tuvo lugar la erupción de los caninos inferiores, la cual se verificó al cabo de cinco días. Después, la salud de la niña ha sido buena.

CONGESTIÓN CEREBRAL.

Fuera de los casos en que la congestión se presenta como fenómeno secundario en las afecciones cerebrales, ó en el curso de otras enfermedades como las fiebres eruptivas, convulsiones, etc., puede manifestarse también aisladamente, como se observa durante la erupción dental, época en la cual es posible se presente aun varias veces con ocasión de la salida de los dientes. Teniendo en cuenta esta circunstancia hemos creído conveniente, al tratar de los accidentes nerviosos de la dentición, hablar también de la congestión cerebral, cuyos síntomas pueden confundirse con el principio de una meningitis.

Síntomas.—Ordinariamente los accidentes son poco intensos, pero hay casos en los cuales se presentan con caracteres alarmantes; se inician brusca ó lentamente, y en este último caso, la congestión aguda es precedida de un ligero movimiento febril acompañado frecuentemente de constipación; la temperatura de la cabeza aumenta y el niño es presa de una constante agitación. Uno de los primeros síntomas de la congestión aguda es la cefalalgia, que puede ser continua ó manifestarse por accesos durante los cuales el niño da gritos agudos. La apreciación del síntoma á que acabamos de hacer alusión es fácil en el niño que ha llegado á cierta edad, pero no sucede otro tanto cuando aquél todavía no habla, caso en el cual deja oír gemidos constantes, al mismo tiempo que lleva su cabeza frecuentemente de un lado á otro. Comunmente los dolores son más frecuentes durante la noche. La agitación no calma ni aun con el reposo del sueño, del cual despierta con frecuencia el niño como sobresaltado. De cuando en cuando se observan ligeras contracciones de los músculos de la cara.

Tanto la luz como el ruído impresionan al enfermo de una manera notable. La conjuntiva ocular se encuentra inyectada y las pupilas cantraídas; la cara se enrojece sobretodo al nivel de los pómulos, y también el pabellón de la oreja. Cuando el cráneo no está aún completamente osificado, las fontanelas se encuentran tensas, y á su nivel se observan pulsaciones isócronas con el pulso y la respiración; tanto las venas frontales como las temporales son turgentes.

El apetito se acaba; la lengua se encuentra limpia y roja; hay náuceas y vómitos, á veces muy frecuentes, y cuya aparición en algunos casos puede preceder á todos los otros sítomas; la constipación es tenaz, y el volumen del vientre normal.

En algunos casos la temperatura de las extremidades es menor que la del tronco y cabeza lo cual podría servir para distinguir el accidente de que tratamos de la congestión sintomática que va acompañada de fiebre. Sin embargo, esta última viene de ordinario con la erupción dental, manifestándose por accesos irregulares, pero en el intervalo de los cuales el pulso conserva los caracteres de notable frecuencia, pequeñez y dureza.

Cuando los síntomas tienen un carácter de intensidad notable, se observa al principio un estado de excitación general, que se traduce por mucha agitación, movimientos, y sobresalto de los tendones al mismo tiempo que hay exageración de la sensibilidad cutánea. En algunos casos ésta excitación llega á tal grado, que puede provocar la aparición de ataques eclámpticos.

Comunmente al cabo de cinco ó seis días los síntomas ceden y la enfermedad se termina por resolución (algunas veces aun sin asistencia médica cuando el mal es poco intenso), una vez que desaparece su causa, es decir, cuando el diente ha acabado de perforar la encía; pero el niño está expuesto á ser víctima de nuevos accidentes bajo la influencia de causas aun ligeras, y así no es raro que la congestión se repita después, cada vez que sale un nuevo diente. Cuando la intensidad de los síntomas persiste, el mal puede terminar por la muerte, la cual, en tales casos, tiene lugar casi siempre del octavo al noveno día.

Diagnóstico.—El diagnóstico de la congestión aguda puede presentar dificultades por cuanto, en su principio, la meningitis se revela por síntomas que tienen con los de aquélla una notable analogía. Sin embargo, la congestión estalla casi siempre de repente, lo cual no sucede en la meningitis; además, en esta última, la fiebre con sus variaciones frecuentes, los cambios repetidos y alternados de palidez y enrojecimiento de la cara, la irregularidad de la respiración, el extravismo y la desigualdad de las pupilas, son síntomas que pueden servir para establecer el diagnóstico diferencial. Por otra parte, la lentitud é irregularidad del pulso, las *parecias* musculares y las contracturas, pueden también, más tarde, decidir el diagnóstico en favor de una meningitis.

En el niño, la congestión simple se manifiesta también, á veces, como síntoma inicial de algunas enfermedades, como la neumonía y la angina. En la primera de éstas no es posible descubrir, cuando empieza, signos que revelen su desarrollo, ni por medio de la auscultación ni de la percusión; pero en este

caso, además de la existencia de movimientos respiratorios acelerados, hay también *apnea* y una ligera tos seca, que hacen maliciar el principio de una afección pulmonar, antes de que aparezca el estertor crepitante característico del período inicial de la neumonía, lo que tiene lugar, poco más ó menos, al cabo de 24 horas.

En cuanto á la angina, dice Roger, que, "cuando un estado congestivo de los centros nerviosos, acompañado de fiebre, no pueda ser explicado por el estado local de los grandes aparatos, ni por un veneno morbífico, su causa se encontrará casi siempre en la garganta."

Antes de instituír el tratamiento, debe tenerse en cuenta también la posibilidad de la aparición de los síntomas congestivos bajo la influencia de un embarazo gástrico, caso en el cual daría buen resultado la administración de un vomitivo, seguido de un purgante. De la misma manera, es útil averiguar si el niño ha sido expuesto á un calor demasiado fuerte que haya podido dar por resultado una insolación.

Tratamiento.—El tratamiento de la congestión aguda debe llenar dos indicaciones: disminuír la hiperemia cerebral, y combatir la causa que ha provocado la aparición de la enfermedad. Para alcanzar el primer fin debe apelarse á una medicación revulsiva, con el objeto de obtener una activa circulación en puntos distantes del encéfalo y de esta manera producir la depleción de su red sanguínea. Por lo que hace á la segunda indicación, toca al médico, según las circunstancias, decidirse por la incisión de la encía, ó tratar de combatir su inflamación por otros medios. Para llenar la primera indicación se obra sobre la piel con preparaciones irritantes, á la vez que se provoca una derivación intestinal. Los miembros inferiores del niño deben ser envueltos en bayetas ó en una capa de algodón rociadas con harina de mostaza; ó bien aplicar cataplasmas sinapisadas en los muslos. También da buenos resultados por su acción rápida, en los casos de una fuerte congestión, la aplicación de un vejigatorio en la nuca, el cual debe dejarse sólo durante hora y media ó dos horas, con el objeto de no irritar demasiado la piel; esto mismo debe tenerse también presente al hacer uso de las otras preparaciones tópicas que hemos indicado, pues la irritación dolorosa aumentaría la acción refleja, de ordinario muy exagerada en semejantes casos. Cuando los síntomas son de mediana intensidad, desaparecen muchas veces con el solo hecho de poner el niño en un baño tibio, mañana y tarde.

La revulsión intestinal está tanto más indicada, cuanto

lo ordinario es que la congestión venga acompañada de constipación. Se hace uso de lavativas ó de purgantes, según las circunstancias. Hay veces que la constipación es tenaz y no cede sino al empleo de medios un poco enérgicos; en semejantes casos da muy buenos resultados la administración de un purgante de calomel, solo ó asociado con jalapa, cuya acción puede hacerse más eficaz, dando después pequeñas porciones de una infusión de sen, con intervalos de cada tres horas, hasta la producción del efecto deseado. También se ha aconsejado el sulfato de magnesia ó el fosfato de soda, disueltos en una bebida, para dar por pequeñas cantidades y con cortos intervalos, cuando la irritabilidad del estómago es considerable, caso en el cual conviene asegurar la acción del remedio por la aplicación posterior de una lavativa purgante. En todo caso es conveniente, aun cuando la intensidad de los síntomas haya disminuído, conservar la derivación intestinal por medio de laxantes, teniendo cuidado, por supuesto, de evitar el agotamiento de las fuerzas. Con el fin apuntado aconsejamos el empleo diario del maná, disuelto en leche, á la dosis de 10 á 25 ó 30 gramos según la edad del niño. (1)

Si, calmada ya un poco la intensidad de los síntomas, se encontrare aún el pulso rápido, y al mismo tiempo se observare excitación cerebral, será útil el empleo del bromuro de potasio.

Hay algunas prescripciones generales cuyo estricto cumplimiento debe vigilarse, pues aun cuando, aparentemente, sean de poca significación, de ellas depende en muchas ocasiones el buen éxito del tratamiento. La temperatura de la pieza debe ser más bien baja, de manera que el niño se encuentre siempre en una atmósfera fresca; la luz no debe ser demasiado intensa, el cuarto apenas medio iluminado; debe evitarse el ruido; es conveniente que no permanezcan en el aposento más personas que las estrictamente necesarias para atender al enfermo; la almohada debe ser alta y lo más fresca posible; (2) y, en fin, se tratará

---

(1) Charles West indica con este objeto la administración de pequeñas dosis de calomel, dos ó tres veces por día, acompañadas, cada una, de una cucharada (de postre) de la mixtura siguiente:

Nitrato de potasa.....	0.75	centígramos.
Sulfato de magnesia.....	4.	gramos.
Jarabe de limón.....	15.	id,
Agua destilada.....	32.	id.

M. S. A. Una cucharada, tres veces por día, para niños de un año.

---

(2) La mayor parte de los autores aconsejan la almohada de crín.

de procurar reposo al enfermo por cuantos medios sea posible. Es necesario conservar la cabeza fresca por medio de compresas frías, ó por la aplicación de vejigas que contengan la mitad de su capacidad de agua fría ó de hielo reducido á pequeños fragmentos, y de las cuales se coloca una encima de la cabeza y otra debajo, tomando las precauciones del caso para que la primera no ejerza una compresión demasiado fuerte; estas vejigas deben haber sido envueltas previamente en una tela gruesa. Es necesario tener el cuidado de que la refrigeración por medio del hielo sea continua, con el objeto de evitar la reacción que viene después de su suspensión brusca. Cuando no sea posible procurarse hielo, puede producirse el enfriamiento por medio de compresas empapadas en una solución volátil, que se aplicarán sobre la frente. El niño debe colocarse en su lecho, pues será más difícil conservar la cabeza fresca mientras permanezca en brazos. Cuando el pelo es abundante, conviene recortarlo antes de proceder á la aplicación del hielo.

Si los síntomas en lugar de disminuír son persistentes, aumentan en intensidad, y la temperatura de la cabeza permanece siempre superior á la del resto del cuerpo; cuando la fontanela se encuentre tensa y animada de fuertes pulsaciones; las pupilas notablemente contraídas; á la vez que el niño da con frecuencia gritos, se puede recurrir á la aplicación de una ó dos sanguijuelas según el caso, en las apófisis mastoides, siempre que el enfermo sea robusto, y se tenga, en fin, el cuidado de tomar en cuenta para la aplicación de tal procedimiento las indicaciones suministradas por la edad y el estado del niño. West aconseja extraer de una sola vez la cantidad de sangre necesaria para obtener el resultado que se desea, con el fin de evitar las sangrías varias veces repetidas que darían por resultado el agotamiento de las fuerzas. Con tal objeto, calcula suficiente una sanguijuela por cada tres meses de edad, (1) siempre que, después de desprendida aquélla, se evite que continúe el desangre.

OBSERVACIÓN XII.

Niña de 20 meses de edad, hija de campesinos perfectamente sanos, y sin antecedentes hereditarios. Tiene un hermano que padeció de varicela á la edad de dos años y medio y el cual goza actualmente de buena salud. En sus antecedentes morbíficos personales figura un ataque de convulsio-

---

(1) Una buena sanguijuela extrae, poco más ó menos, ocho gramos de sangre.

nes eclámpticas cuando tuvo lugar la erupción de los incisivos centrales superiores. Ha sido lactada por su madre. La salida de los primeros dientes se efectuó á los ocho meses de edad.

Esta niña, fuerte y de buena constitucióu, hace dos días es presa de malestar y agitación, acompañados de fiebre poco intensa, de náuseas y vómitos, á la vez que de una constipación tenaz. Frecuentemente se lleva las manos á la cabeza y da gritos agudos. La encontramos en decúbito dorsal, muy agitada, con la cara congestionada y la temperatura de la cabeza superior á la del resto del cuerpo, la conjuntiva ocular inyectada y las pupilas contraídas. La temperatura axilar es de $37\frac{1}{2}$ grados, y el pulso frecuente y fuerte. La luz y el ruído causan impresión desagradable en la enferma. Se está efectuando la erupción del primer canino, en el arco alveolar inferior, á cuyo nivel los tejidos de la encía son dolorosos y un poco irritados. Prescribimos un purgante de calomel y jalapa, seguido de pequeñas cantidades de infusión de sen mientras comenzaba á manifestarse la acción evacuante del remedio. Más tarde, con el objeto de calmar la excitación nerviosa, indicamos la aplicación de un baño general tibio de corta duración, seguido de la administración, por cucharaditas, de una poción antiespasmódica, de bromuro de potasio, tintura etérea de valeriana, con agua de azahares por vehículo ; y un colutorio para calmar el dolor de la encía. Aconsejamos, además, tener constantemente envueltos los miembros inferiores en bayetas calientes, y la permanente aplicación de compresas frías sobre la frente. Después de la acción del purgante, se tuvo el cuidado de conservar la libertad del vientre, por medio de una que otra dosis de jarabe de achicoria compuesto.

Mediante el tratamiento que dejamos apuntado, los síntomas de congestión fueron disminuyendo rápidamente, para desaparecer por completo con la erupción del colmillo.

OBSERVACIÓN XIII.

En el presente caso se trata de una niña, en la cual, como en la observación anterior, se está verificando la erupción de los caninos. Tiene 23 meses de edad y es hija de padres sanos. No hay en sus antecedentes morbíficos nada que llame la atención. Lactada por su madre. La enfermedad principió hace veinticuatro horas por la aparición repentina de vómitos, fuerte agitación, á la vez que—dice su madre—observaba un enrojecimiento considerable de las orejas. Hace 36 horas que no evacua.

Cuando fuimos llamados, la niña había sido atacada de un ligero acceso convulsivo que había desaparecido ya cuando la examinámos. La encontramos en el siguiente estado : completamente inmóvil, mucha excitación nerviosa, no soporta la luz ni el ruído, á la más ligera sensación tactil prorrumpe en llanto, de cuando en cuando da gritos agudos. Tiene la cabeza caliente y la cara muy congestionada, las pupilas completamente contraídas. La temperatura del tronco es normal ; el pulso, pequeño, duro, y frecuente. Inmediatamente dispusimos la aplicación de una sanguijuela en cada apófisis mastoides, ligeros revulsivos sobre los miembros inferiores, vejigas con hielo en la cabeza, y la administración de un purgante, seguido de bebidas laxantes. Formulamos una poción autiespasmódica. Mediante

esta medicación los síntomas congestivos disminuyeron rápidamente ; pero la cefalalgia, aun cuando no tan intensa, se prolongó por tres días más, durante dos de los cuales se aplicó hielo permanentemente. Más tarde éste fue reemplazado por compresas frías. Cuatro días después de nuestra visita encontramos visible la corona de uno de los caninos superiores, con la erupción del cual desaparecieron los últimos síntomas de congestión que aún persistían. La niña ha continuado después sana y robusta.

MENINGITIS.

La existencia de la meningitis simple, como accidente ocasionado por la erupción dental, no es admitida por los autores de patología infantil que hemos tenido ocasión de consultar. No diremos que entre nosotros sea ésta una afección frecuente ; al contrario, creemos raros los casos en que el desarrollo de tal enfermedad pueda ser relacionado directamente con la salida de los dientes, pues la mayor parte de los accidentes que, al principio, se toman como meningitis, resultan no ser otra cosa que una congestión cerebral aguda. Nosotros sólo hemos tenido ocasión de observar un caso con motivo de la salida de los colmillos, sobrevenido en buen estado de salud, en un niño robusto, bien alimentado y sin antecedentes, ni personales ni hereditarios. (1) Un ilustrado médico de esta capital nos ha proporcionado tres observaciones de meningitis aguda simple, ocurrida con ocasión de la dentición, y tomadas por él en su práctica civil ; dos de dichos casos terminaron por curación.

En cuanto á la meningitis tuberculosa, sin duda se presenta durante la erupción dental, y la mayor parte de los casos mortales de afecciones del sistema nervioso ocurridos en tal época, son debidos á aquella enfermedad que casi siempre es considerada mortal por la mayoría de los autores ; (2) pero la

---

(1) Véase la observación número XVII.

(2) Dudamos de muchos de los casos de meningitis tuberculosa seguidos de curación traídos por algunos autores. Ciertamente, el hecho de haber encontrado tubérculos en las meningeas de individuos atacados de meningitis, y que han muerto después bajo la influencia de otra enfermedad, sería una prueba decisiva de la curabilidad de la meningitis tuberculosa, pero siempre que fuera posible demostrar que la enfermedad que se creía ocasionada por el desarrollo de tubérculos en las meníngeas, no fue la causa de la aparición posterior de aquéllos, es decir, que la enfermedad no haya preparado los tejidos para el desarrollo de la manifestación local de una diátesis preexistente. Por otra parte, ¿por qué forzosamente la inflamación meníngea aparecida en un individuo en potencia tuberculosa, ha de ser de tal origen ? A este respecto dice Bouchut : " La flegmasía de las meníngeas desarrollada en un niño que tiene tubérculos cervicales ó una afección tuberculosa de la articulación de la rodilla *(tumor blanco)* no podría ser considerada como uua meningitis tuberculosa si no hay granulaciones meníngeas. Es como si se quisiese llamar neumonía tuberculosa la que sobre-

erupción dental en este caso, no ha hecho otra cosa que *despertar* una afección latente, provocar una de las manifestaciones locales de la diátesis tuberculosa; de manera, pues, que no se trata de una enfermedad especial de las meníngeas, sino de una localización de la tuberculosis miliar difusa, ó, como dice Baginsky, del "acto final de una infección general de todo el organismo por productos patológicos." Por lo que dejamos dicho, y además, por la corta extensión de este trabajo, no nos es posible tratar de la meningitis tuberculosa, la cual, por otra parte, sólo difiere de la meningitis simple, por su modo de aparición, pues es casi siempre precedida de prodromos de larga duración, ó por su curso, que es de ordinario más prolongado, y, en fin, por los antecedentes. Así, pues, nos ocuparemos únicamente de la meningitis simple.

Síntomas.—El principio de la enfermedad puede ser rápido, pero ordinariamente es precedido de algunos prodromos de corta duración; el carácter del niño cambia, padece de cefalalgia y frecuentes vértigos; hay vómitos y constipación.

Las crisis convulsivas, que estallan de un momento á otro, son caracterizadas por contracciones tónicas y clónicas. El cuello se pone rígido, la contractura de los músculos de la nuca lleva la cabeza casi por completo hacia atrás; el globo ocular gira en distintas direcciones y va, en fin, á ocultarse detrás del párpado superior; las pupilas contraídas unas veces y otras dilatadas, son de ordinario desiguales; la mayor parte de las veces hay extravismo; la respiración se interrumpe, la cara se pone roja, las conjuntivas inyectadas; los miembros superiores son agitados por convulsiones; el vientre se encuentra tenso, contraído y como excavado; durante el ataque el niño pierde por completo el conocimiento. Los accesos son de corta duración y pueden repetirse aun varias veces en el día. La fiebre es intensa y puede algunas veces pasar de 40°, presentando exacerbaciones tanto durante el día como durante la noche; por espacio de algunas horas el calor de la piel es ardiente para recuperar poco después la temperatura normal; el pulso es irregular y no guarda relación con el aumento de temperatura pues siempre es notablemente retardado; por momentos la cara

---

viene en un niño que no tiene tubérculos pulmonares, porque los hay en otros órganos. A menudo, es cierto, el médico guiado por la constitución evidentemente tuberculosa de los niños que presentan accidentes cerebrales ó toráxicos, cree poder diagnosticar una meningitis granulosa ó una neumonía tuberculosa: en efecto, que así suceda es muy probable, pero no debe temer confesar su error y rectificarlo, si la autopsia le permite demostrar la ausencia de granulaciones en las meníngeas ó en los pulmones." (E. Bouchut. *Maladies des nouveau-nés*. 1878. Pág. 202).

se pone encendida, pero este aspecto es de corta duración, pronto se cambia en una completa palidez, ó bien se pone de un color lívido, para volver después al estado anterior; estas alternativas de palidez y enrojecimiento de la cara son muy frecuentes. A menudo se observan horripilaciones; la agitación es constante. Durante el sueño, que es agitado y de corta duración, el niño ejecuta con sus maxilares frecuentes movimientos como de masticación.

La sensibilidad de los órganos de los sentidos es exagerada; el enfermo no consiente que se le toque; inmediatamente que una luz un poco viva viene á impresionar la retina, los ojos se cierran con fuerza y el paciente da signos manifiestos de desagrado; cualquier ruído es motivo de que el niño prorrumpa inmediatamente en llanto. La respiración, de la misma manera que el pulso, es irregular; hay una serie de inspiraciones rápidas y sucesivas, seguida de una interrupción que dura apenas unos pocos segundos, para volver á empezar como antes (respiración de Cheyne—Stokes).

Como dijimos, las convulsiones pueden repetirse con una gran frecuencia y ser prontamente seguidas de parálisis y, por último, de la muerte del enfermo en un corto espacio de tiempo. Otras veces, la fiebre disminuye; el buen humor del niño reaparece; recibe con gusto los alimentos y, en fin, parece que la curación estuviera asegurada; pero esta mejoría es pasajera; al cabo de poco tiempo la fiebre reaparece, acompañada de pulso frecuente é irregular, de una fuerte agitación, de gritos agudos, y seguida prontamente de nuevos accesos convulsivos acompañados de extravismo é inversión del globo ocular hacia atrás, de contracturas y parálisis, indicios de la pronta terminación fatal de la enfermedad. Terminado cada ataque convulsivo, el niño queda en un coma profundo; extraño á todo lo que lo rodea, ni la luz ni el ruído le impresionan; la sensibilidad disminuye. La parálisis se manifiesta, ó bien en la cara solamente, ó bajo forma de hemiplegia; en el primer caso, se observa ordinariamente de un solo lado, ocasionando la deformación de las facciones. La sensibilidad desaparece por completo del lado paralizado.

Cuando la enfermedad se termina por la curación, la intensidad de los síntomas nerviosos así como la fiebre disminuyen, cesan las convulsiones y un sueño tranquilo reemplaza la agitación que antes se observaba; el vientre torna á ser suave, la constipación cede, el enfermo recibe con gusto y aun reclama el alimento, la inteligencia vuelve poco á poco, y el niño empieza á interesarse á la vista de todo lo que lo rodea,

En muchos casos, los miembros que han sido atacados de parálisis recuperan, con el tiempo y gradualmente, su primitivo vigor, ó bien se observa en ellos siempre cierto grado de debilidad. (1)

Diagnóstico.—Los vómitos frecuentes, la violenta cefalalgia, la desigualdad de las pupilas y el extravismo, la fiebre acompañada de un pulso lento é irregular, las alternativas de palidez y enrojecimiento de la cara, la respiración entrecortada y suspirosa, la deformación del vientre, las convulsiones y el coma, seguidos de contracturas y parálisis, pueden servir para establecer el diagnóstico.

La enfermedad puede confundirse con la congestión cerebral aguda. Cuando los ataques convulsivos inician el conjunto sintomatológico de la enfermedad, lo que no es frecuente, puede suceder también que se crea en la existencia de simples convulsiones eclámpticas. Ya hablamos del diagnóstico diferencial de estas enfermedades.

Una afección, cuyos síntomas tienen gran semejanza con

---

(1) Rilliet y Barthez admiten dos formas en la meningitis aguda simple, *forma convulsiva* y *forma frenética.* Reproducimos aquí la breve descripción que de ellas trae Cadet de Gassicourt en su *Tratado Clínico de las enfermedades de la infancia*, 1884, (páginas 572—573),

"*Forma convulsiva.*—La enfermedad, que ataca especialmente los niños de edad muy tierna, principia por convulsiones violentas y prolongadas, sea bruscamente, sea después de algunos días de fiebre, de sopor, de agitación y de gritos. La elevación de la temperatura es considerable, la respiración acelerada. Cuando las convulsiones cesan, el niño queda agitado ó amodorrado, y algunas veces cae en un estado semi-comatoso. Se observa extravismo, contracción pupilar, trismo, algunas veces una hemiplegia bien caracterizada. El pulso se hace irregular y desigual; la cara palidece. Por otra parte, la suspension de las convulsiones es de corta duración; los accesos se reproducen y se repiten cada hora, cada dos horas ó con un intervalo mayor. Jamás hay vómitos ni constipación. En fin la terminación fatal tiene lugar ya en medio del coma, ya durante un violento ataque de convulsiones. Su duración es ordinariamente de cuatro días; puede, sin embargo, prolongarse durante dos semanas. En fin en algunos casos raros, sucede que los accesos eclámpticos, después de haberse repetido con frecuencia durante un tiempo más ó menos largo, se espacian, se hacen más raros y acaban por cesar. La curación es entonces posible.

"*Forma frenética.*—Se manifiesta de ordinario de los 5 á los 15 años. Principia bruscamente por una fiebre intensa, precedida ó nó de calofrío, por una cefalalgia violenta, que arranca algunas veces á los enfermos gritos agudos, y por vómitos abundantes y constipación. Desde el fin del primer día, algunas veces al principio del segundo ó del tercero, la inteligencia se pervierte. Después aparece la agitación, la cual alterna al principio con el sopor, pero degenera pronto en delirio sobre-agudo. Al mismo tiempo, ó poco después, se declaran, el trismo, el crujir de dientes, sobresaltos de los tendones, movimientos convulsivos parciales, rigidez de los miembros ó del tronco, inversión de la cabeza hacia atrás, extravismo y contracción de las pupilas seguida de midriasis; por rareza un violento ataque de convulsiones precede un coma profundo. Algunos individuos sucumben durante este período.

De ordinario la enfermedad sigue su curso. Del cuarto día en adelante los vómitos y la cefalalgia cesan, pero la fiebre continúa, el pulso es irregular, la respiración desigual, el vientre retraído, las evacuaciones involuntarias, la agitación excesiva, el delirio violento. Los enfermos caen en el colapso; en fin, la asfixia, el coma ó un ataque de convulsiones violentas y prolongadas ponen término á la existencia. Algunas veces hay remisiones momentáneas, otras cuasi—convalecencias, seguidas de recaídas y de muerte. La curación es muy rara; puede, sin embargo, ser completa. Pero á menudo la meningitis, cuando no mata al enfermo, le deja crueles deformidades: parálisis, contracturas de los miembros y de tronco, extravismo, hidrocefalia, idiotismo, ceguera, detención de desarrollo."

los del mal en cuestión, es la paqui–meningitis aguda. La fiebre lo mismo que las convulsiones que en esta enfermedad se observan, presentan, poco más ó menos, los mismos caracteres que en la meningitis aguda; pero el pulso, en lugar de ser lento é irregular como en la última enfermedad, es ordinariamente duro, frecuente, regular; las pupilas, contraídas, no presentan desigualdad; hay ausencia de constipación ó, al menos, no es tan marcada como en la meningitis aguda, pues lo común es que haya regularidad en las deposiciones; las parálisis son raras.

La embolía y la hemorragia cerebrales pueden confundirse con la meningitis aguda, pues los síntomas generales son los mismos; no obstante, la cefalalgia es menos fuerte, los ataques convulsivos menos intensos; el pulso muy frecuente y débil; no hay el movimiento febril ocasionado por la meningitis aguda; y, por otra parte, los fenómenos locales, bajo forma de parálisis persistentes, no tardan en aparecer; ordinariamente son manifiestos al cabo de 24 ó 36 horas.

Los tumores cerebrales se distinguen de la meningitis por su evolución, pues ordinariamente su manifestación por fenómenos generales intensos, es precedida por mucho tiempo de síntomas nerviosos cuyo desarrollo ha sido lento y gradual, como cambio de carácter, sueño profundo é interrumpido á veces como por una impresión de terror, aturdimientos, vértigos, cefalalgia y pérdida de la inteligencia. Después aparecen, de un momento á otro, vómitos, sin causa apreciable, las deposiciones se hacen irregulares y la constipación es frecuente. Comienza á ser notable la irregularidad en el pulso y la respiración. Repentinamente estallan las convulsiones, las cuales se diferencian de las que acompañan la meningitis, porque ordinariamente son más marcadas de un lado del cuerpo; una vez terminadas se puede demostrar la existencia de perturbaciones de la motilidad.

La encefalitis se distingue tanto por sus antecedentes como por su evolución.

Algunas fiebres eruptivas, como la viruela y la escarlatina, en su perído inicial, pueden confundirse también con la meningitis. En estos casos la fiebre es más intensa, se eleva más rápidamente y la cefalalgia es menos fuerte. En la escarlatina hay además el desarrollo de una angina característica. Por otra parte, debe tenerse también en cuenta la edad del niño; la escarlatina es rara antes de un año. En fin, la erupción, que no tarda en aparecer, aleja toda duda.

En la forma cerebral de la fiebre tifoidea, los síntomas presentan una notable analogía con los de la meningitis; la cefa-

lalgia es menos intensa; hay diarrea y gorgoreo en la fosa iliaca, en lugar de constipación; los vómitos no existen ó si los hay no llaman la atención por su rareza y poca intensidad; el pulso no presenta la irregularidad y retardo que en la meningitis, y, en fin las petequias de la fiebre tifoidea no se observan en la inflamación de las meníngeas.

Apenas haremos mención de la uremia, con la cual no cabe la confusión, pues en esta enfermedod, en lugar de aumento hay descenso de la temperatura, y la orina comunmente contiene albúmina.

Debe tenerse presente que la neumonía en el niño se inicia á veces por un ataque convulsivo que podría hacer creer en la existencia de una lesión meníngea.

Tratamiento.—Respecto á la higiene, lo mismo que al tratamiento por la sangría, nos referimos á lo que sobre esto se dijo al tratar de la congestión cerebral aguda. La reglamentación de la dieta debe hacerse prudentemente: cuando la fiebre es intensa y los vómitos muy frecuentes, la dieta debe ser, si es posible, rigurosa; pero una vez que tal indicación no exista, debe instituírse una dieta lo más nutritiva posible. Si el coma se prolongare y la deglución fuere imposible, hay necesidad de alimentar al enfermo por medio de lavativas. (1)

En cuanto al tratamiento externo, consiste en la aplicación de medios refrigerantes sobre la cabeza, y revulsivos cutáneos. La primera indicación se puede llenar de varios modos: haciendo uso del hielo, (2) ó por la aplicación de compresas frías; ó bien estableciendo una irrigación continua de agua fría por medio de una vasija colocada á poca altura por encima de la cabeza y provista de una llave en su parte inferior con la cual se puede graduar la salida del líquido, pero teniendo el cuidado de evitar que el agua, al desprenderse, caiga con fuerza sobre la frente del niño, inconveniente que puede salvarse, suspendiendo á la llave un cordón por el cual deslice el líquido para caer sobre la cabeza del enfermo. (3)

Los revulsivos cutáneos que deben ponerse en uso son, los

---

(1) Algunos autores aconsejan también en este caso el empleo de la sonda nasal.

(2) Véase congestión cerebral.

(3) Bouchut aconseja, cuando se quiera terminar la aplicación de la irrigación, aumentar progresivamente la temperatura del agua, con el objeto de evitar las consecuencias de la suspensión brusca de la refrigeración; y aun después de quitado el aparato, poner algunas compresas frías en la frente.

vejigatorios en la nuca, sinapismos en las piernas, pediluvios calientes sinapisados. Algunos autores indican, cuando los síntomas son intensos y no han cedido á ningún tratamiento, afeitar la cabeza y aplicar un vejigatorio volante, ó bien reemplazar el vejigatorip por unciones con aceite de croton tiglium, ó con tintura de yodo. Hemos visto aconsejado también el uso del tártaro estibiado, en pomada, para friccionar con ella varias veces el cuero cabelludo previamente afeitado, hasta producir una erupción pustulosa en una extensión de unos seis centímetros cuadrados. Con razón creemos no ha sido aceptada tal práctica que, si da buenos resultados por el momento, prolonga demasiado los sufrimientos del niño, produciendo una ulceración que puede durar varios meses en cicatrizar.

Debe tenerse en cuenta el tiempo oportuno para recurrir á los revulsivos cutáneos fuertes, como vejigatorios y sinapismos; creemos que al principio de la enfermedad, cuando la excitabilidad es muy fuerte, aquéllos no harían otra cosa que aumentarla, destruyendo así en parte los buenos efectos que podrían producir en otras circunstancias. (1)

Los baños tibios generales, durante la hipertermia, producen muy buen resultado procurando una calma notable. El agua debe estar de $38\frac{1}{2}$ á 39^{o} grados, y el niño permanecerá en el baño hasta que la temperatura de éste sea igual á la normal (37^{o}). Durante este tiempo la cabeza del enfermo debe estar cubierta con una compresa empapada en una solución, por partes iguales, de alcohol y vinagre. Al sacar el niño del baño, debe enjugársele inmediatamente con una sábana que se habrá tenido el cuidado de calentar previamente; se le abrigará de nuevo en su lecho, y se le dará una poción antiespasmódica. Es necesario tener el cuidado de cerrar las puertas del aposento, con el objeto de evitar una corriente de aire durante el baño. Para no quemar al enfermo, al contacto con el fondo ó paredes de la vasija, debe tenerse la precaución de envolverlo en una tela al introducirlo.

Al interior, con el objeto de establecer una revulsión intestinal y combatir la constipación, deben emplearse los purgantes, seguidos del uso de algún laxante con el fin de mantener siempre la libertad del vientre. Da buen resultado la administración del calomel junto con el polvo de ruibarbo á la dosis de 0,06 á 0,10 centigramos de cada uno. ó el calomel aso-

---

(1) Hemos visto recomendado por algunos autores el empleo de las fricciones mercuriales sobre el cuero cabelludo previamente afeitado, lo mismo que en el cuello y las axilas, teniendo la precaución de suspenderlas cuando hayan producido salivación.

ciado con jalapa, ó bien el aceite de ricino, el cual puede también aplicarse en lavativa para obtener el mismo resultado, cuando la irritabilidad del estómago no permitiere la ingestión de un purgante.

Para calmar el vómito se puede hacer uso de preparaciones quinadas, lo mismo que de los antiespasmódicos, como el agua de laurel cerezo, el cloroformo ó el éter, cada uno de los cuales se dará á la dosis de diez gotas en una poción, por cucharaditas; las tinturas de valeriana, de castóreo y de almizcle, también prestan buenos servicios. Es igualmente útil en tales casos el empleo de agua helada.

Cuando la intensidad de los síntomas no disminuye y las convulsiones son frecuentes, el hidrato de cloral puede ser de útil aplicación, por su acción sedativa, pues calma la agitación y provoca el sueño; se puede administrar en lavativa, ó en poción, á la dosis de 2 á 3 gramos por 100 de agua, para dar una cucharadita cada dos ó tres horas, según la edad del paciente. Los resultados de esta medicación son todavía mejores, si el hidrato de cloral se asocia con el bromuro de potasio, á la dosis de dos y un gramo respectivamente, por 120 de agua, y administrando una cucharadita cada tres horas.

Si la fiebre es intensa y acompañada de excitación cerebral, se ha aconsejado la administración de pequeñas dosis de acónito asociado á un febrífugo.

En el caso de fuerte excitación, el empleo del opio sería de utilidad por su acción sedante; pero aparte de los inconvenientes de su uso en los niños, tiene la desventaja de producir la constipación, en casos en que la libertad del vientre es tan necesaria.

Puede suceder, cuando la enfermedad se prolonga, que la debilidad llegue á ser tal que sobrevenga un agotamiento considerable acompañado de cierto estado semi-comatoso. Es entonces cuando debe apelarse á las preparaciones quinadas, y tratar al mismo tiempo de ayudar á levantar las fuerzas del enfermo por medio de una dieta nutritiva.

Terminada la enfermedad, es conveniente favorecer la reabsorción de los exudatos de las meningeas, por la administración del yoduro de potasio.

OBSERVACION XIV.

(Tomada por el Sr. Dr. Juan David Herrera).

Niña de 18 meses de edad, de constitución nerviosa, robusta, hija de padres sanos, y amamantada por su madre. Hay ausencia completa de tuberculosis. Se está verificando la erupción de los colmillos inferiores y ha sido atacada de malestar general acompañado de fiebre y constipación. Estos síntomas aumentaron rápidamente en intensidad; la fiebre presentaba remisiones matinales muy acentuadas, de tal manera que la curba termométrica era muy irregular, pues bajaba algunas veces á 37, 37 y $\frac{1}{2}$ grados por la mañana, para subir por la tarde á 40, 40 y $\frac{1}{2}$ grados; el pulso se hizo lento é irregular; había mucha agitación, movimientos constantes de los miembros y de la cabeza, sueño intranquilo y frecuentemente interrumpido, y durante la hipertermia una exacerbación considerable de los centros nerviosos. Del lado del aparato digestivo se observaba falta completa de apetito, sed y constipación tenaz; el vientre estaba deprimido. A los síntomas antes mensionados se agregaba una respiración irregular, entrecortada (respiración de Cheine–Stokes), 36 á 48 movimientos respiratorios por minuto, ligera tos bronquial, pero ausencia completa de síntomas estetoscópicos pulmonares. Las orinas eran normales.

Tratamiento.—Para combatir la constipación se hizo uso del aceite de ricino, y se prescribió una poción con valeriana, bromuro y jarabe de goma, como calmante de los centros nerviosos. Aplicación permanente de hielo en la cabeza. Durante la hipertermia baños generales á 39°, cuya duración se prolongaba hasta que el agua bajaba á una temperatura igual á la normal. Mediante la medicación apuntada, la enfermedad tuvo una terminación feliz al cabo de siete días. Después de la erupción de los colmillos la niña continuó bien, y es hoy completamente sana y robusta.

OBSERVACION XV.

(Tomada por el Sr. Dr. Juan David Herrera).

Niño de nueve meses de edad, robusto, de salud anterior buena, hijo de campesinos sanos, y lactado por su madre. No hay en su familia antecedentes hereditarios morbíficos. Principia la época de la erupción dental, por la salida de los incisivos medios inferiores. El niño ha tenido constipación y de un momento á otro es atacado de accidentes cerebrales del mismo orden que los de la observación anterior. La temperatura llegó á oscilar entre 40 y 40 y $\frac{1}{2}$ grados, pulso intermitente. Pronto estallaron ataques convulsivos seguidos de contracturas; las pupilas se dilataron; había extravismo; la respiración, irregular. A pesar de una medicación activa, el enfermo murió al tercer día. Los padres de este niño han tenido seis hijos más, todos los cuales han muerto á causa de accidentes parecidos. Hemos observado los dos últimos, ambos en idénticas condiciones.

OBSERVACION XVI.

(Tomada por el Sr. Dr. Juan David Herrera).

Niño de veinte meses de edad, de buena constitución, robusto, sano, y sin antecedentes morbíficos, ni personales, ni hereditarios. La erupción

dental se inició tardíamente. En el curso de la salida de los colmillos estalló una meningitis simple, acompañada de fuertes convulsiones, contracturas y parálisis. Este niño fue visto en junta por los Dres. Osorio y Torres, quienes de común acuerdo conmigo, juzgaron de muerte el caso. Sin embargo, gracias al tratamiento empleado en los casos anteriores, y sobre todo á los baños y aplicación de hielo en la cabeza, el enfermo se salvó, quedando un extravismo externo del ojo izquierdo, y una ligera torción del pie derecho.

El niño es hoy sano, robusto, y el extravismo y la torción del pie han ido desapareciendo gradualmente.

OBSERVACION XVII.

Niña de diez y nueve meses de edad, fuerte y sana. No encontramos, según la relación que se nos hizo, antecedentes morbíficos hereditarios. En la época de la erupción de los incisivos centrales inferiores fue atacada de una fuerte diarrea, siendo ésta la única novedad seria ocurrida en su salud. Ha sido lactada por una nodriza que da garantías tanto respecto de su salud, como de la buena calidad y abundancia de la leche. Un día antes de que sus padres hubiesen observado que se estaba verificando la erupción de los caninos inferiores, habían notado un cambio notable en el carácter de la niña : lloraba con mucha frecuencia, el apetito había disminuído, y últimamente había sido atacada de vómitos frecuentes ; todo lo cual atribuían á la falta de regularidad en sus deposiciones, las cuales últimamente se habían suspendido hacía dos días. Le habían aplicado una lavativa de aceite de ricino con el objeto de combatir la constipación, pero sin ningún resultado. Después, en pocas horas, se desarrolló una fuerte fiebre ; la temperatura subió á 40 grados, la agitación era excesiva, había una excitación considerable de los centros nerviosos : á cualquier movimienio, al menor ruido, á una luz un poco viva, la niña daba un grito y sus facciones se contraían como sobrecogida por una impresión de terror ; el vientre estaba duro y retraído. Formulamos un purgante compuesto de calomel y jalapa, una poción antiespasmódica, y dispusimos la aplicación de un baño general tibio, durante el cual se tuvo el cuidado de conservar la cabeza fresca. Veinticuatro horas después la niña fue atacada repentinamente de un acceso convulsivo, el cual se repitió dos horas más tarde. Había rigidez, sobre todo en la nuca y miembros superiores ; no pudimos observar las pupilas, pues los ojos se encontraban completamente vueltos hacia atrás ; la temperatura era de 40°, 3 décimos ; pulso muy lento é irregular ; respiración de Cheine–Stokes ; la excitabilidad de los centros nerviosos había disminuído. Prescrlbimos : una lavativa con hidrato de cloral, una poción antiespasmódica, sinapismos en la nuca y miembros inferiores, aplicación permanente de hielo en la cabeza después de recortado el pelo ; y continuamos los baños generales, en número de dos y hasta tres diarios. Se tuvo cuidado de conservar la derivación intestinal. Mediante este tratamiento las convulsiones sólo se repitieron una vez más, pero el ataque fue menos intenso. En fin, la enfermedad terminó por curación, pero los miembros superior é inferior derechos, perdieron la energía de sus movimientos, que después de seis meses no han recuperado aún.