

Diagnóstico. Se deduce de la inspección local, y en caso necesario de la comprobación del gonococcus.

Pronóstico. Por regla general es favorable, si bien que se modifica algo desfavorablemente por la larga duración del padecimiento.

Tratamiento. Ante todo debe encaminarse á combatir la causa. Están luego indicadas las bebidas abundantes con objeto de diluir la orina, y al propio tiempo los medios que calmen los dolores que provoca la micción. Una vez extinguidos los síntomas agudos, durante los cuales están indicados el reposo, las aplicaciones frías sobre el miembro, y según cómo los medicamentos anodinos, pueden emplearse las inyecciones de *acetato de plomo* (0,25 por 100), de *sulfato de zinc* (0,25 por 100) y otros astringentes, que se practican dos ó tres veces al día.

5. Criptorquidia Ectopia testis

Patogenia y etiología. El descenso del testículo desde la cavidad del abdomen al interior del escroto, pasando por el conducto inguinal, queda terminado en circunstancias normales á fines del séptimo ó á principios del octavo mes de la vida fetal, y el proceso de formación de la serosa vaginal se halla terminado en la época del nacimiento. Cuando este descenso del testículo se halla impedido por una suspensión del desarrollo ó por otra causa cualquiera, y es retenido dicho órgano en el abdomen ó en el conducto inguinal, denominase *criptorquidia* á este estado. La criptorquidia es bastante frecuente, es unilateral ó bilateral y puede ser transitoria ó definitiva.

La *ectopia* del testículo tiene lugar cuando este órgano al descender se desvía de su camino, de modo que en vez de llegar al escroto, aparece en el periné ó por debajo del arco pubiano. Las causas de la ectopia son desconocidas.

Síntomas y curso. El escroto aparece vacío, faltando uno ó ambos testículos. Cuando el testículo está retenido en el conducto inguinal, la palpación descubre en este punto un tumor pequeño, liso, de forma ovoide, fácilmente movable y dislocable; cuando está retenido en la cavidad abdominal no es asequible á la palpación sino en el caso de residir junto al anillo inguinal interno. — El *curso* ulterior es variable. En muchos casos el testículo desciende al escroto, aun dentro del período de lactancia, pero en otros este descenso se retarda algo más, siendo en general tanto menos probable, cuanto más se prolonga la retención. Los estados consecutivos son muy importantes. Cuando los testículos se hallan

retenidos largo tiempo en el conducto inguinal se perjudica ó dificulta su desarrollo y pueden también degenerar. Por otra parte, están expuestos por la situación que ocupan á los traumatismos, á la estrangulación y á la inflamación. Los testículos retenidos en el abdomen están menos expuestos á estos peligros.

Diagnóstico. El diagnóstico de un testículo inguinal ofrece á veces dificultades si existe al propio tiempo una hernia inguinal. La falta de uno ó de ambos testículos en el escroto, la fácil movilidad y reposición, la forma y la sensibilidad á la presión del testículo, son signos que deben tenerse más en cuenta para no confundirlo con una hernia. La ectopia se caracteriza por la situación anormal del testículo.

Pronóstico. En caso de testículo inguinal debe reflexionarse mucho el pronóstico y en ningún caso establecerlo favorable desde luego.

Tratamiento. Consiste en esperar tranquilamente y precaver la acción de los agentes nocivos exteriores. Por lo demás consúltense acerca de este punto los Tratados de Cirugía.

6. Hidrocele

Patogenia y etiología. El hidrocele consiste en una acumulación anormal de serosidad en la cavidad de la túnica vaginal propia, que normalmente contiene tan sólo algunas gotas de este líquido (*hidrocele vaginal*), ó en el proceso vaginal del peritoneo no cerrado todavía (*hidrocele comunicante*—KLEBS). En esta forma, la más frecuente, y que se observa principalmente durante el primer año de la vida, el hidrocele es *congenito* y debe su origen al hecho de permanecer abierto el proceso vaginal una vez efectuado el descenso del testículo; la cavidad de la túnica vaginal comunica entonces con la cavidad del peritoneo. El hidrocele *adquirido* es muy raro en los niños, siendo probablemente de origen inflamatorio y pudiendo adquirir una forma aguda ó crónica.

Una forma especial de hidrocele es el hidrocele del cordón espermático (*Hydrocele funiculi*). Preséntase raras veces y consiste en una acumulación de líquidos en una parte del proceso vaginal del peritoneo que ha quedado abierta. Se presenta bajo diversas formas: si el conducto vaginal está abierto en su parte media y cerrado hacia la cavidad abdominal y el escroto, resulta un tumor fusiforme; si existen varias estrangulaciones en el conducto vaginal, pueden existir varios quistes pequeños, redondos, comunicando eventualmente unos con otros, y si, por último, permanece abierto el conducto vaginal hacia la cavidad del peritoneo, se ori-

gina la forma designada con el nombre de *hidrocele comunicante del cordón*.

Síntomas y curso. El *hidrocele vaginal* puede ser unilateral ó bilateral. Se observa un tumor elástico, tenso, ovoidal ó piriforme, sobre el cual se deja deslizar y plegar la piel lisa del escroto, y que al trasluz presenta una marcada transparencia. El testículo reside siempre en el lado posterior del tumor, pero cuando éste se presenta muy tenso y repleto, es poco perceptible al tacto. La percusión del tumor da un sonido mate. Estando en decúbito dorsal y comprimiendo el tumor, éste se reduce (*hidrocele comunicante*) pudiendo hasta hacer retroceder todo el líquido á la cavidad abdominal, para volver luego á manifestarse exteriormente por la presión ejercida por el abdomen en el acto del llanto ó estando el niño en posición de pie. No existiendo dicha comunicación (*hidrocele adquirido*), no puede provocarse dicho fenómeno.

El *hidrocele del cordón* constituye un tumor elástico mucho más pequeño, de configuración variable, las más de las veces fusiforme; al comprimirlo tan sólo se reduce cuando el conducto vaginal comunica con la cavidad del abdomen. El testículo está marcadamente separado del tumor.

Diagnóstico. Se infiere del reconocimiento y de todo lo que acabamos de exponer. El hidrocele comunicante se distingue de la hernia inguinal por la transparencia y por el sonido mate á la percusión.

Pronóstico. Es siempre favorable.

Tratamiento. La curación espontánea es frecuente en las formas congénitas. Aquélla se favorece aplicando un vendaje herniario inguinal después de empujar todo el líquido hacia la cavidad del peritoneo. Si la curación espontánea se hace esperar largo tiempo, se punciona el hidrocele y se inyecta tintura de yodo en el saco vaciado.

7. Inflamación del testículo y del epidídimo. Neoplasmas

a) Las *inflamaciones* agudas y crónicas del testículo y del epidídimo se observan raras veces en los niños. Las causas son casi siempre traumáticas, pero estos traumatismos pueden á veces ser el punto de partida para el desarrollo de una orquitis tuberculosa. Según opinión de reputados autores (BÓKAY, STEINER, VOGEL), en los niños se observa rarísimas veces la orquitis consecutiva á la parotiditis epidémica; más frecuentes relativamente son las inflamaciones *crónicas* en caso de sífilis constitucional (DÉPRIS, HENOCH, HUTINEL y otros).

Síntomas y curso. La *sintomatología* de la orquitis y *epididimitis agudas* consiste en dolores vivos, tumefacción y tirantez de los órganos inflamados, síntomas que van acompañados de temperaturas febriles. El testículo aparece rubicundo, aumentado de volumen, duro y muy doloroso á la palpación. Preséntanse á veces náuseas, vómitos y meteorismo. La *terminación* puede ser por resolución ó por supuración. En este último caso, puede extenderse la inflamación y la supuración al cordón espermático, al tejido celular de la pelvis y al peritoneo, terminando por la muerte. La orquitis *crónica* se desarrolla lentamente, el dolor es mucho menos pronunciado, el testículo es voluminoso y duro y la piel del escroto está infiltrada. Su terminación es la induración y atrofia, y en otros casos un absceso circunscrito seguido de perforación y formación de trayectos fistulosos que sostienen largas supuraciones.

Diagnóstico. Dedúcese de los datos que proporciona la inspección local.

Pronóstico. Es favorable en los casos en que la orquitis aguda es de grados ligeros. La forma crónica permite formar tan sólo un pronóstico dudoso, teniendo en cuenta los trastornos funcionales que puede experimentar el órgano.

Tratamiento. En la forma *aguda* consiste en el reposo, en mantener bien apoyado el testículo y en la aplicación de fomentos fríos. El tratamiento de la orquitis *crónica*, y también respectivamente de la sífilítica, debe instituirse según las reglas que se darán al hablar de la sífilis. En cuanto á lo demás véanse los Tratados de Cirugía.

b) Respecto á los *tumores* y *neoplasias* del testículo, debemos decir que la *tuberculosis* es una de las formas más frecuentes. Esta procede ordinariamente del epidídimo y aparece en forma de focos caseosos, que se reblandecen más tarde, va acompañada de tumefacción, sensibilidad dolorosa del testículo, provoca más tarde abscesos y la formación de fistulas pertinaces de las que se evacuan masas caseosas que contienen los bacilos de la tuberculosis. La tuberculosis del testículo se desarrolla también á veces en niños predispuestos á ella consecutivamente á la acción de agentes traumáticos.

Entre las demás neoplasias que se han observado en el testículo infantil, debemos mencionar los *carcinomas* (TRÉLAT, SCHLEGTENDAHL), los *sarcomas* (GIRALDÉS, GUERSANT), los *dermoides* (CORNIL y BERGER), y los *encondromas* (PONSANT) que son ya menos frecuentes.

Respecto al tratamiento de estas neoplasias véanse los Tratados de Cirugía.

E. Órganos genitales femeninos

1. Oclusión de la hendidura vulvar

La oclusión de la hendidura vulvar, y respectivamente de los pequeños y grandes labios, depende de un proceso análogo al de la oclusión del prepucio, encontrándose con mucha frecuencia en las niñas recién nacidas. Puede ser *total* ó *parcial*, más ó menos *floja* ó *sólida*, y en ocasiones tan completa que en el acto de la inspección no es posible ver la entrada de la vagina ni tampoco el meato urinario. En la mayoría de casos están adheridos tan sólo los pequeños labios, en otros únicamente los grandes labios y con menos frecuencia ambos á la vez. Este estado va seguido de trastornos de la micción y hasta de retención completa de orina que puede hacer peligrar la vida.

El *pronóstico* depende del grado de la oclusión y el *tratamiento* consiste en separar mecánicamente las partes adheridas por medio de una sonda roma y en caso necesario con el bisturí.

2. Menstruación precoz ó prematura

Las hemorragias precoces de los genitales de las niñas pequeñas son bastante frecuentes, habiéndose también observado ya en los primeros días ó semanas de la vida, si bien que en muy contadas ocasiones (SOLING, KERKRING).—La menstruación precoz se ha observado de ordinario desde el tercero al décimo año de la vida. Su duración es cada vez de uno ó varios días; se repite cada tres ó cuatro semanas, cada mes ó cada cuatro ó cinco meses; es á veces abundante y va acompañada de otros síntomas de la menstruación, como son, dolores, malestar, intumescencia de las mamas y á veces también fiebre. En algunos de los casos observados quedó regularizada en lo sucesivo la menstruación precoz; en otros desapareció, pero persistiendo otras molestias, principalmente estados congestivos (TULPIUS). Los genitales externos y las mamas acusaron en algunos casos un notable desarrollo y en otros llegó á presentarse el embarazo. No es raro que estas menstruaciones precoces vayan seguidas de clorosis.

En lo que concierne al *diagnóstico*, debe tenerse presente la repetición típica de estas hemorragias para distinguirlas de las que pueden presentarse con otro carácter en los genitales.

El *tratamiento* de la menstruación prematura de las niñas pequeñas consiste en cuidados dietéticos é higiénicos y en el reposo en cama durante el período crítico. En caso de hemorragias profusas puede administrarse el *cornexuelo de centeno* ó la *ergotina* BOMBELLON (CXVIII), y en los períodos intermedios los *preparados ferruginosos*. Muy recomendables son los ejercicios gimnásticos bien dirigidos y continuados, cuya eficacia se ha observado muchas veces suspendiéndose, á beneficio de los mismos durante meses y años la menstruación precoz y aumentando el desarrollo del cuerpo y las fuerzas musculares (HENNIG).

Independientemente de la menstruación precoz se observan á veces *hemorragias vaginales* en las recién nacidas y niñas pequeñas. Estas no son nunca profusas, sino á gotas, desaparecen en pocos días y no tienen consecuencias ulteriores (VOGEL, BILLARD, BEDNAR, V. BITTER).

3. Flujo blanco. Leucorrea. Vulvo-vaginitis. Colpitis

Patogenia y etiología. La inflamación catarral de la mucosa de las vías genitales es una afección bastante frecuente en las niñas pequeñas. Es indudable que en una serie de casos es debida á una infección blenorragica *específica*, conforme lo han atestiguado un gran número de observaciones publicadas en los últimos años por diversos autores. Se origina y se propaga por transporte directo por parte de los padres y hermanos (dormir juntos) ó con el virus de objetos contaminados (juguetes, esponjas) y constituye un padecimiento tenaz y difícil de extirpar, sobre todo en los institutos, pensionados y hospitales de niños. Ofrecen una receptibilidad especial para la forma infectiva los niños que padecen de escarlatina ó acaban de sufrirla.

En otros casos la leucorrea *no* es de naturaleza *específica*, se presenta principalmente en niñas escrofulosas ó anémicas, sin causa apreciable ó por causas mecánicas accidentales (introducción de cuerpos extraños ó de oxiuros en la vagina, estupro), ó también por falta de limpieza, ó por efecto del onanismo y de la masturbación.

Síntomas y curso. En la forma *infectiva*, los grandes y pequeños labios, el himen y la entrada de la vagina, así como el meato urinario aparecen rubicundos, tumefactos, dolorosos al tacto, los labios están parcialmente excoriados y cubiertos frecuentemente de una secreción concreta. De la vagina fluye gota á gota pus amarillento, espeso, que irrita y corroe la piel circunvecina. En las células del pus se encuentra el gonococcus de NEISSER. La irritación catarral intensa se complica á veces

con infiltración inflamatoria, tumefacción y tirantez considerable y formación de abscesos en los labios de la vulva. También pueden originarse, por imprudencia ó falta de limpieza, oftalmías purulentas específicas por autoinfección.

En la leucorrea *no específica* de las niñas anémicas faltan frecuentemente los síntomas inflamatorios de los genitales externos, y la secreción es de color gris amarillento, filamentosa y mucosa.

El *curso* es prolongado en ambas formas, y raras veces la *duración* de la enfermedad es de menos de cuatro semanas, siendo ordinariamente de seis á diez semanas ó de algunos meses, sobre todo en la forma infectiva. La *terminación* es favorable, pero las *recidivas* son frecuentes, principalmente cuando la causa de la leucorrea es el onanismo.

Diagnóstico. Se deduce del examen externo de los genitales, eventualmente del bacteriológico, así como de los síntomas locales descritos.

Pronóstico. Es favorable si se instituye el tratamiento adecuado.

Tratamiento. Consiste en primer lugar en una buena limpieza de los genitales por medio de lociones diarias, baños de asiento tibios y aseo de la cama. Deben luego eliminarse los factores etiológicos, y aislarse en seguida los enfermos cuando la forma de la afección es infectiva. Para combatir la afección en sí, muéstrase sumamente eficaz el tratamiento *local* continuado con constancia, mediante abundantes lavados de la vagina, repetidos dos ó tres veces al día, con 1 litro ó 1 1/2 litro de *solución de sublimado* (1 por 1000—1/2 por 100) ó de *ácido fénico* (1 por 100 ó 2 por 100), ó de *sulfato de zinc* (1/2 por 100) ó de *alumbre* (5 por 100), y por otra parte insuflaciones de *polvos de yodoformo* ó la aplicación de pequeños cilindros de yodoformo (POTT). Las excoriaciones en los labios y en la piel vecina, se combaten con pomadas ó polvos de ácido salicílico; los abscesos flemonosos deben incindirse, y en caso de anemia, escrofulosis, etc., podrá coadyuvarse á la acción del tratamiento local, mediante la administración de los preparados de hierro y de yodo, el aceite de hígado de bacalao, una alimentación fuerte y corroborante, la estancia en el campo, etc.

Difteria y gangrena de la vulva. La *difteria* de la vulva puede ser *primaria* ó *secundaria*, siendo unas veces uno de los diversos síntomas del proceso diftérico, y observándose otras veces junto con otras enfermedades infectivas graves (escarlatina, sarampión, piohemia, etc.), sobre todo en los hospitales de niños y en las casas de expósitos, pudiendo en general decirse que no es una afección rara. En la mucosa genital se desarrollan pseudomembranas blanco grisáceas en forma de pequeñas man-

chas ó de focos mayores y confluentes, cuya aparición va acompañada de fiebre intensa y de otros síntomas generales graves. Estas membranas se destruyen rápidamente; son al principio difíciles de desprender de la mucosa y dejan tras sí excavaciones planas que pronto vuelven á cubrirse de nuevas membranas. La mucosa vaginal segrega al propio tiempo un líquido amarillo grisáceo, pútrido ó gangrenoso, que corroe la piel vecina. El curso ulterior conduce ordinariamente á la muerte en corto tiempo y en medio de síntomas adinámicos.

La *gangrena* puede desarrollarse en las úlceras aftosas, en las inflamaciones erisipelatosas y flemonosas de los genitales, que padecen las niñas caquécticas que se encuentran en malas condiciones higiénicas y sufren á la vez una de las enfermedades antes mencionadas. La gangrena ofrece un carácter húmedo. Su desarrollo es á veces rapidísimo y se inicia generalmente en los grandes labios en forma de vesícula negruzca que luego estalla, segrega una sanies gangrenosa y convierte pronto todo el tejido en una masa descompuesta y sumamente fétida. Las enfermitas se colapsan y perecen en pocos días. En los cadáveres se encuentran con frecuencia embolias en el bazo y en los riñones.

El *tratamiento* de ambos estados debe encaminarse á sostener las fuerzas. En estos últimos años se han publicado bastantes casos de difteria de la vulva en los que las inyecciones de suero antidiftérico fueron seguidas de éxito. Se recomienda localmente una rigurosa antisepsis con *soluciones de sublimado* y de *ácido bórico* ó el espolvoreamiento con yodoformo; en la gangrena deberemos además recurrir al empleo enérgico del termocauterio ó del *galvanocauterio* con el consiguiente tratamiento antiséptico.

Neoplasias. Los tumores procedentes de la *vagina* y del *útero* son muy raros en la infancia y en los casos observados hasta ahora fueron casi siempre congénitos. Según la estadística reciente de SÄNGER, por orden de frecuencia ocupan el primer lugar los *sarcomas*, el segundo los *papilomas* benignos, y el tercero los *carcinomas*. Los síntomas observados fueron dolores, flujo vaginal, trastornos de la micción, retención de orina, uremia, consunción general terminadas por la muerte. Respecto á su forma exterior estos tumores ofrecieron casi siempre el aspecto de excrecencias poliposas arracimadas ó pediculadas. Algunos de los papilomas benignos fueron extirpados con éxito.

Los tumores de los *ovarios*, á saber, los *carcinomas* y los *sarcomas*, se han observado raras veces en la edad infantil. Relativamente más frecuentes son los *quistes del ovario*, en forma de simples quistes unas

veces, y de quistes dermoides otras veces; su sintomatología es la misma que en los adultos. Se ha practicado también varias veces la ovariectomía seguida de éxito, hasta en niños muy pequeños, como por ejemplo, en uno de veintiún meses, por RÖMER.

4. Onanismo

Patogenia y etiología. En los niños de uno y otro sexo es frecuente la costumbre de hacerse toda clase de frotaciones en los genitales con la mano, con los dedos ú otros objetos, con el objeto de lograr consciente ó inconscientemente una sensación voluptuosa. El nervosismo (histerismo), el mal ejemplo ó instinto de imitación desempeñan en este concepto un papel importante. Como causas ocasionales obran por una parte, las dermatosis pruriginosas de los genitales externos y los oxiuros emigrantes; por otra parte las narraciones é imágenes obscenas, lo cual induce al niño en el primer caso á rascarse y frotarse continuamente ó con frecuencia en los genitales, y en el segundo caso á satisfacer su fantasía con imágenes inmorales. El onanismo se observa ya en período muy precoz de la infancia, en los niños de pocos meses (HIRSCHSPRUNG, KRAFFT), especialmente en las niñas, en la segunda mitad de la infancia, sobre todo en las escuelas, institutos y pensionados. Sus causas residen en parte en una aptitud neuropática, y en parte también en la falta de limpieza de los niños, en la mala educación, en la deficiencia de la higiene escolar y no menos en la corrupción por otros niños. El onanismo se observa con más frecuencia en las niñas de uno á ocho años, y en los niños de siete á catorce años.

Síntomas y curso. Los niños pequeños accionan de varios modos en el onanismo. Algunos, sobre todo las niñas, se frotan directamente la vulva con sus manecitas, otros hacen movimientos de balance rítmicos y continuos de la mitad superior del cuerpo (HEXOCH), se mueven continuamente estando sentados ó rozan los muslos el uno con el otro. Durante este acto se congestiona la cara, y la marcada erección del pequeño pene va acompañada de movimientos respiratorios rápidos, brillantez de los ojos y rubicundez de las mejillas (JAKOBI). Estos estados de excitación sexual se repiten á menudo en las veinticuatro horas. En los niños mayores el pene aumenta en longitud y en grueso por efecto de las frecuentes manipulaciones; pueden hasta producirse eyaculaciones con salida de un líquido mucoso (jugo prostático ó semen?). En las niñas se desarrolla frecuentemente flujo blanco. El desarrollo corporal y psíquico sufre detri-

mento en muchos niños, aunque no en todos; pierden el apetito, se ponen pálidos, relajados, ojerosos y enflaquecen considerablemente, sobre todo de las extremidades inferiores; el niño pierde además su primitiva jovialidad y se hace huraño y receloso. Además de estas particularidades físicas y morales, otros autores (SCHMUCKLER) indican otros síntomas *objetivos* en los onanistas, á saber, falta de reflejo rotuliano (RIENZI), relajación de la extremidad del pene, debilidad del reflejo del cremáster y ulceración de cicatrices recientes (PONTIER). — Las consecuencias del onanismo son ante todo la debilidad nerviosa, la debilitación de las funciones sexuales y los instintos sexuales contra natura.

Diagnóstico. Es fácil siempre que es posible sorprender in fraganti á los onanistas, pero á veces es muy difícil en los niños muy pequeños. Una observación minuciosa y repetida, guiada por los síntomas indicados, podrá facilitar en tales casos el establecimiento de un diagnóstico seguro.

Pronóstico. Depende de las causas y de la posibilidad de combatir-las, siendo en general favorable.

Tratamiento. Se requiere ante toda la simple instrucción higiénica de los niños en las casas y en las escuelas (conveniencia de los médicos escolares!). El tratamiento debe encaminarse á suprimir las causas. Es indispensable una severa vigilancia diurna y nocturna de los niños. Los onanistas deben dormir en una cama dura y con poco abrigo, no manteniendo los brazos debajo de las cubiertas. Deben someterse además á lociones frías diarias, á los paseos al aire libre y á los ejercicios corporales, vigilando sus lecturas y eligiéndolas convenientemente. Para combatir la anemia consecutiva están indicados los preparados de hierro y de quina y la dieta corroborante.

ARTÍCULO SEXTO

ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

1. Reumatismo articular agudo. Poliartritis aguda

Patogenia y etiología. El reumatismo articular agudo es una enfermedad general acompañada de fiebre, de tumefacciones articulares múltiples y frecuentemente de cardiopatías y de otras complicaciones. Desconócese todavía su verdadera naturaleza, pero las nuevas investigaciones inducen á creer que en la poliartritis aguda se trata de una enfermedad infectiva *miasmática*, es decir, de una enfermedad casera, que no depende de enfriamientos, sino que más bien aparece en muchos individuos en ciertas épocas, ó sea al disminuir las neblinas, y cuyo virus se presenta en el subsuelo de ciertas casas, desde el cual es transportado á las habitaciones por la corriente de aire (EDLEFSEN, JÜRGENSEN, QUENSTÄDT, FETIKAMP, HIRSCH y otros), en circunstancias favorables y en determinadas épocas (en caso de sequedad del subsuelo). El reumatismo articular agudo se observa con más frecuencia en los niños más allá de los cinco años; no obstante, se han observado casos típicos de esta enfermedad en más tiernas edades, como por ejemplo, en niños de nueve á trece semanas y hasta en recién nacidos, cuyas madres habían sufrido poliartritis aguda. Estos últimos casos en que el transporte de la enfermedad hubo de verificarse dentro del útero, corroboran la opinión de que el reumatismo articular agudo es una enfermedad infectiva. — Otros factores etiológicos son, *verbi gratia*, la *herencia*, ó sea el hecho de que ciertas familias presentan á través de varias generaciones una predisposición especial al reumatismo articular agudo, y también los *traumatismos* que influyen frecuentemente como causas ocasionales en la producción de la enfermedad (GERHARDT). Ésta afecta por un igual á los niños de ambos sexos.

Anatomía patológica. En los casos leves se encuentran la sinovial y los ligamentos ligeramente inyectados, y la sinovia poco aumentada; en los casos graves existe rubicundez intensa de las superficies articulares, tumefacción y engrosamiento de las vellosidades, y en las cavidades articulares un exudado serofibrinoso purulento ó simplemente purulento. La cápsula y el tejido periarticular están engrosados é infiltrados de serosidad. Las investigaciones *bacteriológicas* han demostrado, en algunos casos, la presencia de estafilococos, estreptococos y pneumococos en el exudado articular y en la orina (GUTTMANN, SAHLI, SINGER), en otros casos microorganismos no bien conocidos y en algunos no existía microorganismo alguno. — En cuanto á las alteraciones del corazón véase lo que hemos dicho al estudiar la endocarditis y la pericarditis.

Síntomas y curso. El síndrome es el mismo que en los adultos, pero en los niños el curso de la enfermedad es generalmente más suave y menos duradero. Precedidos ó no de prodromos que se traducen en forma de abatimiento general, dolores reumatoides en los miembros y malestar, se presenta fiebre más ó menos intensa (38'5 á 39'5), pulso acelerado, agitación, tumefacción en diversas articulaciones, las más de las veces del pie y de la rodilla; al propio tiempo, y mientras desaparece la tumefacción de las articulaciones primeramente atacadas, se presentan otras, unas veces con rapidez y otras con lentitud en las articulaciones de las extremidades superiores, más adelante en las de las vértebras y á veces también en las de los maxilares. La piel de las articulaciones atacadas está poco ó nada rubicunda, pero la tumefacción es considerable en no pocos casos, las articulaciones están inmóviles y son sumamente dolorosas al intentar en ellas movimientos activos y pasivos ó al más ligero contacto. El proceso exudativo va acompañado de fiebre irregular, inapetencia, orina concentrada, escasa y abundante en uratos, sudores profusos é insomnio, y pronto los enfermos quedan anémicos y débiles.

El *curso* ulterior es variable. En la mayoría de casos disminuyen las tumefacciones y los sudores al cabo de ocho, diez ó doce días, y con diuresis abundante, aumento del apetito y realzamiento del estado general, empieza el período de convalecencia; durante algún tiempo persiste la anemia, la debilidad muscular y la dificultad de los movimientos, y por regla general persiste también marcada propensión á las recidivas. Ciertos casos se caracterizan por la escasa intensidad de los síntomas generales y locales, las tumefacciones y la sensibilidad dolorosa existen tan sólo en algunas

articulaciones y en grado moderado, extinguiéndose el proceso en seis ó siete días (*formas abortivas*). Son raros los casos graves en que las múltiples y sucesivas tumefacciones articulares transcurren con fiebre intensa, síntomas tifóidicos, delirio y convulsiones, y que en medio de un estado de colapso, terminan por la muerte en pocos días; asimismo son raros los casos en que la exudación termina por supuración de las articulaciones atacadas y tras de un curso muy prolongado sobreviene la muerte.

Ofrecen especial interés las *complicaciones que pueden sobrevenir por parte del corazón*, sobre todo del endocardio, con menos frecuencia del pericardio, complicaciones que suelen presentarse en los niños con más frecuencia que en los adultos. Casi todos los autores están de acuerdo respecto á la frecuencia de la afección cardíaca, que fluctúa, según las diversas estadísticas, entre 30 y 56 por 100, y con respecto á la que debemos decir que es tanto más digna de tenerse en cuenta cuanto que no es raro observarla en caso de localizaciones desposeídas de importancia (ROGER). La cardiopatía se presenta en un período precoz ó tardío de la poliartritis aguda, á veces después de repetirse varias veces el proceso, afecta por regla general el aparato valvular del corazón izquierdo y sólo excepcionalmente la válvula tricúspide. — Otras *complicaciones* durante el curso del reumatismo articular agudo, como la pneumonía, la pleuritis, la meningitis, etc., son raros en los niños. En cuanto á las conexiones del proceso reumático con la corea, véase lo que indicamos al tratar de esta última enfermedad.

Diagnóstico. En los niños ya algo crecidos no presenta dificultad ninguna. Aparte del cuadro sindrómico típico, las tumefacciones articulares reumáticas, vis á vis de las formas traumáticas, sépticas y pihémicas, se caracterizan preferentemente por afectarse á la vez varias articulaciones y por propagarse á saltos la tumefacción de una articulación á la otra. En cambio, el diagnóstico puede ofrecer dificultades en los niños muy pequeños, lográndose establecerlo tan sólo con una inspección y observación minuciosas. De importancia diagnóstica son los casos raros en que la enfermedad transcurre en forma de *monoartritis* y únicamente al aparecer más tarde la afección cardíaca ú otras tumefacciones articulares, es posible aseverar el origen reumático del padecimiento (ROGER).

Pronóstico. Dado el curso generalmente leve y corto de la enfermedad y la poca frecuencia con que se presentan casos graves en la infancia, el pronóstico es en general más favorable que en los adultos, pero en cambio se agrava por el hecho de ser mucho más frecuentes en los niños las complicaciones cardíacas y las recidivas.

Tratamiento. En el concepto *profiláctico* debemos principalmente aconsejar la residencia en habitaciones sanas y secas para evitar las humedades y procurar una mayor resistencia del cuerpo á las variaciones atmosféricas mediante el empleo racional de lociones y baños fríos. En cuanto al tratamiento en sí, diremos que en la actualidad se ha simplificado mucho dada la acción específica de los *preparados salicílicos*. Con algunas tomas de *salicilato de sosa* (CXXXIII) sobreviene en la mayoría de los casos una mejoría notable, ya en las primeras veinticuatro horas. Este medicamento debe seguir administrándose algunos días después de desaparecer las molestias y las tumefacciones articulares, pero siempre con intervalos mayores (cada tres á cuatro horas). Generalmente bastan 3 á 5 gramos de esta substancia. En los casos en que el salicilato de sosa fracasa ó provoca efectos secundarios desagradables (delirio, debilidad cardíaca) hemos visto repetidas veces una acción favorable y pronta de la *salipirina* (CXXXIV). Otros autores han empleado con igual resultado la *antipirina* (CXXXV), el *salol* (CXXXVI), la *talina* (CXXXVII) á la misma dosis. Por otra parte, dan buenos resultados los envoltorios de las articulaciones con algodón en rama y el reposo. La *dieta* ha de ser suave y no irritante, y más tarde tónica y reparadora, para combatir la anemia que ha quedado, debiéndose á la vez recurrir con este mismo objeto á los preparados ferruginosos, á la permanencia en el campo, etc.

El tratamiento de las complicaciones (endocarditis, etc.), puede verse en los respectivos capítulos.

CXXXIII. Rp. Salicilato de sosa. 0,05 á 0,10
Azúcar. 0,10

Para una papeleta: reitérese nueve veces. — Dése 1 papel cada una ó dos horas.

CXXXIV. Rp. Salipirina (RIEDEL).. 0,10

Para una papeleta: reitérese nueve veces — Dese 1 papel cada una ó dos horas.

CXXXV. Rp. Antipirina. 0,10

Para una papeleta: reitérese nueve veces. — Dése 1 papel cada una ó dos horas.

CXXXV. Rp. Antipirina. 2,0
Agua destilada. 100,0
Jarabe de fram buesas. 10,0

M. s. a. Una cucharadita cada una ó dos horas.

CXXXVI. Rp. Salol. 0,10

Para una papeleta: reitérese nueve veces. — Dése 1 papel cada una ó dos horas (SAHLI, NENCKI).

CXXXVII. Rp. Sulfato de talina. 0,30
Azúcar. 5,0

M. y divíd. s. a. en X papeletas iguales — Dése 1 papel cada una ó dos horas (BIEDERT).