

## ARTÍCULO DÉCIMO (1)

### ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO

#### A. Afecciones oculares

##### 1. Blefaritis. Blefaradenitis

La blefaritis consiste en una inflamación de la piel y de las glándulas del párpado. Puede presentarse bajo dos formas: la *seborrea* del borde palpebral y el *eczema* del borde palpebral.

a) *Seborrea del borde palpebral*. El borde de los párpados está engrosado y rubicundo; está asimismo cubierto de escamillas abundantes y de costras amarillas, procedentes de la secreción exagerada de las glándulas. Al quitar las escamas y las costras, aparece la piel rubicunda y cubierta de una fina capa epidérmica. La afección determina prurito, y el niño se frota frecuentemente los párpados. Es muy frecuente y suele observarse en los niños anémicos y escrofulosos. — El *tratamiento* es ante todo *profiláctico* y consiste en evitar el contacto del polvo, del humo, del calor radiante, etc.; además, se combatirá la anomalía constitucional que presenta el enfermo. Localmente se harán caer con cuidado las escamitas y las costras por medio de lociones calientes, y luego se aplicará sobre el borde palpebral una pomada de *precipitado* amarillo (CCVI).

b) *Eczema del borde palpebral*. Esta afección consiste en la erupción de pequeñas vesículas y pústulas en el borde palpebral, acompañada de formación de costras amarillas, de aglutinación de las pestañas, de engrosamiento, rubicundez é infiltración del borde libre de los párpados. Debajo de las costras se encuentra el borde palpebral enrojecido, húmedo, cubierto de ulceraciones superficiales ó profundas. Esta afección

(1) En esta parte nos ocuparemos solamente de las enfermedades oculares, auriculares y auditivas más importantes y que se observan con más frecuencia en los niños.

se observa todavía con mucha frecuencia en los niños escrofulosos, y va acompañada generalmente de eczema de la cara, de la cabeza, de la oreja, etc. La suciedad, la falta de cuidados al principio de esta afección aumentan la intensidad del mal y favorecen su extensión. La pérdida parcial de las pestañas por efecto de la supuración de los folículos pilosos, las modificaciones de forma y posición del borde palpebral, la implantación anormal de las pestañas (*triquiasis*), la hipertrofia y la induración del tejido celular subcutáneo (*tilosis*), el entropión y el ectropión: tales son las consecuencias posibles del eczema del borde palpebral, cuando evoluciona de un modo crónico y presenta alternativas de mejoría y de agravación.

Lo mismo que en la seborrea, el *tratamiento* debe ser sobre todo *profláctico*. Una vez desarrollada la afección, se prescribirá una grandísima limpieza del ojo y se hará aplicar localmente la *pomada de precipitado amarillo* (CCVI). Si existen ulceraciones bastante profundas, deberán tocarse ligeramente una por una, cada dos ó tres días, con un lápiz de nitrato de plata bien afilado. Cuando después de persistir durante largo tiempo, la afección ha determinado tilosis, es útil pincelar cada dos ó tres días el borde libre de los párpados con *tintura de yodo*; se procurará hacer penetrar la punta del pincel en cada uno de los surcos cicatriciales, pero no en el saco conjuntival (HORNER). Gracias á este tratamiento, los casos, aun siendo rebeldes, pueden curarse en quince días.— El eczema escamoso, que persiste después de la curación, debe combatirse con la aplicación diaria, prudente, sobre el borde palpebral, de *pomada de brea* ó de *aceite de brea* todo lo más espeso posible, por medio de un pincel. Si existe simultáneamente eczema de la cara ó de otras regiones de la cabeza, se tratarán con el mayor cuidado. En cuanto á la *triquiasis*, el *entropión* y el *ectropión*, su tratamiento incumbe al especialista.

CCVI. Rp. Bióxido amarillo de hidrargirio (precipitado amarillo) . . . . .	0,10
Vaselina . . . . .	10,0

M. s. a.

## 2. Conjuntivitis y queratitis flictenosa

La inflamación flictenosa de la conjuntiva y de la córnea se caracteriza por la aparición, en el tejido de la conjuntiva ó en el tejido subepitelial de la córnea, de uno ó varios nodulitos del tamaño de un grano de arena ó de un grano de cáñamo. Su presencia va acompañada de dolores

más ó menos violentos, de lagrimeo abundante y de fotofobia; por lo común la afección es bilateral.—Esta variedad de oftalmía ha sido también designada con el nombre de oftalmía *escrofulosa*, por observarse con mucha frecuencia en niños escrofulosos. Recidiva á menudo y en algunos casos es muy rebelde. Sin embargo, la conjuntivitis flictenular se encuentra también en niños no escrofulosos, sea á consecuencia de la acción directa de ciertos agentes nocivos sobre el ojo (aire impuro, polvo, transporte de pus eczematoso, etc.), sea como enfermedad esencial.—La oftalmía flictenular se observa sobre todo durante los primeros años de la vida, hasta el quinto ú octavo año aproximadamente. Ciertas influencias atmosféricas, en particular el enfriamiento rápido, favorecen su desarrollo. Es frecuente observar que los niños que sufren esta afección, presentan simultáneamente rinitis crónica, otorrea, eczema de las mejillas, de la cabeza ó de la nariz. Con frecuencia se declara la afección durante la convalecencia de un exantema agudo (sarampión).

*Síntomas y curso.* La oftalmía flictenular puede quedar limitada á la *conjuntiva*, ó bien extenderse ulteriormente á la *córnea*, ó bien atacar *primitivamente* á esta última. En cada uno de los tres casos, el proceso local se presenta con caracteres diferentes.

a) Cuando las flictenas se producen sobre la *conjuntiva* y á *distancia* del limbo corneal, se observa alrededor de la pequeña elevación, que en su origen es lisa y de color grisáceo ó gris rojizo, una hiperemia muy marcada de los vasos de la conjuntiva. Al cabo de algunos días el epitelio, que revestía la punta de la pequeña papulita, cae, y entonces aparece ésta en forma de pequeña ulceración crateriforme, amarillenta. Poco á poco, la elevación se aplanan, el revestimiento epitelial se regenera, la inyección vascular disminuye, así como los síntomas subjetivos, y en el espacio de seis á ocho ó diez días queda completamente terminada la evolución de la flictena. — Cuando la erupción se produce junto al *limbo* de la córnea, la rubicundez y tumefacción de la conjuntiva son más considerables y los síntomas subjetivos más marcados, especialmente en los casos en que se producen varias flictenas á poca distancia una de otra. En estas condiciones, el borde de la córnea está fuertemente inyectado y en ocasiones se enturbia. Además, cuando las flictenas se transforman en ulceraciones crateriformes, se desarrolla un borde ulceroso en la proximidad de la córnea, ó bien, al mismo tiempo que se desarrollan debajo del epitelio vasos dispuestos en fascículos, la flictena se extiende hacia el centro de la córnea. A veces se observan sobre la córnea varios de estos fascículos vasculares. Esta *“querati-*

*tis fasciculada*» va acompañada de fotofobia muy intensa y de blefarospasmo.

b) Cuando las flictenas se desarrollan primitivamente en la *córnea*, la afección resultante puede presentar un desarrollo variable. A veces existe solamente una flictena en forma de pequeña elevación grisácea subepitelial. Al caerse el revestimiento epitelico, se observa una erosión gris ligeramente excavada, que se nivela luego con el resto de la *córnea* gracias á la regeneración del revestimiento epitelial. Durante toda la evolución del proceso no existe inyección vascular. En otros casos y cuando se han desarrollado varias flictenas, la *córnea* presenta pérdidas de substancias bastante profundas. Unas veces, éstas se regeneran lentamente y se revisten de epitelio, dejando frecuentemente una opacidad pasajera ó permanente de la *córnea*, sobre todo cuando ocupan el centro de la misma. Otras veces, por el contrario, la úlcera se extiende considerablemente, y entonces se produce una intensa inyección vascular, el proceso se extiende al iris, y da lugar á un hipopión, á la perforación, al prolapso del iris, etc.

*Pronóstico.* Depende en primer término de la participación de la *córnea* en el proceso ulcerativo y de la intensidad de éste al nivel de dicha membrana. Cuando la erupción queda limitada á la conjuntiva, el pronóstico es siempre favorable.

*Tratamiento.* Se tendrán en cuenta las predisposiciones constitucionales y la existencia de una afección concomitante. El tratamiento propiamente dicho consistirá en mantener los ojos en un perfecto estado de limpieza y en hacer respirar al niño aire puro. Las *insuflaciones* diarias de *calomelanos* (al vapor) ejercen eficaz y beneficiosa influencia sobre la marcha del proceso. En algunos casos, la aplicación de la *pomada de precipitado amarillo* (CCVI) en el saco conjuntival presta muy buenos servicios, sobre todo cuando las flictenas residen alrededor de la *córnea*. Cuando aparecen síntomas anormales de irritación están indicadas las instilaciones de *sulfato de atropina* (CCVII). Si la fotofobia, el lagrimeo y el blefarospasmo son muy marcados, podrá recurrirse á los narcóticos. En cuanto á las demás consecuencias posibles (queratitis, prolapso del iris, etc.), su tratamiento incumbe al especialista.

CCVII. Rp. Sulfato de atropina. . . . .	0,10
Agua destilada. . . . .	20,0

M. s. a. Para instilar una ó dos gotas.

## B. Afecciones del oído

### 1. Inflamación del oído externo

*Etiología.* Con el nombre de inflamación del oído externo (*otitis externa*) se designa la inflamación del conducto auditivo externo en toda su extensión, incluso la cara externa de la membrana del tímpano. Este proceso es muy frecuente en el niño, y sus causas son muy diversas. Deben mencionarse en primer lugar todas las enfermedades cutáneas localizadas en la cara y en la cabeza (eczema, erisipela); en segundo lugar los exantemas agudos (viruela, escarlatina, sarampión), las afecciones sifilíticas; todos estos estados se propagan al conducto auditivo externo, determinando en él la aparición de un exantema. Hay que citar, además, entre las causas de la otitis externa, la penetración en el oído del agua del baño, de hongos y cuerpos extraños en los niños de poca edad; la introducción repetida del dedo en el conducto auditivo, y hasta la infección tuberculosa (BIEBERT), causas todas que dan lugar á una inflamación *eritematosa* ó *catarral*. Ocurre á veces, especialmente en niños escrofulosos, que la afección no puede referirse á ninguna causa externa.— Una forma particular de inflamación es la determinada por la producción de forúnculos y que va acompañada de dolores sumamente vivos. Ordinariamente los forúnculos se desarrollan en la cara inferior de la porción anterior, cartilaginosa, del conducto auditivo, y determinan la producción de un flemón circunscrito.

*Síntomas y curso.* a) La *otitis eritematosa* provoca sólo síntomas locales muy poco marcados ó hasta nulos. Se observa un aumento notable y una acumulación del cerumen; el conducto auditivo está obturado y su revestimiento sufre una descamación. Al cabo de algunos días las masas acumuladas se eliminan por sí solas ó son fácilmente arrastradas por medio de inyecciones tibias.

b) La *otitis catarral* está caracterizada por rubicundez del conducto auditivo, obliteración de su luz por los productos de secreción, por dureza de oído y dolor; éste se manifiesta particularmente por cualquier contacto del oído externo, al practicar los movimientos con la mandíbula, al estornudar y toser. Cuando se trata de un niño de corta edad, se observa en él cierta agitación. Al cabo de algunos días fluye por el conducto auditivo una secreción serosa, que se convierte luego en cremosa ó purulenta; cuando el niño es muy sensible, se observa también fiebre y á veces el

infarto de los ganglios laterales del cuello. Al iniciarse el flujo disminuyen notablemente los trastornos subjetivos. El *curso* ulterior de la otitis catarral es variable. En muchos enfermos, empleando un tratamiento apropiado, se produce la *restitutio ad integrum* completa y total; en otros, especialmente en los niños escrofulosos, se establece una supuración *crónica*; por otra parte, puede engrosarse y destruirse la membrana del tímpano determinando sordera persistente; á veces se forman también erosiones que sangran y que van acompañadas de un desarrollo de granulaciones, y en ciertos casos de proliferaciones peligrosas; por último, el pus puede perforar la membrana del tímpano y dar lugar á la inflamación del oído medio con todas sus consecuencias. En ocasiones, la otitis externa se complica con caries y necrosis del conducto óseo, ó bien el pus se abre paso á través de la laguna de osificación (v. TRÖLTSCH) que presenta la pared interior del conducto óseo en el niño; así se originan trayectos fistulosos por detrás del oído externo y flegmasías de la articulación del maxilar inferior.

c) La otitis *forunculosa* ó *flemonosa* va acompañada de dolores extraordinariamente vivos; el niño grita de continuo, lleva con frecuencia la mano á la oreja y está muy agitado. Después de abrirse el absceso, sea de un modo espontáneo, sea por medio del bisturí, los dolores y la agitación cesan inmediatamente, y la curación tiene lugar en muy corto plazo.

*Diagnóstico.* En las diversas variedades de otitis, el examen del oído mediante el espejo y el curso clínico permiten establecer el diagnóstico. Es conveniente, antes de proceder á este examen, instilar en el oído un poco de solución de cocaína al 10 por 100.

*Pronóstico.* En general es favorable, cuando se instituye á tiempo un tratamiento apropiado.

*Tratamiento.* Desde el punto de vista *profláctico*, deben evitarse las irritaciones mecánicas y los traumatismos del oído. Los cuerpos extraños del oído deben extraerse prudentemente por medio de inyecciones ó mediante los auxilios del arte; los abscesos forunculosos requieren la aplicación de cataplasmas calientes para poder luego incindirlos; las granulaciones y los pólipos deberán extirparse. La primera indicación del tratamiento consiste en desembarazar el conducto auditivo de las secreciones acumuladas, y en lavarlo cuidadosamente, valiéndose de inyecciones diarias ó bicotidianas de líquidos antisépticos tibios (ácido bórico 3 por 100, sublimado 0,2 por 1000, ácido fénico 2 por 100, ácido salicílico 1 por 100) y seguidas de la instilación de soluciones ligeramente astringentes (CCVIII).

Las *insuflaciones de ácido bórico pulverizado*, después de secar el conducto con algodón higroscópico, dan también buen resultado. El tratamiento local deberá seguirse hasta que haya desaparecido por completo el flujo.

CCVIII. Rp.	Sulfato de zinc..	. . . . .	0,2
	Agua destilada.	} aa. . . . .	10,0
	Glicerina pura..		

M. s. a. Para instilaciones.

## 2. Inflamación del oído medio

*Etiología.* Las afecciones del oído medio presentan especialísima importancia por ser muy frecuentes en los niños y por las graves consecuencias que puede tener. La inflamación del oído medio puede presentarse bajo dos formas: la forma *catarral* simple y la forma *purulenta*. Ambas reconocen la misma etiología. En unos casos, y son los más frecuentes, complican ciertas afecciones inflamatorias y exudativas de las mucosas nasal y faríngea (angina, coriza, difteria); se observan durante el curso de enfermedades infectivas agudas y crónicas (exantemas agudos, fiebre tifoidea, influenza, sífilis), de la pneumonía y de la bronquitis, ó bien á consecuencia de la penetración de cuerpos extraños ó de líquidos cáusticos en el oído, de la aplicación del frío ó del calor, de traumatismos de la región auricular, de abscesos y de forúnculos del conducto auditivo externo, ó como terminación de una otitis externa; en otros casos, por el contrario, se desarrollan *primitivamente*, sobre todo en niños escrofulosos y tuberculosos, sin ninguna causa exterior conocida.

*Anatomía patológica.* El *proceso catarral* está caracterizado por hiperemia y tumefacción de la mucosa de la caja del tímpano y de la trompa de Eustaquio, por la acumulación de una secreción mocopurulenta en la cavidad timpánica, de la cual ha sido expulsado el aire, y por la falta de toda comunicación entre la faringe y el oído medio. En caso de que la flegmasía sea *purulenta*, se encuentra además una cantidad más ó menos abundante de pus. Con facilidad va seguida de caries y necrosis del hueso, de destrucción de los huesecillos del oído, de la invasión del laberinto por el proceso inflamatorio, de la abertura en la cavidad craneal con meningitis supurada consecutiva, encefalitis ó trombosis del seno.

*Síntomas y curso.* Importa estudiar por separado la sintomatología de las dos formas que afecta la inflamación del oído medio:

a) El *catarro simple del oído medio* se caracteriza objetivamente por una rubicundez congestiva de la membrana del tímpano, y más tarde al formarse el exudado, por el aspecto turbio de esta membrana, la pérdida de su transparencia y por un abombamiento amarillento, de aspecto globuloso, que presenta sobre todo en su cuadrante póstero-superior. El niño se queja de otalgia y cefalalgia más ó menos sordas, pero á veces muy agudas; el oído se halla debilitado. Las regiones anterior y posterior de la oreja son sensibles á la presión y á veces existe fiebre. No es raro observar al cabo de algunos días la rotura de la membrana del tímpano, fiuyendo luego del oído un líquido mocopurulento, al mismo tiempo que disminuyen notablemente los síntomas subjetivos. Más adelante disminuye el flujo mediante un tratamiento apropiado; la solución de continuidad debida á la perforación se regenera y sobreviene la curación completa. En otros casos la secreción persiste durante un tiempo más considerable, el catarro se hace *crónico* y el oído queda definitivamente debilitado.

b) La *inflamación purulenta del oído medio (otitis media ó interna supurativa)* va acompañada de síntomas mucho más intensos. Las más de las veces la afección es unilateral, y se inicia con dolores violentos, que se exageran durante la noche y van acompañados de gritos y llanto. Al mismo tiempo existe fiebre intensa y agitación general. Con frecuencia están infartados los ganglios submaxilares y los de la región lateral del cuello. Si se trata de un niño de poca edad, los gritos son continuos, se halla imposibilitado de mamar y de tragar, y manifiesta un dolor sumamente vivo cuando se toca al oído enfermo ó cuando se ejerce una presión sobre el mismo. No es raro que sobrevengan síntomas cerebrales: vómitos, soñolencia, convulsiones eclámpticas y pérdida del conocimiento. Al cabo de cinco á seis días se perfora generalmente la membrana del tímpano, y fluye del oído pus con estrías de sangre, fétido, que contiene frecuentemente huesecillos del oído ó fragmentos óseos necrosados; estos fenómenos coinciden con una notable disminución de los dolores.—El *curso* ulterior de la enfermedad es variable. En los casos favorables la perforación va seguida de supuración crónica, fetidez del oído (*otorrea fétida*), que se cura al cabo de mucho tiempo, dejando tras sí un estado de sordera ó de sordomudez, ó cuando menos una dureza permanente del oído. En los casos más graves, consecutivos generalmente á la difteria ó á la escarlatina, el pus se abre camino por los espacios esponjosos de la apófisis mastoides, y al cabo de algún tiempo se abre paso al exterior. En otros casos se produce la caries y necrosis del peñasco, de lo que resulta á veces una

parálisis facial; y si la afección continúa progresando, el niño sucumbe, sea á consecuencia de manifestaciones sépticas, sea por efecto de una trombosis del seno ó de una meningitis ó encefalitis.

*Diagnóstico.* Debe fundarse en los resultados del examen con el espejo, en la sensibilidad á la presión de las regiones auriculares anterior y posterior y en los demás síntomas enumerados. Si el examen es superficial, la inflamación del oído medio puede confundirse fácilmente con la meningitis, sobre todo en los niños.

*Pronóstico.* Depende de la causa. No obstante, aun tratándose de una inflamación catarral simple, el pronóstico será siempre reservado, á causa de la posibilidad y de las consecuencias graves que puede acarrear la enfermedad. En un caso dado, cuando la membrana del tímpano está perforada y el pus se elimina al exterior, el pronóstico quoad vitam, es relativamente favorable; pero si la otitis media va acompañada de caries y necrosis del peñasco ó de la apófisis mastoides, el pronóstico es muy inseguro y hasta desfavorable. Cuando en un niño escrofuloso se produce una supuración prolongada del oído, consecutiva á la perforación del tímpano, el pronóstico debe ser siempre reservado, pues es frecuente ver desarrollarse la tuberculosis en estas condiciones.

*Tratamiento.* Desde el punto de vista *profiláctico* pueden aquí aplicarse las medidas indicadas á propósito de las diversas afecciones nasofaríngeas. Al iniciarse la inflamación aguda, se aplicarán, si se trata de niños vigorosos ó robustos, algunas sanguijuelas sobre la apófisis mastoides; se aplicarán asimismo los envoltorios de PRIESSNITZ sobre el oído, y para calmar los dolores se instilarán con frecuencia en el conducto auditivo externo algunas gotas de una solución de cocaína al 10 ó 20 por 100 ó de una *solución de alcanfor y de mentol* (CCIX). Cuando los síntomas aumentan en intensidad, se practicará tempranamente la paracentesis de la membrana del tímpano con objeto de calmar el dolor, de desembarazar la caja del tímpano y de prevenir cualquier grave accidente. El tratamiento de la *otorrea crónica* consecutiva es local y consiste en mantener bien limpio el oído enfermo por medio de torundas de algodón impregnadas de *ácido bórico pulverizado* y de instilaciones de *peróxido de hidrógeno* (CCX) ó de otras soluciones antisépticas ó astringentes, de la manera que ya hemos indicado. Por otra parte, si el niño es escrofuloso, se prescribirá una alimentación tónica, el aceite de hígado de bacalao, los preparados de hierro y de quina, los baños de aguas madres y de mar, el aire de las montañas y de las costas, etc.—La propagación del proceso inflamatorio á la apófisis mastoides exige en ciertas circunstancias la trepanación de este hueso.

Respecto á las indicaciones y á la técnica de esta intervención, véanse los manuales de cirugía.

CCIX. Rp.	Mentol.. . . . .	} aa.. . . . .	1,0
	Alcanfor en polvo . . . . .		
	Vaselina líquida.. . . . .		

M. s. a. Para instilaciones.

CCX. Rp.	Peróxido de hidrógeno.	} aa.. . . . .	20,0
	Agua destilada. . . . .		

M. s. a. y guárdese en frasco de color obscuro.—Para instilar algunas gotas en frío y manténgase tres á cinco minutos en el oído.

### 3. Cuerpos extraños

Los cuerpos extraños, tales como garbanzos, judías, lentejas, cuentas de cristal, fragmentos de madera, bolitas de papel, son introducidos muy frecuentemente en el conducto auditivo por los niños, sea voluntariamente, sea á guisa de juego. A consecuencia de la irritación mecánica que determinan, y algunos por la hinchazón que experimentan, los cuerpos extraños provocan inflamaciones del conducto auditivo, y en los casos de graves lesiones de la membrana del tímpano é inflamación del oído medio, cuyos síntomas y consecuencias acabamos de describir. Asimismo penetran á veces animales vivos (insectos y larvas de insecto) en el conducto auditivo.

El *tratamiento* consiste en extraer el cuerpo extraño en breve plazo. Unas veces la extracción es fácil, otras veces ofrece grandes dificultades. En muchos casos se logra el objeto practicando una inyección forzada de agua; en otros hay que valerse de instrumentos. Entre éstos, la cucharilla de DAVIEL presta grandes servicios, ó también una horquilla á la que se da una curvatura apropiada y con la que se procura llegar hasta por detrás del cuerpo extraño, y extraerlo mediante un movimiento de palanca. Cuando se trata de un insecto, basta hacer una instilación de aceite ó de agua fenicada.

## C. Piel y tejido conjuntivo

### 1. Seborrea. Miliun. Miliaria

a) *Seborrea*. Con este nombre se designa una exageración de la secreción de las glándulas sebáceas del cuero cabelludo, hecho que durante el primer año de la vida puede considerarse como un fenómeno

fisiológico. Cuando no se quita el producto de esta secreción abundante y no se mantiene el cuero cabelludo en perfecto estado de limpieza, el producto segregado se mezcla con el polvo y la suciedad, se seca y forma sobre el cuero cabelludo una capa gris ó gris-negrucza, enredada con los cabellos, de algunos milímetros de espesor y de consistencia grasa. Al levantar esta costra aparece frecuentemente el cuero cabelludo normal ó algo rubicundo á lo sumo; sin embargo, á falta de cuidados, puede también estar inflamado y cubierto de pus ó de costras purulentas.—El *tratamiento* consiste en reblandecer la materia sebácea desecada por medio de aceite y quitarla luego con agua tibia y jabón. Se evitará que llegue á formarse, lavando con regularidad la cabeza, á fin de mantenerla siempre limpia.

b) *Milium*. Con este nombre se designan unos pequeños nódulos blanquecinos situados en la piel y en la mucosa de la boca (véase pág. 139); en los niños de poca edad se encuentran especialmente en la cara y en la bóveda palatina. Están constituidos por la acumulación de células epidérmicas en las fisuras de la piel y de la mucosa. Son de origen embrionario, desaparecen por sí mismas y no reclaman ningún tratamiento.

c) *Miliaria*. Así se denominan unas pequeñas vesículas que apenas tienen las dimensiones de un grano de mijo, claras (*miliar blanca*) ó rodeados de una zona eritematosa (*miliar roja*), que se desarrollan en los niños que transpiran abundantemente. Se producen por una elevación de las capas más superficiales de la epidermis causada por el sudor segregado. Estas vesículas están diseminadas difusamente por la superficie cutánea y le dan un aspecto rugoso. El contenido de tales vesículas es claro y presenta una reacción ácida. Esta afección se observa muy á menudo durante los fuertes calores de verano y en los niños demasiado abrigados ó que transpiran abundantemente (raquitismo); también es frecuente en las enfermedades agudas de larga duración (fiebre tifoidea). Esta erupción carece de importancia y desaparece espontáneamente. En condiciones normales podrá prevenirse el desarrollo de la miliaria no manteniendo demasiado abrigados á los niños durante la estación cálida.

## 2. Eritema

El eritema consiste en una rubicundez difusa de la piel, acompañada de ligera tumefacción, y que se extiende sobre superficies bastante extensas. Los eritemas se observan con mucha frecuencia en el niño, sobre todo en el recién nacido (*eritema de los recién nacidos*) consecutivamente á la

acción de una serie de agentes mecánicos ejercida en el acto del nacimiento ó inmediatamente después, por ejemplo: roces experimentados durante la expulsión, cese de la presión ejercida por el útero, dilatación de los vasos de la piel, irritación causada por aire atmosférico (SILBERMANN). El eritema de los recién nacidos se marca más especialmente en el pecho y en el dorso; en estas regiones se observa una rubicundez finamente punteada ó más raras veces maculosa. Persiste durante algunos días, á veces durante dos semanas, y suele desaparecer sin descamación.—En los *crios de más edad* pueden observarse eritemas especialmente en los puntos de la piel demasiado abrigados y expuestos á una presión ó al roce, ó en contacto con productos de secreción (cuello, axilas, ingles); en segundo lugar se presentan también eritemas como síntoma concomitante de ciertas afecciones febriles (reumatismo, fiebre tifoidea, piohemia, difteria), en los estados dispépticos y en otras afecciones locales (en la proximidad de lesiones eczematosas ó impetiginosas y de pústulas vacunas). En los *crios* bastante grandes y bien nutridos, no es raro que se produzca, en caso de diarrea, un eritema *papuloso* en los repliegues de las nalgas y de los muslos, presentándose en forma de manchas elevadas, de color rojo oscuro, que tienen gran parecido con las sífilides papulosas. La falta de otros síntomas sífilíticos y la curación rápida al cesar la diarrea, evitan toda confusión (BIEDERT, SEVESTRE). Por último, se ven en los niños eritemas, casi siempre difusos, á veces también maculosos, á consecuencia de la ingestión de ciertos medicamentos: quinina, antipirina, cloral; desaparecen así que se suspende el empleo de estas substancias (eritemas medicamentosos). Las diversas variedades de eritemas que hemos enumerado no determinan síntomas subjetivos, aparte de un ligero prurito y una agitación moderada. Desaparecen á los pocos días, sea sin dejar rastros, sea dando lugar á una ligera descamación de la epidermis.

El *tratamiento* consiste simplemente en evitar los vestidos demasiado ceñidos y calientes, así como los roces de la piel, y en sustraer al niño á la acción de la causa que ha producido el eritema. Por lo demás debe mantenerse seca la piel.

### 3. Intértrigo

Cuando se exagera el roce mecánico de la piel hasta el punto de levantarse la epidermis, se produce un estado morbosos al que se ha denominado *intértrigo*. Se observa principalmente en los niños con abundante panículo adiposo y en los sitios predilectos antes enumerados. Puede

también residir detrás de las orejas, en los pliegues del codo y de la pantorrilla, en los talones, en muchos casos á pesar de los cuidados más minuciosos, pero sobre todo cuando no se mantienen los niños en un estado de limpieza suficiente, cuando padecen de diarrea ó se les deja demasiado tiempo con los pañales mojados. En estas condiciones la epidermis se macera, el corion se denuda y nos encontramos en presencia de una superficie cutánea más ó menos extensa, de color rojo intenso, húmeda y dolorosa. Si no se instituye un tratamiento apropiado, y sigue manteniéndose la falta de limpieza ó persiste la diarrea, se producen ulceraciones; á veces este estado se agrava más todavía y sobrevienen complicaciones que comprometen la vida del enfermo (erisipela, gangrena, difteria).

El *tratamiento* debe ser en primer término *profiláctico*, y consiste en cuidar racionalmente la piel de los niños, manteniéndola seca y limpia. A fin de disminuir los efectos del roce, sobre todo en los niños gordos, es conveniente espolvorear los pliegues de la piel con *substancias pulverulentas* apropiadas. Hemos observado que los polvos finos compuestos de ácido salicílico al 1 por 100 ó de ictiol y de talco (y no los polvos de almidón) producen buenos resultados (XXV). — Cuando existen excoriaciones extensas, se obtienen buenos efectos con la aplicación de una delgada capa de pomada de *ácido salicílico* (CCXI) ó de *ictiol* (CCXII), que se cubre con una ligera capa de algodón y con una de las mezclas pulverulentas que hemos enumerado. En cuanto empieza á producirse la curación, debe suspenderse la aplicación de la pomada y continuarse espolvoreando simplemente las superficies enfermas con los polvos absorbentes indicados. Se comprende que si la lesión cutánea se relaciona con la existencia de una diarrea, debe ésta combatirse convenientemente. — En caso de intértrigo rebelde, limitado al ano y á los genitales, WERTHEIMBER dice haber obtenido frecuentemente excelentes resultados con las embrocaciones practicadas con una solución de *sublimado* (0,5 por 100 de agua).

CCXI. Rp.	Acido salicílico. . . . .	0,20
	Vaselina. } aa. . . . .	10,0
	Lanolina. }	

M. s. a. Para pomada.

CCXII. Rp.	Ictiol. . . . .	0,20
	Lanolina. } aa. . . . .	10,0
	Vaselina. }	

M. s. a. Para pomada.

## 4. Eczema

*Etiología.* Con el nombre de eczema se designa una dermatitis exudativa, que afecta principalmente las capas superficiales de la piel, la red de Malpigio y la capa papilar, provocando en ellas una exudación serosa y de células linfoides. — El eczema es la afección cutánea más común de la infancia, y se observa principalmente durante el primer año de la vida. Las causas que determinan el desarrollo de esta dermatosis son unas veces *externas* y otras *internas ó constitucionales*. Entre las primeras deben citarse las irritaciones cutáneas de *toda* especie, principalmente la suciedad y la falta de limpieza, la acción de rascar y el prurito provocados por la miseria, la irritación de la piel por las secreciones procedentes de una úlcera ó de una mucosa vecina, los irritantes químicos, térmicos ó medicamentosos, la perforación del lóbulo de la oreja, la vacunación, etc. Entre las causas constitucionales, hay que señalar en primer lugar la escrofulosis y en segundo término la alimentación demasiado abundante de los niños de poca edad, la obesidad, especialmente cuando existe al mismo tiempo constipación y un estado dispéptico permanente (HEBRA).

*Sintomas y curso.* Como tipos fundamentales se distinguen las variedades *papulosa*, *vesiculosa* y *pustulosa*, que ulteriormente ocasionan, después de descamarse la epidermis, la formación de pus, costras y escamas, y con ello dan origen á los eczemas *húmedos*, *impetiginosos*, *ectimatosos* y *escamosos*. Estas variedades de eczema pueden afectar una forma difusa, y hasta generalizada, ó por el contrario están localizadas y limitadas á los puntos de predilección del eczema.

Estos puntos son: el cuero cabelludo, la comisura bucal y el ángulo nasal, el pabellón de la oreja y las mejillas, la proximidad del ojo; con menos frecuencia reside el eczema en otras regiones cutáneas; pero á veces se encuentra en las nalgas, en los muslos y en los genitales.

El *curso* de las diversas formas de eczema es agudo ó crónico, y en muchos casos se prolonga durante larguísimo tiempo, recidiva frecuentemente y se muestra muy rebelde al tratamiento.

*Costra láctea.* Forma clínica importante y muy especial de eczema, sumamente rebelde y las más de las veces enlazada á la constitución orgánica del niño, es la que se designa con el nombre de *costra láctea*, que ocupa la cara de los pequeños críos. Cuando la afección se desarrolla con alguna intensidad se observa una costra de color pardo verdoso, que

cubre completamente las mejillas, la nariz, la frente y á veces toda la cara; de las fisuras que presenta esta costra fluye pus. Por regla general, esta afección va acompañada de blefaradenitis, de conjuntivitis, de coriza, de otorrea con formación de costras en el conducto auditivo, de infartos de los ganglios submaxilares y laterales de la nuca y del cuello. No existen dolores, pero el prurito penoso y el rascado acaban por provocar una perturbación notable del estado general.

*Diagnóstico.* El diagnóstico de las diversas variedades de eczema no presenta ninguna dificultad.

*Pronóstico.* El pronóstico es en general favorable si se instituye un tratamiento apropiado. La resistencia tenaz que oponen ciertas formas al tratamiento, las recidivas incesantes y la duración que puede á veces prolongarse durante años, agravan á veces notablemente el pronóstico y ponen á prueba la perseverancia y la paciencia del médico.

*Tratamiento.* El tratamiento debe ser simultáneamente *general* y *local*. En el primer concepto se combatirá, si existe, la predisposición á la escrofulosis; se corregirán ciertas anomalías del régimen y de la higiene, por una parte restringiendo la alimentación de los críos excesivamente nutridos y procurando que sus evacuaciones albinas sean regulares; por otra parte, cambiando la nodriza ó la leche, prescribiendo una limpieza absoluta, el aire puro, etc. Estos últimos factores bastan á veces por sí solos para conducir el eczema á una curación completa.—El tratamiento *local* del eczema es muy variado y depende de la forma en que se presenta. Conviene empezar el tratamiento haciendo caer las costras, para lo cual se las reblandece con aceite ó vaselina líquida; debe recomendarse el baño regular, y debe cortarse el cabello si existe eczema en el cuero cabelludo. Mientras el eczema es *húmedo*, deben aplicarse cada una ó dos horas fomentos de *acetato de albúmina líquido* (dos cucharadas en cuarto de litro de agua templada), aplicando sobre el punto afecto compresas ó paños bien empapados y sin exprimir. Cuando la piel se pone tensa y seca, se aplican pomadas ó pastas en capas que tengan el espesor de una lámina de cuchillo, cubriendo luego la parte con algodón ó franela. En ciertos casos se aplican máscaras enteras (cara) ó capuchones (pabellón de la oreja) hechas con *emplastos-muselina de UNNA*. Como *pomadas* pueden aconsejarse la *de ácido salicílico* (CCXI), *de ictiol* (CCXII), de ácido bórico (CCXIII), la pomada de diaquilón de HEBRA, la pomada benzoico-zíncica de WILSON (CCXVI); como *pastas*, sobre todo la pasta de LAS-SAR (CCXV). La pomada de WILSON conviene especialmente en los eczemas

fugaces de la cara ó como tratamiento consecutivo. En el eczema de la cara de los pequeños críos, estas pomadas ejercen con frecuencia una acción irritante: en ellos las uncciones de aceite de hígado de bacalao surten buenos efectos en muchos casos.—Cuando el eczema ha dejado de segregar y se ha hecho escamoso, están indicadas las pomadas de brea (CCXIV) ó las pomadas débiles de *precipitado* (CCXVII). Para el *eczema escamoso*, LEISTIKOW recomienda el bióxido amarillo de hidrargirio, según la fórmula CCXVIII, que da buenos resultados en muchos casos; también es recomendable este medio en los grados ligeros de *eczema papuloso y vesiculoso*. Para combatir el *eczema rubrum y crustaceum* húmedos, recomienda el mismo autor, como el medio más eficaz, la *pomada emplasto de óxido de zinc con ictiol* de BEIERSDORF, mediante cuyo empleo desaparecen rápidamente las costras adherentes, la secreción, la rubicundez y las grietas; debe renovarse la cura cada veinticuatro horas. Pero si esta pomada no da resultado, se obtiene generalmente buen éxito con la *pomada de caseína y ácido pirogálico* (CCXIX), sobre todo en las formas sumamente pruriginosas y herpetoideas de eczema. En el *eczema generalizado* se administrará el *arsénico* al interior, y se aplicará sobre las superficies enfermas tarlatana empapada en aceite de hígado de bacalao, ó bien se harán tomar al niño baños de infusión de corteza de encina (125 gramos de corteza de encina por cuatro litros de agua; se reduce por ebullición á dos litros, para un baño — BIEDERT). En el eczema del cuero cabelludo, provocado por los piojos, es preciso eliminarlos primero mediante el *sublimado* (CCXX) y aplicar una capa de *pomada de cinabrio* (CCXXI) del grosor de una lámina de cuchillo; como tratamiento consecutivo la pomada salicílico-benzoica (CCXXII).

CCXIII. Rp.	Acido bórico. . . . .	1,0
	Lanolina. . . . .	} aa. . . . . 10,0
	Vaselina amarilla. . . . .	

M. s. a. Hágase pomada.

CCXIV. Rp.	Aceite puro de cade. . . . .	5,0
	Óxido de zinc. . . . .	} aa. . . . . 25,0
	Almidón. . . . .	
	Vaselina amarilla, c. s. para completar. . . . .	100,0

M. s. a. Hágase pomada.

CCXV. Rp.	Acido salicílico. . . . .	2,0
	Vaselina. . . . .	50,0
	Óxido de zinc. . . . .	} aa. . . . . 25,0
	Almidón. . . . .	

M. y hág. ung. D. S. Pasta de LASSAR.

CCXVI. Rp.	Tintura de benjuí. . . . .	15,0
	Evapórese hasta 7,50.	
	Pomada emoliente c. s. para completar. .	100,0
	Cuézase, fíltrese y añádase:	
	Óxido de zinc. . . . .	10,0

M. s. a. Pomada de WILSON.

CCXVII. Rp.	Precipitado blanco. . . . .	1,0
	Bálsamo del Perú. . . . .	5,0
	Ung. de Wilson c. s. para completar. .	30,0

M. s. a. Untese en una gasa y aplíquese.

CCXVIII. Rp.	Lanolina. . . . .	} aa. . . . .	5,0
	Óxido de zinc. . . . .		
	Polvo de almidón. . . . .		
	Vaselina amarilla. . . . .		10,0
	Bióxido amar. de hidrargirio. . . . .		0,25 á 0,50

M. y hág. pasta. Aplíquese sobre una gasa formando una capa del grosor de un cuchillo.

CCXIX. Rp.	Acido pirogálico. . . . .	0,10 á 0,20
	Ung. de caseína de Beiersdorf. . . . .	20,0

M. y hág. unguento. Para untar con el dedo. Baño por la noche.

CCXX. Rp.	Sublimado corrosivo. . . . .	0,5
	Vinagre común. . . . .	250,0

M. s. a. Lávese al primer día la cabeza, dos veces.

CCXXI. Rp.	Sulfuro rojo de mercurio. . . . .	1,0
	Azufre sublimado. . . . .	24,0
	Esencia de bergamota. . . . .	XXV gotas
	Vaselina amarilla, c. s. para completar. .	100,0

M. s. a. Después de la loción con sublimado, aplíquese una capa del grosor de un cuchillo.

CCXXII. Rp.	Acido salicílico. . . . .	0,5
	Tintura de benjuí. . . . .	4,0
	Esencia de bergamota. . . . .	0,5
	Vaselina amarilla, c. s. para completar. .	50,0

M. y hág. pomada. Para aplicar con una gasa.

## 5. Liquen

Se da el nombre de liquen á unas pequeñas elevaciones cutáneas aplanadas, de color amarillento ó parduzco, constituídas por células epidérmicas y materia sebácea, y las más de las veces dispuestas en grupos. Unas veces residen preferentemente en el tronco, otras en los miembros, y en ciertos casos también en la cara. Las elevaciones persisten sin modificarse nunca; á lo sumo se descama la capa superficial de la epidermis para regenerarse en seguida. No se observan otros síntomas locales, ni prurito. Sin embargo, los niños que padecen esta afección presentan

tumefacciones ganglionares y los demás atributos de la escrófula (*L. scrofulosorum*).

El *tratamiento* ha de encaminarse á modificar el estado general; al mejorarse éste, las pápulas de liquen desaparecen sin dejar señales.

Las afecciones conocidas con el nombre de *lichen ruber acuminatus* (HEBRA) y de *lichen ruber planus* (WILSON) difieren notablemente de la afección que acabamos de describir y se observan muy raras veces en el niño. Estas dermatosis se extienden progresivamente á toda la superficie cutánea y van acompañadas de una alteración grave del estado general; pero contrariamente á la opinión de HEBRA, la enfermedad es curable. El remedio más enérgico para combatirla es el *arsénico*, al interior, ó en inyección hipodérmica (KÖBNER), y gracias á este medicamento se ha obtenido más de una curación (KAPOSI). Se encontrarán descritas estas formas de liquen en los tratados de dermatología, á los que remitimos al lector.

## 6. Prurigo

El prurigo es una afección cutánea crónica, caracterizada por la existencia de pápulas del tamaño de un grano de mijo ó de una cabeza de alfiler, de color rosa pálido, que residen particularmente en el lado de la extensión de los miembros; va acompañada de prurito intenso é insoportable, que se exagera durante la noche. Se observa con bastante frecuencia en el niño, se inicia precozmente, hacia la edad de uno á dos años, y á consecuencia del rascado incesante y de las recidivas frecuentes, da lugar al eczema, á la infiltración y al engrosamiento de la dermis, á la pigmentación de la piel y á una demacración general. Se distingue una forma ligera (*P. mitis*) y una forma grave (*P. gravis*). En los críos la afección empieza ordinariamente bajo el aspecto de la *urticaria*: al lado de los habones de urticaria, poco numerosos al principio, pero cuyo número aumenta progresivamente, se ven aparecer las pápulas de prurigo rosadas y duras (EISENSCHITZ). Los habones de urticaria podrían hasta transformarse *in situ* en pápulas de prurigo (RIEHL).

El *tratamiento*, iniciado lo más pronto posible, va á veces seguido de curación. La medicación más eficaz consiste en hacer tomar al niño baños sulfurosos diarios tibios y prolongados (durante media y hasta una hora); antes del baño se harán fricciones de *jabón verde* y de *azufre* (CCXXIII) ó de *pomada de naftol* (CCXXIV). Como medicación interna, se prescribirá el *jarabe de jaborandi* (una á dos cucharaditas diarias hasta producir

la transpiración) ó bien las inyecciones de *clorhidrato de pilocarpina*; el *arsénico* en forma de licor de FOWLER y el *aceite de hígado de bacalao* se han mostrado también útiles en esta afección.

CCXXIII. Rp.	Jabón verde. . . . .	} aa. . . . .	25'0
	Vaselina amarilla. . . . .		
	Flor de azufre. . . . .		

M. s. a. Para pomada.

CCXXIV. Rp.	Naftol. . . . .	} aa. . . . .	15,0
	Azufre precip. . . . .		
	Vaselina amarilla. . . . .		
	Jabón verde. . . . .		

M. s. a. Hág. pomada.

## 7. Pénfigo

*Patogenia y etiología.* El pénfigo se caracteriza por el desarrollo sobre la piel de ampollas y vesículas llenas de serosidad purulenta. Se admiten una forma aguda y una forma crónica. El pénfigo *agudo* es bastante frecuente en el niño; ataca más particularmente á los recién nacidos y á los críos, siendo más raro en los niños de alguna edad. Esta afección es contagiosa, y según lo demuestra toda una serie de observaciones indiscutibles, puede encontrarse en forma *epidémica* en las casas de maternidad y expósitos, ó bien puede propagarse por las nodrizas y comadronas á su clientela. El *pénfigo de los recién nacidos* tiene su origen en una infección producida durante el parto, demostrándose á menudo el papel que corresponde á la madre por lo que se refiere á la producción de la infección por manifestaciones puerperales más ó menos graves, acompañadas á veces de pénfigo puerperal (SEIFERT, STAUB). Como agente patógeno de la enfermedad, se considera á un microorganismo del todo análogo al *Staphylococcus pyogenes aureus*, que no se distingue de éste desde el punto de vista morfológico ni desde el punto de vista de su cultivo; dicho microorganismo se encuentra constantemente en estado de cultivo puro en el contenido de las ampollas, es muy vivaz y resistente, habiéndose denominado *Micrococcus pemphigi neonatorum* (ALMQUIST, STRELITZ, FELSENTHAL). Las inoculaciones practicadas con el contenido de las ampollas, ó con el coccus en estado de cultivo puro, dieron resultados positivos: las ampollas producidas se manifestaron análogas á las del pénfigo ordinario de los recién nacidos. Pero la transmisión permanece local y nunca se ha observado una erupción de pénfigo generalizado (SCHARLAU, MOLDENHAUER, ALMQUIST, etc.). El pénfigo de los recién

nacidos se presenta también en niños de más edad, bajo la forma contagiosa y epidémica (ESCHERICH); pero en estos casos, el número de ampollas es mucho menor y se limitan principalmente á las partes del cuerpo cuya piel está macerada. Los demás factores etiológicos, á saber, los irritantes térmicos, mecánicos y químicos (BOHN) tienen importancia secundaria.

El *pénfigo crónico* es realmente excepcional en el niño y su etiología es aún desconocida. Se observa las más de las veces en el último período de las enfermedades infectivas graves y de las enfermedades de nutrición (raquitismo, escrofulosis, tuberculosis), y entonces se le da el nombre de *pénfigo de los caquéticos*.

*Síntomas y curso.* ABEGG (1871) y v. WINCKEL (1879) han observado casos de pénfigo de los recién nacidos, congénito ó que se originó durante la vida intrauterina. Generalmente el pénfigo de los *recién nacidos* no se manifiesta nunca antes del tercer día, raras veces antes del décimocuarto día de la vida, sin ir acompañado de perturbaciones del estado general. Las vesículas crecen con rapidez, son redondas ú ovaladas, del tamaño de un garbanzo ó de una nuez ó más voluminosas todavía, fuertemente distendidas por el líquido que contienen, de color blanquecino ó amarillento y rodeadas en su base de una pequeña aréola rubicunda. Las grandes vesículas se observan generalmente sobre el tronco, las pequeñas en la cara y en la cabeza; la palma de las manos y la planta de los pies quedan habitualmente indemnes. Cuando la enfermedad se presenta en los primeros días de la vida las vesículas son mucho más numerosas que cuando la erupción empieza más tarde, y la intensidad de la misma llega á su grado máximo: en estos casos, en vez de desarrollarse de un modo típico las vesículas se levanta la epidermis en grandes extensiones, como en las quemaduras ó en el pénfigo foliáceo de los adultos. El contenido de la ampolla, límpido al principio y más tarde turbio y amarillento, presenta una reacción alcalina. Cada vesícula persiste muy corto tiempo. La mayoría de ellas se rompen muy rápidamente y se cubren de una costra delgada que cae á los pocos días; otras se desecan por evaporación del contenido. Después de caer las costras, aparece la piel cubierta de una epidermis delgada y brillante, que en corto tiempo se restablece sin pigmentación. La erupción de las vesículas tiene lugar por repetidos brotes, casi siempre cotidianos, observándose muy raras veces la erupción una sola vez. No existe fiebre ni ningún otro trastorno general.

La *duración* de la enfermedad es variable, desde una á seis ú ocho semanas. La *terminación* es generalmente favorable. Pero cuando la enfer-

medad se prolonga por efecto de la aparición de brotes sucesivos, puede declararse fiebre, se agotan las fuerzas del niño y éste acaba por sucumbir. En tales condiciones la enfermedad toma el aspecto que se ha designado con el nombre de *pénfigo foliáceo*, en el cual las vesículas no se cubren de una nueva epidermis, sino que aparecen siempre nuevas vesículas en su periferia; de esto resulta que la dermis rubicunda ó cubierta de pus, es denudada en una extensión cada vez más considerable.

Por lo que se refiere á la *histología* del pénfigo de los recién nacidos, puede decirse que la vesícula reside entre la capa córnea y la capa del cuerpo papilar; ambas capas se separan la una de la otra, avanzando la primera hacia fuera y la segunda hacia dentro. En el contenido de la vesícula, aparte del líquido fibrinoso, se encuentran casi siempre leucocitos polinucleados, epitelios desprendidos, y como microorganismos tan sólo se ha hallado el estafilococo. Los vasos del corion están dilatados, y se encuentran numerosos leucocitos junto á los vasos, á las papilas y en la red de Malpigio, que está normal (LUITHEEN, 1899).

*Diagnóstico.* La descripción que acabamos de dar del pénfigo, permite diagnosticarlo fácilmente. El pénfigo sífilítico se diferencia por el punto de residencia de las vesículas (palma de las manos y planta de los pies) y por la existencia de otras manifestaciones de la sífilis hereditaria.

*Pronóstico.* Es favorable por regla general.

*Tratamiento.* En lo que concierne al *pénfigo de los recién nacidos*, la *profilaxis* exige que la higiene del crío y de la nodriza sea enteramente conforme á las reglas que hemos expuesto en el primer capítulo de esta obra. El tratamiento propiamente dicho consiste en mantener la piel en un estado de limpieza perfecta, en evitar toda acción mecánica, en cesar la administración de los baños, y en aplicar una pomada de ácido salicílico, de ictiol ó de ácido bórico. El tratamiento del pénfigo *crónico* no da ningún resultado las más de las veces, y consiste en suministrar al enfermo una alimentación tónica y los cuidados apropiados, y al propio tiempo en administrarle los estimulantes.

*Impétigo contagioso.* El *impétigo contagioso* es una dermatosis especial que se observa principalmente en los niños. TILBURY-FOX (1864) fué el primero en caracterizarla como enfermedad esencial é independiente de otras erupciones vesiculosas, pustulosas y escamosas, localizadas más comúnmente en la cabeza, que en Inglaterra se comprende con el nombre

común de porrigo. En el continente, KAPOSI (1871) fué quien por primera vez consideró el impétigo contagioso como entidad nosológica y estableció de un modo claro y preciso el diagnóstico diferencial con el eczema impetiginoso. La enfermedad se presenta en forma de erupción vesicular, preferentemente en la cara y en la cabeza (occipucio), á veces también en el dorso de la mano y en los pies, caracterizándose por una erupción de pequeñas vesículas, del volumen de un grano de lino ó de mijo, que residen sobre la piel en apariencia normal, desecándose rápidamente en forma de costras, de color amarillo pajizo ó de oro, de aspecto meloso ó gomoso y como pegadas á la epidermis. Por debajo de las costras aparece la piel ligeramente rubicunda, lisa y sin escamas. Las vesículas se forman entre la red de Malpígio y la capa córnea, de modo que la cubierta de las mismas está constituida tan sólo por esta última, mientras que toda la red queda por debajo de la vesícula. A este hecho de ser tan superficiales las vesículas es debida su gran caducidad. La afección es contagiosa, se propaga por el rascado, por inoculación y por contacto en la escuela, no siendo raro observar que varios niños de la misma familia, de una misma casa y de una escuela sean sucesivamente atacados de esta enfermedad. Precisamente se han observado grandes epidemias de impétigo contagioso, principalmente en casos de vacunaciones colectivas.

El *curso* puede prolongarse de dos á seis semanas, pero por lo demás es benigno; en ciertos casos se han observado tumefacciones de los ganglios linfáticos correspondientes. El *tratamiento* es el del simple eczema. Los niños afectados de esta dermatosis no deben asistir á la escuela ni ser vacunados.

La contagiosidad del impétigo contagioso, y la gran analogía clínica que éste presenta con el pénfigo de los recién nacidos, ha inducido á creer que entre ambas enfermedades existen relaciones íntimas; en efecto, esta relación ha sido objeto de múltiples investigaciones en estos últimos años, debiendo mencionarse en este concepto sobre todo los trabajos de KNUD FABER (1890), quien fué el primero en afirmar la identidad de ambos procesos morbosos y en designar al impétigo contagioso con el nombre de pénfigo contagioso agudo. Desde entonces se han publicado observaciones que hacen sumamente probable la identidad del impétigo contagioso con el pénfigo de los recién nacidos: por una parte se ha visto aparecer el impétigo contagioso en adultos en casos de epidemia de pénfigo de los recién nacidos, y por otra, se ha observado que epidemias de los recién nacidos han sido seguidas de epidemias de impétigo contagioso. Recientemente ha dado cuenta MATZENAUER (1900) de un caso referente

á una mujer afectada de impétigo contagioso generalizado, cuya erupción se transmitió á su hijo sano al tercer día después del nacimiento; en esta erupción pudieron observarse todos sus períodos de desarrollo, completamente análogos á los del pénfigo de los recién nacidos, y el examen histológico y bacteriológico de las vesículas y de su contenido, tanto en la madre como en el niño, acusaron una absoluta identidad. Resulta, pues, que el pénfigo de los recién nacidos, transportado á los adultos, aparece en éstos en forma de impétigo contagioso; y viceversa, el impétigo contagioso, transportado al recién nacido, se manifiesta en éste en forma de pénfigo de los recién nacidos, y por lo tanto, ambas enfermedades por su naturaleza pueden considerarse como idénticas.

#### 8. Dermatitis exfoliativa (RITTER)

La afección, descrita por v. RITTER (1870) con el nombre de *dermatitis exfoliativa* de los recién nacidos, y denominada por BEHREND *pénfigo foliáceo*, es considerada actualmente como un proceso morboso específico de la piel de los recién nacidos (AUSPITZ, KAPOSÍ, CASPARY, etc.). Las nuevas investigaciones histológicas (WINTERITZ, LUTHLEN) han demostrado que esta enfermedad consiste en una flegmasía acompañada de infiltración celular, edema y dilatación de los vasos, localizada principalmente en el tejido papilar y subpapilar, con proliferación exagerada de la red de Malpighio y epidermización defectuosa de la misma. La *etiología* no está aún dilucidada por completo, pero es posible que las particularidades de esta afección dependan en parte de las condiciones que predominan en la piel del niño durante la época de la exfoliación fisiológica.

Esta dermatosis, que en realidad no es muy rara, ataca lo mismo á los niños bien nutridos que á los mal nutridos y miserables. Se observa habitualmente á fines de la primera ó al principio de la segunda semana de la vida extrauterina, y con menos frecuencia en una edad más avanzada. Se inicia en la cara y en la cabeza por una rubicundez de la piel, por la aparición de vesículas más ó menos voluminosas, cuyo contenido se hace purulento y se seca formando costras delgadas que más tarde se desprenden. En los puntos en que no se forman vesículas (tronco, miembros), la epidermis se agrieta y se reblandece, descamándose luego en colgajos bastante extensos. El proceso se propaga desde la cara al resto del cuerpo, siguiendo una marcha descendente, y acaba por invadir los miembros, especialmente la palma de las manos y la planta de los pies. De ahí resulta que la dermis queda denudada y segrega alguna serosidad

en varios puntos, á veces en una extensión bastante considerable, ó bien se cubre tan sólo con una delgada costra. La erupción vesiculosa se produce también casi siempre en las mucosas bucal, nasal y conjuntival; se ven entonces los orificios nasales, los labios, las comisuras labiales y la bóveda palatina cubiertos de grietas, de costras purulentas ó de ulceraciones. El estado general está poco alterado; no obstante, la succión se halla notablemente entorpecida y no falta la fiebre. Al cabo de algún tiempo (ocho ó quince días ó tres semanas), la piel puede adquirir enteramente su aspecto normal, cuando el estado de nutrición continúa sin gran trastorno y el proceso está medianamente desarrollado. En caso contrario, se forman flemones, se declara la gangrena, sobrevienen diarreas agotantes ó una pneumonía, y el niño sucumbe á estas complicaciones. En la mitad de los casos observados por v. RITTER, la enfermedad fué mortal.

El *pronóstico* depende del estado general del niño; por sí misma la afección local es benigna (BOHN).

El *tratamiento*, dada la gran vulnerabilidad de la piel de los niños, como ha hecho notar v. RITTER, ha de consistir en vestir holgadamente al niño, y en emplear al principio los baños de cocimiento de corteza de encina y las pomadas; más tarde, al cesar la flegmasía, y á fin de activar la epidermización, están indicados los medios queratoplásticos (ictiol, resorcina, thiol), en forma de pomadas ó de emplastos.

### 9. Eritema nudoso

*Patogenia y etiología.* El eritema nudoso es una dermatosis que se observa más á menudo que en los adultos en la edad de la infancia. Unas veces se declara consecutivamente á ciertos estados morbosos (enfermedades infectivas), al reumatismo, á la malaria, etc.; en estos casos ataca sobre todo á niños anémicos, escrofulosos ó debilitados; otras veces, y es lo que se observa con más frecuencia, la enfermedad es *primaria* y se encuentra en tal caso sobre todo en los niños de poca edad, principalmente entre los cuatro ó cinco años. Por lo demás, la *etiología* del eritema nudoso es obscura. Fundándose en sus caracteres, se considera esta afección como enfermedad general, probablemente de naturaleza infectiva, y se la coloca al lado de los exantemas agudos (BOHN, LEWIN). Contrariamente á la opinión de diversos autores, no existe ninguna relación entre el eritema nudoso y la tuberculosis, ó cuando menos es ésta muy dudosa.

*Síntomas y curso.* La enfermedad empieza generalmente por algunos pródromos que consisten en sensación general de malestar, en trastornos gástricos, escalofríos, abatimiento, dolores en los miembros y en una fiebre remitente ó intermitente. Estas manifestaciones persisten durante algunos días. Aparece luego de improviso la erupción característica, que empieza casi siempre por los miembros inferiores, sobre todo por las piernas, al nivel ó cerca de la cresta de la tibia; ordinariamente la erupción se produce poco después en los antebrazos, en la cara anterior. La erupción está constituida por elevaciones y nudosidades redondas ú ovaladas del tamaño de una moneda de media ó de una peseta, aisladas ó agrupadas; pueden contarse en número de seis á ocho en cada antebrazo y en cada pierna, residiendo sobre una base eritematosa, dando al tacto una sensación de calor y siendo dolorosas á la presión. En los casos leves, la erupción queda limitada á las regiones indicadas; pero en los casos graves puede extenderse á los brazos y á los muslos, y excepcionalmente á la cabeza y al tronco. Cada una de estas nudosidades interesa todo el espesor de la piel, aumenta progresivamente en extensión y puede llegar á alcanzar el volumen de medio huevo ó de una manzana. Al cabo de algunos días las nudosidades toman un color lívido, se aplanan y desaparecen del quinto al octavo día, sea sin dejar señales, sea presentando las modificaciones de color propias de la hemoglobina extravasada cuando el exudado presenta más el carácter hemorrágico, dejando más tarde una pigmentación parduzca pasajera. Ocurre á veces que, al confluir varias nudosidades, se producen elevaciones que pueden alcanzar la extensión de la palma de la mano. Esta dermatosis no supura nunca. Se han indicado casos en que la erupción iba acompañada de infarto del bazo y de los ganglios linfáticos.

El *curso* ulterior de la afección es variable. A veces todo se limita á un solo brote de la erupción; pero en otros enfermos se observan varios brotes sucesivos, acompañados de sudores y de un movimiento febril.—La *duración* de la enfermedad varía de una á tres ó cuatro semanas. Cuando la erupción persiste largo tiempo, se observa frecuentemente que las fuerzas del niño se agotan y que éste se vuelve anémico. Se han indicado como *complicaciones* las tumefacciones articulares, la nefritis con albuminuria (RAUDNITZ), las hemorragias renales (KAPOSI, SENATOR), la endocarditis (LEWIN), la pleuritis (GÖRLITZ), la hematemesis, las cámaras hemorrágicas; pero estas complicaciones son sumamente raras.

*Diagnóstico.* Deberá fundarse en los caracteres particulares de la afección, así como en los trastornos del estado general y la fiebre concomitante.