UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA NEUMONIA

EN LOS NIÑOS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

LUIS CAVILLIOTTI

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y ESTEREOTIPIA DE BUFFET & BOSCH
307 — CALLE TUCUMAN — 307
1889

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

LA NEUMONIA
EN LOS NIÑOS

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA

POR

LUIS CAVILLIOTTI

BUENOS AIRES
IMPRENTA Y ESTEREOTIPIA DE BUFFET & BOSCH
307 — CALLE TUCUMAN — 307

1889

Art. 162 del Reglamento— La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las tésis.

Facultad de Ciencias Médicas

Décano

Dr. D. MAURICIO GONZALEZ CATAN

Académicos

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS
« « MANUEL PORCEL DE PERALTA
« « MAURICIO GONZALEZ CATAN
« « MANUEL ARAUZ
« « L. MONTES DE OCA
« « PEDRO A. MATTOS
« « EDUARDO WILDE
« « JOSÉ T. BACA
« « RAFAEL HERRERA VEGAS
« « IGNACIO PIROVANO
« « PEDRO MALLO
« « JOSÉ M. ASTIGUETA
« « MARTIN SPUCH
« « JACOBO DE T. PINTO
« « EUFEMIO UBALLES

Académicos honorarios

Dr. D. TEODORO ALVAREZ
« « GUILLERMO RAWSON
« « SANTIAGO LARROSA
« « ERNESTO ABERG
« « PABLO MARENGO
« « DOMINGO PARODI

Secretario

Dr. D. LUIS DE LA CÁRCOVA

ESCUELA DE MEDICINA

CATEDRÁTICOS TITULARES

Anatomía descriptiva	Dr. D. Juan José Naon.
Anatomía topográfica	» » Mauricio Gonzalez Catan.
Histolojía	» » Francisco A. Tamini.
Fisiolojía jeneral y humana	» » José M. Astigueta.
Higiene pública y privada	» » Antonio F. Crespo.
Patolojía jeneral y ejercicios clinicos	» » José T. Baca.
Materia Médica y Terapéutica	» » Justiniano Ledesma.
Patolojía externa	» » Guillermo Udaondo.
Patolojía interna	» » Manuel Arauz.
Anatomía Patológica	» » Telémaco Susini.
Medicina operatoria	» » Bartolomé Novaro.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » Jacob de T. Pinto.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » Manuel Blancas.
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» » Pedro Lagleyze.
Enfermedades nerviosas	» » José M. Ramos Mejia.
Enfermedades mentales y clínica id	» » Lucio Melendez.
Clínica Quirúrjica	» » Ignacio Pirovano, Luis Güemez.
Clínica Médica	» » Manuel P. de Peralta, Juan B. Gil.
Obstetricia y Clinica obstetricial	» » Samuel A. Molina.
Medicina legal y Toxicolojía	» » Eduardo Wilde.
Química aplicada á la Medicina Química aplicada á la Farmacia	» » Pedro N. Arata.
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Martin Spuch.

CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS

Anatomia descriptiva y topográfica	Dr. D. Juvencio Z. Arce.
Histolojía	» » Andrés F. Llovet.
Fisiolojía jeneral y humana	» » Cárlos Villar.
Higiene pública y privada	» » Meliton G. del Solar (en ejercicio), Enrique Revilla.
Patolojía jeneral y ejercicios clínicos	» » Claudio Benitez— Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	» »
Patolojía externa	» »
Patolojía interna	» » José Penna.
Anatomía patológica	
Medicina operatoria	» » Adalberto Ramaugé.
Enfermedades de mujeres y clínica ginecológica	» » Enrique Bazterrica.
Enfermedades de niños y clínica pediátrica	» » Antonio F. Piñero—Facundo Larguia (en ejercicio).
Enfermedades de los ojos y clínica oftalmológica	» » Eduardo Obejero.
Enfermedades nerviosas	
Enfermedades mentales y clínica id	» » Domingo Cabred.
Clínica Quirúrjica	» » Julian Aguilar—Antonio C. Gandolfo (en ejercicio).
Clínica Médica	» » Abel Ayerza, Chaves
Obstetricia y Clínica obstetricial	» » J. R. Fernandez—L. F. Vila.
Medicina legal y Toxicolojía	» » J. B. Señorans (en ejercicio).
Química aplicada á la Medicina	
Química aplicada á la Farmacia	
Farmacia y práctica farmacéutica	» » Atanasio Quiroga.
Clínica Médica	» » Eufemio Uballes

PADRINO DE TESIS

DOCTOR D. EUFEMIO UBALLES

Señor Presidente :

Señores Académicos :

De maneras diversas el organismo humano responde á los procesos mórbidos que le afectan, segun que su potencia vital ú orgánica tenga mayor ó menor fuerza reaccional.

Es por esta razon que tomamos la edad adulta como tipo para la descripcion de las enfermedades, porque en esta época de la vida el organismo llegado á su máximum de desarrollo reacciona de una manera casi constante, excepto condiciones individuales que llegan á imprimir al proceso modalidades especiales.

En la vejez ó en la infancia, las reacciones están en razón directa de la actividad orgánica: débiles y llegan á faltar á causa del debilitamiento senil de las funciones, presentando las enfermedades en ciertos casos síntomas inciertos, mientras que en la infancia el movimiento nutritivo es enérgico y la circulacion activa.

Las distintas maneras de reaccion producen como resultado inmediato diferencias en el aspecto general

del proceso mórbido, imprimiendo caractéres particulares en su conjunto y en sus manifestaciones sintomáticas, que la diferencian del tipo con que habitualmente se presenta.

Se nota esto especialmente en las enfermedades de la infancia, no haciendo alusion á las que son propias de esta edad, como la atrepsia y otras, sinó á las que se presentan en todas las edades adquiriendo en los niños modalidades que modifican su forma á tal punto de hacer difícil el diagnóstico, causándonos la impresion de encontrarnos en presencia de un estado mórbido especial.

Entre estas afecciones colocamos la neumonia que presenta en la primera época de la vida caractéres particulares, aun cuando su naturaleza es la misma en todos los casos.

Durante mi permanencia en la Casa de Expósitos he tenido la ocasion de observar la marcha de esta enfermedad en niños de diversas edades.

Someto á vuestra ilustrada consideracion este trabajo, en el cual nada nuevo encontrarán, cumpliendo así el último requisito que el Reglamento exige para el Doctorado.

SINONIMIA — DEFINICION

NEUMONIA LOBAR AGUDA, NEUMONIA FIBRINOSA, NEUMONIA CRUPAL, NEUMONITIS, PERI-NEUMONIA.

Respecto á las dos primeras denominaciones, hay el hábito de emplearlas indiferentemente; siempre que el exudado sea francamente fibrinoso, y bajo este punto de vista designaríamos con el nombre de neumonia fibrinosa solamente la neumonia franca; de neumonia lobar, la que tiene por asiento un lóbulo ó una gran parte de él.

En tésis general reuniremos bajo este nombre de lobar, la neumonia fibrinosa y todas aquellas que no dependen ni de la hipostasia, ni de la bronco-neumonia, ni las orijinadas por las embólias.

La tercera denominacion llamada crupal por los alemanes, adolece de que se presta á confusiones, por cuanto nos haría creer en una neumonia complicando al crup; y sobre todo porque el proceso tal como lo describe Wirchow es diferente en el alveolo, sitio de la afeccion y en las mucosas atacadas de crup; y así encontramos, dice Jaccoud, en las mucosas que el exu-

dado interesa las capas epiteliales produciendo alteraciones y nunca es hemorrágico; mientras que en la neumonia el epitelio se encuentra intacto y el exudado en su principio es hemorrágico.

Las dos últimas denominaciones son de los antiguos y hoy están en desuso.

Bajo el nombre de peri-neumonia, los antiguos y los médicos anteriores á Laennee, hacian confusion de las afecciones del aparato respiratorio.

Así en tiempo de Hipócrates se llamaba peri-neumonia á la inflamacion aguda del pulmon, caracterizada en el cadáver por uno de los tres estadíos: infarto, hepatizacion roja, hepatizacion griz, y en el enfermo por ciertos signos físicos.

Es á Piorry á quien se debe el estudio de la separacion de las diferentes especies de neumonias; así separó la hipostática de la bronconeumonia y de la neumonia fibrinosa. Igualmente Wirchow descubrió la embólia, y dió á conocer una nueva especie denominada neumonia consecutiva á la embólia.

Sobre la marcha cíclica de la temperatura, es á Wunderlich y á su discípulo Thomas á quien se les debe el estudio de este importante síntoma de la neumonia.

CAUSAS

La neumonia fibrinosa es muy rara en los niños en los primeros meses de la vida, y muy frecuente entre los 3 y 13 años. Sin embargo, Henoch cita el hecho de un caso que encontró en su clínica de seis meses de edad, y muerto al cabo de varios dias se encontró en la autopsia, una verdadera hepatizacion de los dos lóbulos inferiores complicada de pleuresia purulenta.

Segun las estadísticas recojidas por este autor, encontramos 44 casos, 10 tenian de 1 $^1/_2$ á 3 años, 12 tenian de 3 á 6 años, 22 tenian de 6 á 12 años.

En diferentes ocasiones no se creía en la existencia de la neumonia antes de la edad de 5 años; y Rillet y Barthez han publicado estadísticas demostrando lo contrario; y segun ellos, cerca de la mitad de los niños enfermos son de una edad menor de 2 años; así una quinta parte pasan de 6 años. Debemos tener en cuenta que esta estadística ha sido hecha en ciudades.

En los hospitales donde se reciben niños mayores de 2 años, los resultados varian, y segun esto los autores están acordes en considerar que entre 2 y 6 años

se observa la mayor frecuencia. Así Cadet de Gassicourt, ha encontrado en 62 casos, 26 de 2 á 6 años inclusive, y 36 de 7 á 15 años, lo que daria una proporcion mayor de un décimo para la primera série.

Entre las causas ocasionales, citaremos los enfriamientos, aun cuando algunos autores afirman que la enfermedad aparece sin causa apreciable.

Se ha observado que en los meses de primavera, es cuando aparece el mayor número de casos de neumonia, debido al cambio de vestidos abrigados por otros menos protectores.

Para concluir diremos: hoy que se puede diagnosticar y distinguir la bronco-neumonia de la neumonia fibrinosa, se está de acuerdo en considerar que los niños están menos expuestos que los adultos á contraer la enfermedad; aunque es difícil decir cual es la razon cierta de esta diferencia entre las dos edades de la vida, por cuanto el número de observaciones hasta hoy es insuficiente. Segun Zienssen, de 186 casos observados en niños, la neumonia sería más frecuente en los niños menores de 6 años, que en los de mayor edad; correspondiendo 177 para los de 6 años, y 69 para los de 10 años.

La neumonia catarral ó bronco-neumonia es la afeccion inflamatoria de los pulmones la más frecuente en los niños.

A título de causa predisponente no se puede, como en el adulto, invocar la robustez y el temperamento sanguíneo; en la niñez no está averiguado bien la disposicion órganica que facilita esta forma de flegmacía.

ANATOMIA PATOLOGICA

La neumonia lobar aguda ó fibrinosa, difiere de la bronco-neumonia, bajo el punto de vista de sus síntomas y de su marcha. Es una afeccion de marcha cíclica y puede estar ligada á la presencia de microbios, y sus signos físicos se suceden con una regularidad que se prevée de antemano; mientras que en la bronco-neumonia sus signos son irregulares y variables.

Estas enfermedades difieren en su anatomía patológica. Así, en la segunda, las lesiones son numerosas, variadas y desemejantes, en tanto que en la primera sus lesiones son idénticas y su evolucion es regular.

Se distinguen tres grados ó estadíos anatómicos en la neumonia franca; primero, conjestion ó infarto; segundo, hepatizacion roja, y tercero hepatizacion griz ó infiltracion purulenta. En el primer grado, un lóbulo ó dos á la vez son invadidos por una congestion activa muy intensa. El parenquima del pulmon es de un rojo oscuro; está hipertrofiado y más duro que en el estado normal y crepita poco á la presion; al

corte, derrama un líquido sero-sanguinolento y sobrenada cuando se le sumerje en el agua.

Es evidente que no se puede constatar en la autopsia la conjestion del primer foco neumónico; pero á la auscultacion se aprecia el progreso del mal dia á dia.

En la autopsia se encuentra cerca de las regiones hepatizadas el estado que corresponde á la conjestion, y esto se observa cuando el enfermo muere de neumonia en vías de extension.

Cuando se endurecen piezas en el alcohol, la goma, etc., se vé que los capilares alveolares están turgentes como varicosos, los alveolos contienen glóbulos rojos y blancos, células epiteliales granulosas con núcleos.

Este periodo dura de veinte y cuatro á cuarenta y ocho horas.

En el segundo estado de hepatizacion roja, las células linfáticas y los glóbulos rojos pasan por diapedésis al interior de los alveolos, la fibrina sale de los vasos, se coagula, y forma un exudado sólido que llena los alveolos.

El pulmon ha aumentado de volumen y cae al fondo cuando se le sumerje en el agua; no crepita, su tejido es compacto y sólido. Cuando se le comprime sale un líquido viscoso, sanguinolento, de la superficie de seccion, y el aspecto de este corte es granuloso, debido á los infundibulum llenos del exudado fibrinoso.

Cuando se raspa con el escalpelo el corte de pulmon hepatizado, se tienen grumos grizaseos en forma de molde del interior del alveolo.

Si examinamos las congestiones en estos cortes, se vé un engrosamiento de los alveolos llenos del exudado; y puede decirse que este es debido á la distension de sus vasos por la sangre.

El exudado de la neumonia está compuesto de una red fibrilar de fibrina, que encierra en sus mallas pequeño número de celúlas epitiliales modificadas, corpúsculos de pus y glóbulos rojos.

Entre las paredes de los vasos interalveolares, se notan células epiteliales tumefactas al principio de este estadío, mientras que si data de dos á tres dias la hepatizacion, los alveolos están distendidos por el exudado y los vasos sanguíneos menos salientes con células en su interior.

En el estado normal, el tejido pulmonar es sólido por las fibras elásticas que contiene, y cuando se comprime, el aire se escapa y pasa á los bronquios, los alveolos se unen y constituyen por su union un tejido espeso y resistente. Pero en la hepatizacion roja, los alveolos están llenos de fibrina y cambian de lugar cuando se comprime; estando las paredes tan delgadas é inmóviles que se rompen á la presion.

Los bronquios están rojos é inflamados, los bronquiolos llenos de exudado fibrinoso adherente.

Los bronquios medios contienen un líquido viscoso que tiene en suspension filamentos de fibrina, y provienen de los pequeños bronquios y pueden encontrarse en los esputos.

El segundo período dura de tres á cinco dias si termina por resolucion, ó puede pasar á la supuracion.

Cuando la neumonia se termina por resolucion, la fibrina se deposita en los alveolos y pierde su estado fibrilar. Esta red es reemplazada por un líquido en el cual nadan células linfáticas libres; siendo absorbidas las células y la fibrina por la vía linfática.

La resolucion de la neumonia en los jóvenes es rápida en muchos casos, pero en otros se hace lentamente, aunque los síntomas generales disminuyan y la auscultacion no nos revele sinó una hepatizacion persistente.

Segun Cornil y Ranvier, han encontrado en un enfermo muerto de una enfermedad intercurrente, veinte dias despues que desapareció la fiebre y los demás síntomas de la neumonia, pero habia conservado rales crepitantes finos en la parte del pulmon hepatizado primitivamente.

En la autopsia se encontró varios focos de tejido flácido é impermeable, que se confundían con las partes sanas, y sumerjido en el agua vá al fondo. Al corte presenta en un fondo rojo granos amarillos en su superficie de seccion.

Si se endurece un pedazo de pulmon en el ácido ósmico, se colora y si se le examina al microscopio, se ven los aveolos llenos de un líquido coagulado, células linfáticas con granulaciones teñidas de negro por este ácido.

La pared de los alveolos tiene capas de células po-

liédricas, y las células más cercanas á la superficie forman verdaderas membranas. Se observa esta capa de epitelio tumefacto en todas las inflamaciones lentas del pulmon, y en el período de declinacion de la inflamacion aguda.

Si las células linfáticas continúan derramándose en los alveolos, la neumonia pasa al estado de infiltracion purulenta.

En el tercer período de hepatizacion griz ó purulenta, la seccion es de un griz pálido ó amarillento granulosa; y si se comprime el pulmon sale un pus espeso griz rojizo, el tejido está friable.

Al microscopio se observa que los alveolos contienen celúlas linfáticas granulosas, la fibrina es amorfa y tambien granulosa, los vasos capilares alveolares tienen glóbulos blancos y pocos rojos.

En las personas en malas condiciones higiénicas, es en las que se observa la hepatizacion griz, que termina casi siempre con la muerte; durando cinco á seis dias este estadío antes del desenlace fatal.

La neumonia aguda que ataca casi siempre la superficie del pulmon, se complica de cierto grado de pleuresia, estando la hoja viceral cubierta de una seudo-membrana que le dá un aspecto arrugado; otras veces esta membrana es muy espesa y está compuesta de glóbulos de pus, células endoteliales y fibrina dispuesta en red.

Rara vez se observa un derrame líquido en la pleura,

y la abundancia de este caracteriza la pleuresia aguda primitiva, y es entonces que se dice que hay pleuro-neumonia.

El modo como nos explicaríamos el proceso, es por la delgadez de la pleura viceral, que es de 50 milésimos de milímetro; y porque su circulacion está bajo la dependencia de la de los alveolos contiguos.

Los linfáticos de la superficie pulmonar están inflamados y llenos del mismo exudado que contienen los alveolos.

En la neumonia catarral, los linfáticos presentan en su interior células endoteliales, células linfáticas; en la fibrinosa contienen fibrina, glóbulos blancos, glóbulos rojos y células endoteliales.

En las neumonias catarrales ó fibrinosas las lesiones de los linfáticos profundos no pueden reconocerse, no sucediendo esto en los vasos superficiales de la pleura.

El tejido conjuntivo de la pleura está engrosado á causa de la presencia de las células linfáticas y de un líquido contenido en las mallas de este tejido, lo mismo que los ganglios linfáticos de la raiz del pulmon y de los bronquios, están rojos, inflamados y tumefactos.

Pasaremos á indicar cómo estan repartidas las diferentes lesiones que hemos estudiado.

La neumonia es simple ó doble, segun que esté limitada á un solo pulmon ó á los dos á la vez. La neumonia simple ataca con frecuencia el lóbulo inferior y este es invadido por la hepatizacion, rara vez los dos ó tres del mismo lado; y el último atacado conserva

partes permeables al aire. La neumonia no aparece nunca en los dos pulmones á la vez, sinó que ataca á uno y se propaga al otro cinco ó seis dias despues de su aparicion.

La neumonia franca ataca varios lóbulos y se manifiesta en unos por una hepatizacion griz ó roja y en otros por infarto.

En los pulmones enfisimatosos, la hepatizacion neumónica es notable por el tamaño de las granulaciones, y no son sinó las lagunas del pulmon atacado llenas del exudado fibrinoso.

En los enfermos atacados de afecciones del corazon, la neumonia afecta una marcha más lenta, y se complica de conjestion intensa y puede llegar hasta la apoplegia del órgano. Esta afeccion está ligada al éxtasis sanguíneo.

En la autopsia de los muertos de neumonia, además de las lesiones pulmonares se encuentran nefritis catarrales ó parenquimatosas, y el hígado está en estado graso, segun Cornil y Ranvier.

Algunos autores, entre ellos Strumpell, considera á la neumonia aguda como enfermedad zimática, determinada por la presencia de microbios infecciosos; siendo Friedländer en Alemania quien los descubrió.

SINTOMATOLOGÍA

Cuando es primitiva, el principio de la neumonia es brusco, aunque otras veces es precedido de malestar ó bien de una bronquitis de los gruesos bronquios; esto es lo que observamos en los niños pequeños generalmente cuando es secundaria. En los de mayor edad, sobrevienen escalofríos, fiebre, puntada de costado, delirio, cefalalgia, vómitos, diarrea ó constipacion, y otras veces convulsiones, lo que es casi de regla, y equivale al escalofrío en los niños; acompañando á estos fenómenos la diarrea, que es muy frecuente en estos casos.

Respecto á la existencia de estos síntomas en el enfermo, varian al infinito, apareciendo unos y faltando otros, y solo la elevacion de la temperatura, que es de observacion constante hasta dos ó tres grados sobre la normal y se mantiene hasta el fin de la enfermedad con ligeras remisiones, es á verdad decir uno de los síntomas que con la disnea, nunca falta.

Otros de los síntomas frequentes es el dolor de costado; no siempre es fácil de apreciarlo cuando el pa-

ciente es menor de cinco años, para lo cual nos valdríamos de la exploracion del torax y del interrogatorio á los miembros de la familia.

En cuanto á los síntomas delirio, vómitos y cefalalgia, algunas veces sucede que son causa de errores en el juicio diagnóstico; á consecuencia de observarse en otras afecciones, como las del cérebro.

La disnea frecuente, es constante aunque variable en su grado; así se observa que cuando el niño duerme, la respiracion nos parece normal y si tratamos de examinar á éste se vuelve disnéica. En otros casos observamos que la tos falta y la respiracion es casi normal.

Las convulsiones al principio de la neumonia franca, no es infrecuente observarlas en los niños menores de dos años y durante el período de la denticion; no así en los de mayor edad, que son raras, y cuya aparicion generalmente no pasa de uno ó dos ataques.

Los esputos herrumbrosos faltan siempre en los niños pequeños y se encuentran en los mayores de diez años.

La marcha de la temperatura en la neumonia fibrinosa es característica; otro tanto sucede cuando es precedida de bronquitis, su principio es menos brusco elevándose está á 39°, algunas veces, á 40° y se nota al dia siguiente que llega á 40° ó pasa de esta temperatura, oscilando entre 40° y 40°5 con ó sin remisiones.

Durante doce dias el maximum, la temperatura se mantiene en este estado; aun cuando se observan

descensos al tercero ó cuarto dia, lo que nos indicaria que se producen conjestiones succesivas; y estos descensos marcarán el intérvalo entre dos conjestiones, segun ha observado Cadet de Gassicourt. La defervescencia se hace bruscamente; y la temperatura baja rápidamente en diez á doce horas de dos á cuatro grados, y aun este descenso llega por debajo de la normal.

En otros casos, segun este mismo autor, la defervescencia se hace lentamente y dura veinte y cuatro hasta cuarenta y ocho horas, sin saber á que atribuir este retardo en algunos casos, y en otros, la causa de este es debida á que la defervescencia es interrumpida por empujes conjestivos, y estos mantienen la temperatura hasta su terminacion, haciendo seguir á la línea de declinacion un plano inclinado hasta la normal.

La duracion de la defervescencia es variable: así en el niño es de cinco dias, y puede durar hasta trece dias.

Para Rillet y Barthez esta duracion es de siete dias, como lo es para Picot y d'Espine.

Para Cadet de Gassicourt la defervescencia principia á los seis ú ocho dias, rara vez despues del noveno ó décimo dia y nunca despues de este tiempo.

El hábito exterior del enfermo se nos presenta á nuestra vista con las siguientes alteraciones: la cara se presenta roja en la region de los pómulos; otras veces se nota la presencia de herpes en los labios ó en las alas de la nariz, lo mismo que la dilatacion precipitada de las ventanas de esta, vienen á caracterizar la *facies neumonica.*

En el aparato digestivo, notamos que la lengua está seca, saburrosa, cubierta de una capa blanco sucio: el apetito está abolido, los vómitos se observan generalmente aunque pueden presentarse ulteriormente. Las alteraciones en el canal intestinal no son raras, y se nota algunas veces diarrea bastante intensa.

Una de las complicaciones de la neumonia, la ictericia, no siempre es frecuente, y es producida segun los autores, por el catarro del duodeno; en otras ocasiones se produce por la presion que sobre las vías biliares, ejercen las venas del hígado dilatadas por estancacion.

El bazo esta abultado en los casos graves y en la autopsia se encuentra infartado este órgano.

En las alteraciones del aparato circulatorio, se nota que el pulso está acelerado al principio de la enfermedad, pudiendo llegar las pulsaciones de 140 á 160 por minuto.

La pequeñez, la debilidad y la irregularidad del pulso, se consideran como signos de insuficiencia cardiaca.

El descenso de la temperatura puede llegar hasta 35° y aun 34°, las partes periféricas como la nariz y las extremidades se ponen frias, pálidas y algo cianóticas; la debilidad y postracion general son extraordinarias en los casos graves.

Por parte del aparato renal, notamos que la orina está disminuida en su cantidad y aumentada en su densidad ; igualmente observamos la presencia ó no

de albumina, aumento de la urea, ácido úrico y disminucion de los cloruros. Estas modificaciones son debidas á la combustion febril desde la invasion hasta terminar el período de estado; siendo la consecuencia inmediata de esta desnutricion, el enflaquecimiento del enfermo.

Este período dura de tres á siete dias.

SÍNTOMAS FÍSICOS

En la neumonia de los niños, los signos físicos aparecen casi siempre juntamente con los síntomas generales; aunque hay un espacio de tiempo que separa la aparicion de los rales crepitantes, del dolor del costado y del escalofrío; pero este siempre es muy corto, para que sea un inconveniente en el diagnóstico de esta afeccion, puesto que la marcha de ésta en nada se modifica.

En los niños menores de cinco años, los rales crepitantes son reemplazados por rales sub-crepitantes finos y se perciben en un espacio mayor que la parte atacada; lo mismo que el soplo aparece primero que en el adulto.

Respecto de su localizacion, diremos que las neumonias centrales son más frecuentes en el vértice que en la base; en la proporcion de dos tercios para el vértice, y un tercio para la base: otro tanto diremos con relacion á la época de la aparicion de los signos estetoscópicos; siendo esta lo más frecuente del quinto al sexto dia.

En algunos casos, sucede que los síntomas físicos tardan en aparecer, y el médico tiene por única guía la marcha de la temperatura y de los síntomas generales, para hacer el diagnóstico.

En el caso de una neumonia central, que nos impidiese hacer nuestro diagnóstico por la auscultacion, nos valdríamos de los síntomas objetivos: como la tos, la disnea, el escalofrío y el dolor de costado.

Segun Picot y d'Espine, la inflamacion de la pleura participa siempre de la de los pulmones, aun cuando es difícil de constatarlo en el niño que no muere de esta afeccion. En cuanto á la pleuresia con derrame, dice Cadet de Gassicourt, que muy pocas veces la ha observado en su práctica, habiendo desaparecido casi siempre con la neumonia y es de tan poca intensidad para considerarla como verdadera complicacion.

SITIO

Los autores no están acordes sobre la importancia del sitio de esta lesion; así para Rillet y Barthez, es más frecuente doblemente á la derecha que á la izquierda y para Cadet de Gassicourt y Picot y d' Espine la relacion es igual con pequeñas diferencias: así de 58 casos observados, han encontrado que 28 eran atacados del lado izquierdo y 30 del lado derecho.

Respecto de la relacion que existe en las neumonias de la base y del vértice, son más frecuentes las últimas en el niño que en el adulto, segun observaciones hechas por Zienssen, Verliac, Dumaschino, Rillet y Barthez; lo mismo que este último autor ha confirmado que las neumonias del vértice son más frecuentes á la derecha que á la izquierda; al propio tiempo que más á menudo son centrales que las de la base.

En una estadística publicada por Cadet de Gassicourt sobre 14 neumónicos, encontramos los siguientes resultados respecto de su localizacion:

En el vértice derecho cinco; en el izquierdo tres; en la base derecha una; en la base izquierda cinco.

De manera que sacaríamos las siguientes conclu-ciones: que las neumonias centrales son más frecuentes á la izquierda que á la derecha y más frecuentes en la base izquierda que en el vértice izquierdo; y más en el vértice derecho que en la base del mismo lado.

DURACION DE LA RESOLUCION

La duracion de la resolucion no concluye con la defervescencia, sino que persiste varios dias despues que hayan desaparecido los síntomas alarmantes de la enfermedad; siendo la duracion media de ésta de tres á seis dias, debiendo notarse que en este tiempo no está terminada la delitescencia, sinó cuando los signos físicos hayan desaparecido.

Bajo tres puntos de vista debemos considerar la delitescencia: primero, para determinar la duracion de la enfermedad; segundo, bajo el punto de vista del diagnóstico y tercero, del pronóstico.

El siclo térmico, dura algunas veces cinco dias, otras diez ú once, lo general de siete á ocho, lo mismo que la delitescencia y la defervescencia no coinciden; siendo la duracion total de la neumonia mayor que el siclo febril: como término medio tomaremos doce dias lo que dura esta afeccion, y quince dias el maximum.

De estas observaciones, sacaremos las conclusiones siguientes para el diagnóstico entre la conjestion aguda y la neumonia fibrinosa, y diremos: que en la pri-

mera su duracion es de cinco dias y nunca pasa de ocho, mientras que en la segunda sobrepasa este tiempo, mas los sintomas que la caracterizan, sucediendo rara vez que una neumonia dure ocho dias como mínimum.

Uno de los casos en que el médico se encuentra perplejo, cuando es requerido ya sea en el momento de la defervescencia ó antes, y se trate de una neumonia central cuya marcha se halle en esta periodo; el diagnóstico, dice Cadet de Gassicourt, es imposible.

Sucede que la resolucion á veces dura más de diez dias, y esta se observa en las neumonias del vértice, y segun dice Jaccoud, esta resolucion lenta es el principio de una delitescencia imperfecta.

Cadet de Gassicourt, cita casos de niños en que la resolucion era tardía de más de veinte dias y parecian curados en apariencia; y algun tiempo despues habiéndolos examinado, encontró en uno de ellos una induracion pulmonar al nivel de la fosa sub-espinosa.

Zienssen, asegura haber observado la curacion de neumonia del vértice despues de la reabsorcion lenta del exudado.

Neumonias francas anómalas

Entre las neumonias anómalas, citaremos la forma *tifoidea*, la más frecuente, y la *cerebral*, con sus variedades, como la clasifica Rillet y Barthez en forma *meningea* y en forma *eclámptica*.

Los síntomas que caracterizan á la primera son: el delirio, los vómitos, escalafrío, convulsiones, cefalalgía, diarrea ó constipacion y epistasis.

Podemos citar un ejemplo de esta forma en un niño que al exámen encontrásemos los signos físicos de la neumonia, más los síntomas delirio, cefalalgía, diarrea y epístasis; el diagnóstico no seria fácil, pero si á la auscultacion y percusion no nos revele nada normal tratándose de una neumonia central, nuestra duda persistirá hasta que otros fenómenos nos indiquen de qué afeccion se trata.

En la forma *meningea*, hay predominio de los síntomas delirio, vómitos, cefalalgia, constipacion y gran soñolencia.

En la *eclámptica*, aparecen las convulsiones al principio y se repiten por varios dias; y en otros casos se observan más tarde. Como vemos en las dos primeras formas, el conjunto de los síntomas, más el predominio de uno de ellas, es lo que caracteriza á cada una de estas formas. En esta forma la convulsion es lo que la distingue, observándose más frecuente en los niños menores de dos años. Esta forma se ha obser-

vado casi siempre con la misma frecuencia en las neumonias del vértice como en las de la base, segun Cadet de Gassicourt.

Rillet y Barthez, dicen que los síntomas convulsivos ó comatosos, son exclusivamente de las neumonias del vértice; sin embargo M. Dreyfaus cita un caso de forma *meningea* en una neumonia de la base.

Neumonia de forma tifoidea

El modo de iniciarse esta forma, nos pondría en el camino del diagnóstico; puesto que siempre existe un síntoma culminante en este período de la enfermedad, que es el abatimiento ó sea el escalofrío inicial para confundirle con la fiebre tifoidea; aun cuando éste no siempre es constante. Otro tanto diremos del dolor de costado; debemos interrogar al enfermo y á los parientes; y dia por dia investigar por la palpacion hasta dejar constatada la existencia de este síntoma siendo una excepcion que falte.

Respecto de la marcha de la temperatura, se nota que no se observan las oscilaciones regulares con descensos matinales y elevaciones vespertinas de la fiebre tifoidea; que llega al tercero ó cuarto dia. Hay casos en que la marcha de la temperatura, puede por sí sola ayudarnos para el diagnóstico; pero si las oscilaciones térmicas no siguiesen una marcha típica en la fiebre tifoidea, ésto se produciría á partir del octavo al noveno dia, época en que la confusion sería difícil; pero

no siempre sucede esto, puesto que se observan casos en que las oscilaciones de la mañana y de la tarde son tan regulares como las de la fiebre tifoidea. Así dice Cadet de Gassicourt: si se comparan dos cuadros de temperatura, uno de neumonia, y otro de fiebre tifoidea de principio brusco, es imposible encontrar diferencia entre los dos.

Para que el diagnóstico fuese imposible, sería necesario que faltasen varios de los síntomas característicos de la neumonia: tales como la ausencia del dolor de costado, del escalofrío, de la diarrea, y que se trate de una neumonia central con gran abatimiento, cefalalgía, y cuya temperatura tenga oscilaciones regulares.

Se vé por esto, que sería muy raro encontrarse en presencia de un caso de esta naturaleza, y lo que vendria á ilustrar el diagnóstico, sería la marcha ulterior de la afeccion, mas la aparicion de los signos físicos nos sacarian de nuestra duda; además que la fiebre tifoidea es rara en los niños y por debajo de dos años es casi excepcional.

Neumonia de forma cerebral

Esta forma á la cual Rillet y Barthez dieron este nombre, le dividen en dos formas secundarias: la forma *meningea* y la forma *eclámptica*, cuyos caractéres comunes simulan con las afecciones del cerebro en la época de la infancia. Ya sea el delirio, el coma ó las

convulsiones, que predominen en el cuadro sintomatológico, la atencion del médico estará de parte del cerebro en estos casos, y con el exámen atento llegará á descubrir los demás signos de la neumonia. Otras veces sucede que las dos formas con sus síntomas propios, se observan en el mismo enfermo, haciéndose difícil el diagnóstico aun para el más hábil y experimentado clínico.

Forma meningea

Los síntomas que caracterizan á esta forma en su principio son: delirio, cefalalgía, vómitos, constipacion, adormecimiento, otras veces coma.

No es necesario que todos estos síntomas se encuentren reunidos, dice Cadet de Gassicourt, para producirnos la ilusion de encontrarnos en presencia de un caso de meningitis; bastan algunos de ellos.

En cuanto á los signos físicos, no es indispensable que falten, puesto que un estado mórbido no puede estar constituido por la ausencia de ciertos síntomas, pero acontece que en la práctica se nota el predominio de los fenómenos cerebrales, cuando se trataba de una neumonia central, siendo esta centralidad de la afeccion la condicion especial de la forma que describimos, segun los autores.

La forma meningea, es rara; se observa en los niños de dos á diez años. La esclámptica es especial en los niños pequeños que sufren de una denticion laboriosa.

Las convulsiones en los niños mayores de dos años no son raras en los atacados de neumonia.

Forma Eclámptica

Las convulsiones sean generales ó parciales, son los síntomas predominantes en esta forma. Pero debemos hacer excepciones á esta regla, para las neumonias que en su principio aparezca una convulsion sin presentar el enfermo ni soñolencia, ni abatimiento marcado que será el complemento del síntoma antes descrito. Así asegura Cadet de Gassicourt, que no hay diferencia nosológica entre una neumonia que principie por una convulsion aislada, de las que en las primeras veinticuatro horas ó en los primeros dias hayan debutado por convulsiones sucesivas; las relaciones que las unen son íntimas.

Rillet y Barthez, han dado á esta forma una descripcion magistral: "para ellos la eclampsia acompañada ó precedida de fiebre marca el principio de la enfermedad; otras veces el adormecimiento y la fiebre son los primeros síntomas, y las convulsiones no aparecen sinó más tarde, del cuarto al sexto dia; otras veces, se notan al fin de la enfermedad y son parciales ó generales. En este último caso se observan movimientos desordenados de las extremidades superiores, acompañadas de carfología y de ajitacion, y se ha confirmado que cuando las convulsiones son generales, los ataques son poco numerosos y se repiten muchas veces en el dia si estos son parciales.

Despues que desaparecen las convulsiones generales el niño recobra su conocimiento; sin embargo se nota en su *facies* algo de cerebral: el ojo está fijo, los movimientos desordenados, los brazos temblorosos, hay tendencia al sopor.

Si en el curso ó al fin de la enfermedad sobrevienen convulsiones, hay rigidez y contraccion acompañado de un estado comatoso."

Otra forma de neumonia ha sido descrita por M. Bergeron, y segun este autor participa de los síntomas de las dos formas antes descritas: como vómitos, cefalalgía, constipacion, soñolencia, convulsiones y lo que la caracteriza á esta forma son las convulsiones que en lugar de ser clónicas, son tónicas, semejándose á la contractura. Así en un niño tratado por él en su servicio, presentaba una rigidez tetánica de los músculos de la nuca y del dorso, idéntico á lo que se observa en la meningitis tuberculosa.

La convulsion clónica llegada á su máximum, pasa á la tonicidad; y esta transformacion, no nos debe sorprender como lo demuestra Marey; no es más que una cuestion de grado dependiente del número y de la rapidez de las contracciones musculares sucesivas.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la neumonia en los niños, no es siempre fácil, á causa que á veces faltan algunos de los síntomas, ó son reemplazados por otros que vienen á dar mayores dificultades en el juicio que el médico forma de la afeccion. Así se ha visto confundir esta enfermedad, con la fiebre tifoidea, con las afecciones cerebrales, y aun con la escarlatina; puesto que todas ellas tienen síntomas que les son comunes, tales como la intensidad de la fiebre, respiracion acelerada, frecuencia del pulso, y la coloracion subida de la piel de la cara, unido á estos síntomas la tos, uno de los más frecuentes.

En las neumonias del vértice, las dificultades son mayores; por cuanto tocamos con el inconveniente de la indocilidad del niño, lo incómodo de aplicar el oído en la parte superior de su pequeño torax, y la marcha del centro á la circunferencia impide se perciban los rales, siendo estas dificultades no siempre fáciles de vencerlas en la práctica.

En este caso debemos acudir á los caractéres dife-

renciales de las enfermedades antes descritas. Respecto de la escarlatina, debemos tomar en consideracion la epidemia reinante, la rubicundez de la lengua y garganta, la ausencia de tos y de la aceleracion de los movimientos respiratorios; con relacion á la fiebre tifoidea, tendremos en cuenta los pródromos, la invasion menos rápida de la enfermedad, y la falta de tos en su período inicial, la edad del niño, que nunca ataca ó rara vez la fiebre tifoidea, á los menores de uno á dos años, siendo en esta edad difícil de diagnosticarla.

Otras de las afecciones con que se puede confundir la neumonia del vértice, es con las enfermedades cerebrales. La aceleracion de los movimíentos respiratorios en los niños pequeños atacados de meningitis, son tan frecuentes como en los afectados de neumonia; sin embargo, debemos tener en cuenta los síntomas calor y tos, que son más pronunciados en la neumonia y por otra parte falta la tos en la meningitis, observándose convulsiones seguidas de síntomas cerebrales graves en esta última.

Con la bronco-neumonia, no es frecuente confundirla por cuanto si se observa la enfermedad en su período inicial, encontramos el estertor húmedo en gran cantidad en los dos pulmones; lo que nos indica que seria doble; además casi siempre es consecutiva á otra afeccion.

En la neumonia de los lobulillos, notamos que la respiracion bronquial desaparece y reaparece, cuando los estertores aumentan ó disminuyen; en la neumo-

nia fibrinosa siempre es acompañada de rales de retorno de poca duracion y en menor número, siendo esta flegmasia de orígen primitivo limitada á un solo lado y con pocos estertores húmedos: hé aquí los caractéres diferenciales con la primera afeccion.

Con la pleuresia franca, tambien puede confundirse, y pasaremos en revista algunos de los síntomas propios de esta enfermedad; su mayor frecuencia desde la edad de seis años, su invasion, dolor en la region del torax algo intenso, soplo bronquial en la inspiracion en el primer dia ó despues; otras veces hay disminucion del murmullo vesicular, ausencia del aumento de las vibraciones toráxicas, aumento de los movimientos respiratorios y la fiebre en general es regular y disminuye del cuarto al octavo ó décimo dia; la espectoracion es insignificante, el soplo es reemplazado por la debilidad de la respiracion, su curso es irregular, desaparece rápidamente la afeccion en algunos enfermos, y en otros se prolonga y pasa al estado crónico.

PRONÓSTICO

Respecto del pronóstico, diremos que es favorable en la mayoría de los casos, y se consigue la curacion en los niños de dos á quince años, y Zienssen lo atestigua con una estadística sobre doscientos casos de neumonia franca solo tuvo siete insucesos.

Rillet y Barthez citan ejemplos de dos casos funestos para doscientos sesenta y dos terminados por la curacion por medio de la espectacion.

Picot y d'Espine se expresan así: "La neumonia franca cura siempre en los niños cuando es simple, limitada á un solo pulmon y cuando los enfermos no están sometidos á una medicacíon hipostenizante".

En cuanto á las neumonias desarrolladas en los niños en los primeros meses, hasta la edad de dos años, el pronóstico debe ser reservado; y para Rillet y Barthez son muy peligrosas cuando ocupan el vértice, porque á menudo se complican de accidentes cerebrales graves en los niños de una denticion laboriosa.

El juicio pronóstico, dependerá de varias condiciones relativas al enfermo: tales como el estado de su

salud anterior, la forma anatómica de la lesion, su sitio, sus complicaciones y su tratamiento. Sería desfavorable en el caso de haber padecido una enfermedad anterior, la edad menor de dos años, la época de la dentición, su asiento en el vértice de los dos pulmones.

En las neumonias secundarias, el pronóstico es más grave, puesto que el organismo se encuentra afectado en niños de corta edad, y no está en condiciones de reaccionar contra el elemento morbígeno, maxime si la enfermedad anterior ha sido de larga duracion.

Son síntomas de buen augurio, si la fiebre desciende, si la respiracion se hace normal y la facies del paciente no demuestra ningun síntoma alarmante; lo mismo si los fenómenos pulmonares siguen una marcha favorable, no trepidaremos en hacer un pronóstico benigno.

TRATAMIENTO

Muchos son los tratamientos que se han preconizado en esta enfermedad; así vemos que Cadet de Gassicourt aconseja la expectacion, cuando la afeccion tiene una marcha regular y la resolucion se hace con facilidad; por fin, cuando la terminacion es favorable, debe confiarse solamente en la reaccion de la naturaleza, dice este autor.

Igualmente sostienen Rillet y Barthez este tratamiento y han observado que los niños atacados de neumonia se curan en diez dias y algunas veces en quince por el método expectante.

La proporcion es la misma que en los niños tratados por una medicacion activa; y en los que no han sido sometidos á ningun tratamiento, la convalescencia rara vez pasa de quinze dias; en los que han sido tratados por el método antiflogístico ésta dura de quince á treinta dias.

Otro tanto dicen estos mismos autores hablando de las emisiones sanguíneas, que para ellos no tienen ninguna accion sobre la extension de la hepatizacion.

Respecto del tártaro emético, su administracion debe hacerse con mucho cuidado por los accidentes de envenenamiento que puede producir.

La dosis á que puede administrarse este medicamento en las veinticuatro horas es la siguiente:

Agua..... ...	100	gramos
Tártaro emético.....	0.05	centígramos
Jarabe.....	30	gramos

Para tomar una cucharadita cada dos horas.

Henoch aconseja la ipeca asociada al agua de laurel cerezo:

Raiz de ipeca.....	0.20	centígramos
Agua hirviendo.....	100	gramos

Hágase infusion y agréguese:

Nitrato potasa.....	2	gramos
Agua laurel cerezo.....	1.50	gramos
Jarabe de althea.....	20	gramos

Para tomar una cucharadita cada dos horas.

La medicacion tónica como tratamiento auxiliar, dá excelentes resultados por lo general en los niños atacados de neumonia franca, cuando la resolucion se hace incompleta y estos enflaquecen aumentando el movimiento febril y en que el estado general predomina sobre el estado local; es entonces que debemos tratar de levantar las fuerzas del paciente. Se puede usar en estos casos la pocion Jaccoud para tomar por cucharaditas durante el dia.

Cadet de Gassicourt usa la digital á la dósis de 20 á

40 centígramos de hojas, segun la edad del niño, en 60 gramos de mucílago gomoso. Otras veces administra la tintura alcohólica desde 25 centígramos hasta un gramo por dia.

Para combatir la disnea aconseja este autor un vomitivo; lo mismo que cuando existe el dolor de costado, aplica dos ó tres ventosas escarificadas en el sitio del dolor.

En cuanto al tratamiento de las complicaciones, cada una de las tres formas tiene el suyo propio.

En la forma tifoidea, cuando existe la adinamia, deben usarse los tónicos, el vino, el caldo, leche, etc.

En las dos últimas formas, se recurrirá á los antiespasmódicos y calmantes, tales como: el bromuro de potasio á la dósis de uno á dos gramos diarios, segun la edad del niño.

En la forma delirante, emplea Cadet de Gassicourt el cornezuelo de centeno á la dosis de 30 á 50 centígramos, mientras que en las formas convulsivas aconseja el cloral de 1 á 2 gramos diarios.

Los baños tibios han sido ensayados en estos últimos tiempos por numerosos autores, habiendo conseguido resultados satisfactorios en el tratamiento de esta afeccion; tienen la ventaja de llenar varias indicaciones: facilitan la respiracion, activan la expectoracion, tonifican el organismo y tienen además una accion sedante sobre el sistema nervioso haciendo bajar la temperatura.

OBSERVACIONNES

HISTORIA I

La expósita Eulogia Nº 10351, de 3 años de edad, temperamento linfático y constitucion regular, entró enferma el dia 18 de Noviembre y presentaba el cuadro de síntomas siguiente: por el exámen de los síntomas físicos encontramos en el pulmon derecho y en su base, estertores crepitantes, oscuridad de la respiracion por detrás en su vértice. A la percusion notamos sonoridad normal en su vértice y submatitez en la base del mismo lado.

En el lado opuesto no habia nada de anormal.

Pudimos apreciar un retardo en la inspiracion en el lado afectado, tal vez dependiente del dolor torácico á cada movimiento respiratorio, por más que no constatamos éste por el hecho de no saberse expresar nuestro enfermito.

En cuanto á los síntomas racionales, encontramos: la facies está alterada y presenta á nuestra vista el color sonrosado, las alas de la nariz entreabiertas, y se nota que es mayor la dilatacion en la expiracion; la mirada está brillante.

El termómetro marca 39°7 y las pulsaciones son de 160 por minuto, las respiraciones de 72 en el mismo tiempo.

En vista de todos estos síntomas diagnosticamos una neumonia de la base del pulmon derecho.

Se dió un baño tibio con el doble objeto de bajar la temperatura y disminuir la excitacion. Como tratamiento interno se ordenó administrar una bebida compuesta de infusion poligala, 100 gramos; kermes, 10 centígramos; jarabe de tolú, 30 gramos: para tomar una cucharadita cada dos horas.

Como revulsivo se hicieron aplicaciones de tintura de iodo en el punto afectado.

Como en todas las enfermedades febriles de los niños, el apetito es nulo, la sed intensa, la lengua y las encías estás húmedas y los dientes cubiertos de un barniz amarillento.

El volumen del vientre es normal, no encontrando nada que nos llame la atencion á la percusion y palpacion.

En la noche del dia 18, á juzgar por el labio exterior se observó que estaba tranquilo y que su temperatura habia bajado; era de 39°.

En los dias 10, 19 y 20, la temperatura osciló entre 39°5 y 40° 5, el pulso latia entre 144 á 150; la respiracion es entrecortada y quejosa, cuya frecuencia es de 60 á 68 por minuto; la palidez de la cara es cadavérica.

En los dias 21 y 23, si bien el ciclo térmico es re-

gular no sobrepasando de 40°5 ni por debajo de 39°, lo mismo el pulso y la respiracion acelerados conservan su relacion anormal con pequeñas diferencias.

El proceso flegmásico avanza hácia arriba y se percibe que los estertores siguen este trayecto hasta la altura del lóbulo medio del pulmon derecho. La respiracion se hace mal, es superficial, y se nota soplo bronquial en el vértice; la macicez tiende á aumentar de extension.

El pulmon izquiezdo funciona con regularidad, siendo permeable al aire, y el murmullo respiratorio normal.

Desde el dia 24 al 27 el cuadro sintomatológico de la afeccion no ha experimentado modificaciones alarmantes, por parte de los síntomas respiratorios. En este último dia se presentó una diarrea intercurrente, fétida, de color verdoso y contenía grumos de aspecto blanquecino que no eran otra cosa sinó leche coagulada á causa de falta de jugos digestivos; habia una verdadera dispepsia, para lo cual se administró el jarabe de Papaina de Trouette y Perret á tomar por cucharaditas cada tres horas.

El dia 28 por la mañana se observó que la disnea era más intensa que el dia anterior, el color rojo intenso de la region malar aparecia en un fondo pálido uniforme de toda la cara.

La respiracion se hacia 78 veces por minuto, las pulsaciones eran de 156, el calor térmico era de 39°3, la piel seca y caliente, el apetito no reaparece, la sed

intensa, teniendo gran avidez por los líquidos; la tos se vuelve húmeda.

Instintivamente el enfermito se lleva las manos á la cabeza, lo que nos indicaria la cefalalgia intensa y el abatimiento en que se encuentra.

A la auscultacion se constató la presencia del exudado en el pulmon izquierdo por rales crepitantes en su base, rudeza de la respiracion en su vértice, submatitez en el punto de la lesion. La afeccion toma desde este momento los caractéres de las neumonias ambulantes ó migratorias, como las llama Strumpell.

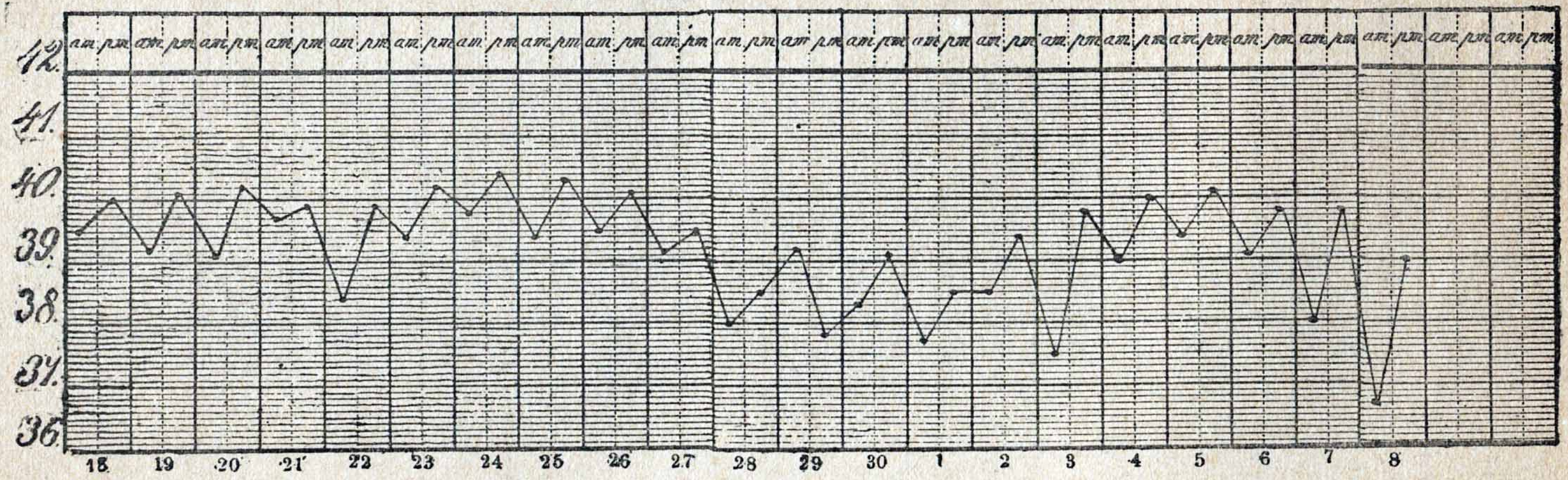
En los dias siguientes hasta el 2 de Diciembre por la tarde, la columna termométrica osciló entre 38° y 39°, sin notables variaciones, solo de algunas décimas. Los síntomas siguen su curso á medida que la inflamacion invade el pulmon opuesto; se nota que los rales ocupan el lóbulo medio y que la macicez se extiende.

El dia 3 por la mañana la temperatura es de 37°8, no acusando el enfermo síntoma alarmante; pero en la tarde del mismo dia ascendió á 39°8, la respiracion es entrecortada, de 76 movimientos respiratorios por minuto, el pulso radial late 160 veces, la disnea aumenta y la cara toma el tinte cianótico de la intoxicacion carbónica por la falta de hemátosis.

Se le dió un baño tibio en este momento, y los síntomas de asfixia disminuyeron, haciéndose la respiracion más profunda. Es de tener en cuenta que estos baños se han dado en el presente caso dos veces por dia, mañana y tarde.

Cuadro térmico N. I

EULOGIA número, 10351



Noviembre de 1888 Diciembre Sale San Roque N° 5

El 4, 5 y 6, la temperatara se mantuvo entre 39° y 40°, y los signos de la resolucion no se manifiestan por la auscultacion. Las extremidades están frias.

El dia ocho el termómetro marcó por la mañana 36°7, y por la tarde ascendió á 39°, la respiracion es de 54 veces por minuto, estertorosa, el pulso es tan pequeño é imperceptible que es imposible contar las pulsaciones. La demacracion es muy marcada en esta época de la enfermedad, y se han presentado vómitos y diarrea incoercible á tal punto que el paciente ha quedado reducido á la piel y tejido oseo. En este estado falleció en la mañana del dia 9.

AUTOPSIA

Abierto el torax, encontramos que habia algo de adherencias de la pleura parietal á la pared torácica y á la cara superior del diafragma.

Por el exámen macroscópico de los pulmones notamos que su consistencia es dura y quebradiza, al corte el tejido cruje bajo el escalpelo, su color es de un rojo oscuro en su superficie exterior y de un color amarillento en su parte interna, de donde fluye un líquido puriforme contenido en los alveolos.

Estas son las lesiones anatomo-patológicas que se encontró en las bases.

Los lóbulos superiores presentaron un color blanquecino, su densidad es la del tejido laxo y dá la sensacion de crepitacion del aire cuando se le comprime entre

los dedos, sobrenada en el agua al sumerjirlo, no hay exudado, es un verdadero enfisema pulmonar.

HISTORIA II

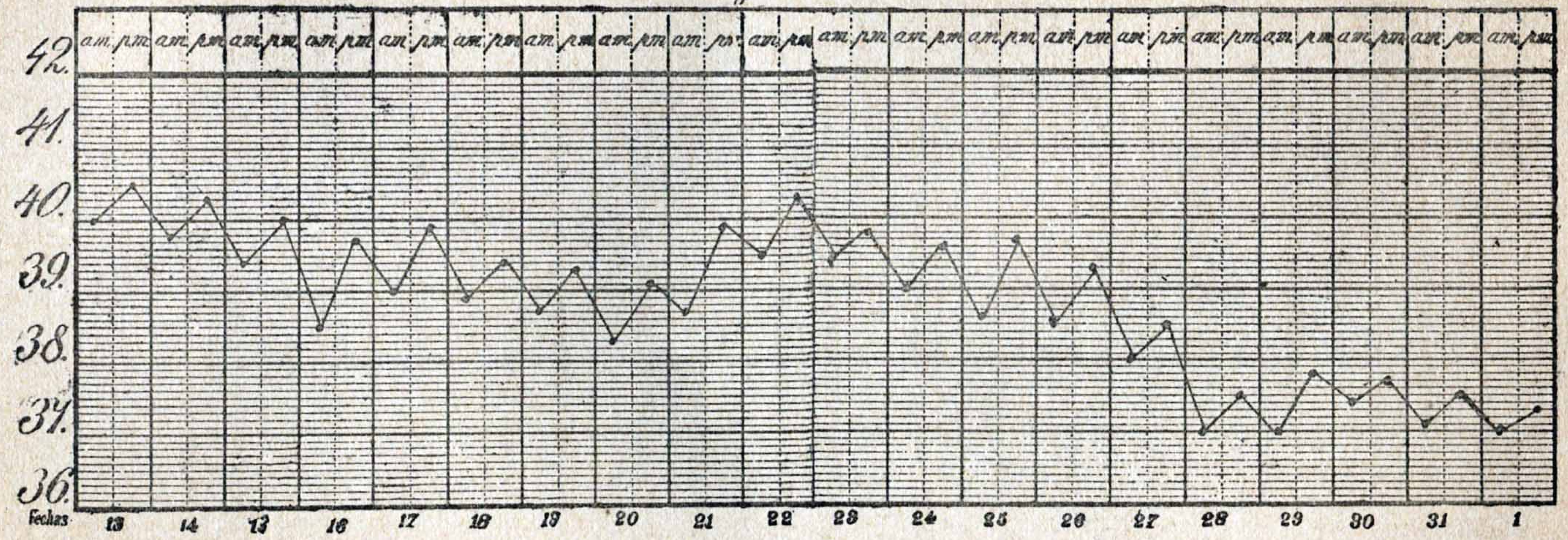
El expósito Lorenzo Nº 10,492, de un año y tres meses de edad, temperamento sanguíneo y constitucion fuerte, entró enfermo el 13 de Diciembre de 1887, presentando el cuadro sintomalógico que caracteriza á la neumonia típica; se trataba de una afeccion de los dos pulmones.

A la inspeccion del torax no se observó ningun cambio en su conformacion. La cara está de una palidez lívida, con puntos ligeramente sonrosados, las alas de la nariz dilatadas, los labios secos, la cara, en fin, en su conjunto expresa la ansiedad; la fiebre es intensa, 40º, el pulso regular, nos da 160 pulsaciones por minuto, la respiracion está acelerada y es de 60 movimientos respiratorios.

El exámen objetivo por la percusion y la auscultacion nos revela lo siguiente: sonido timpánico en la parte superior de los dos pulmones hasta la altura del lóbulo medio, lo que provaria que el volumen del aire de esta parte no ha sufrido disminucion apreciable; submacicez en su parte inferior, la respiracion está modificada en su naturaleza, estando reemplazada por el soplo bronquial en los vértices, y por los estertores crepitantes en las bases, que se perciben más clara-

Cuadro térmico Nº II.

Lorenzo Nº 104922


42.
41.
40.
39.
38.
37.
36.
am. pm. am. pm. am. pm.

mente en la inspiracion; el volumen del vientre es normal.

Se prescribió el tártaro estibiado al interior y los tónicos; la tintura de iodo en aplicaciones locales y como antitérmico baños tibios.

Despues de seis dias consecutivos con este tratamiento, el examen de nuestro enfermo nos revela que el estado general es más satisfactorio que los dias anteriores, puesto que en las elevaciones térmicas no acsendieron por arriba de 39°, y las respiraciones no sobrepasaron de 66 por minuto como término medio.

El estado local del proceso se conserva en los límites primitivos, y en este estado sigue el enfermito sin que haya novedad por parte del aparato gastro-intestinal, ni aun enflaquecimiento pronunciado.

El dia 23 se observó que los estertores húmedos persistian, y que la resolucion se hacia esperar; teniendo en cuenta ésto, se determinó aplicar un vegigatorio á cada base de los pulmones. Despues de dos dias de supuracion del cáustico, los rales son cada vez más raros y secos y la crepitacion de retorno aparece despues de este tiempo.

La defervescencia sigue su curso, notándose que la curva térmica desciende gradualmente durante cuatro dias, al cabo de los cuales nuestro paciente entra en un período de franca convalecencia y se consigue la curacion á los veinte dias de enfermedad.

HISTORIA III

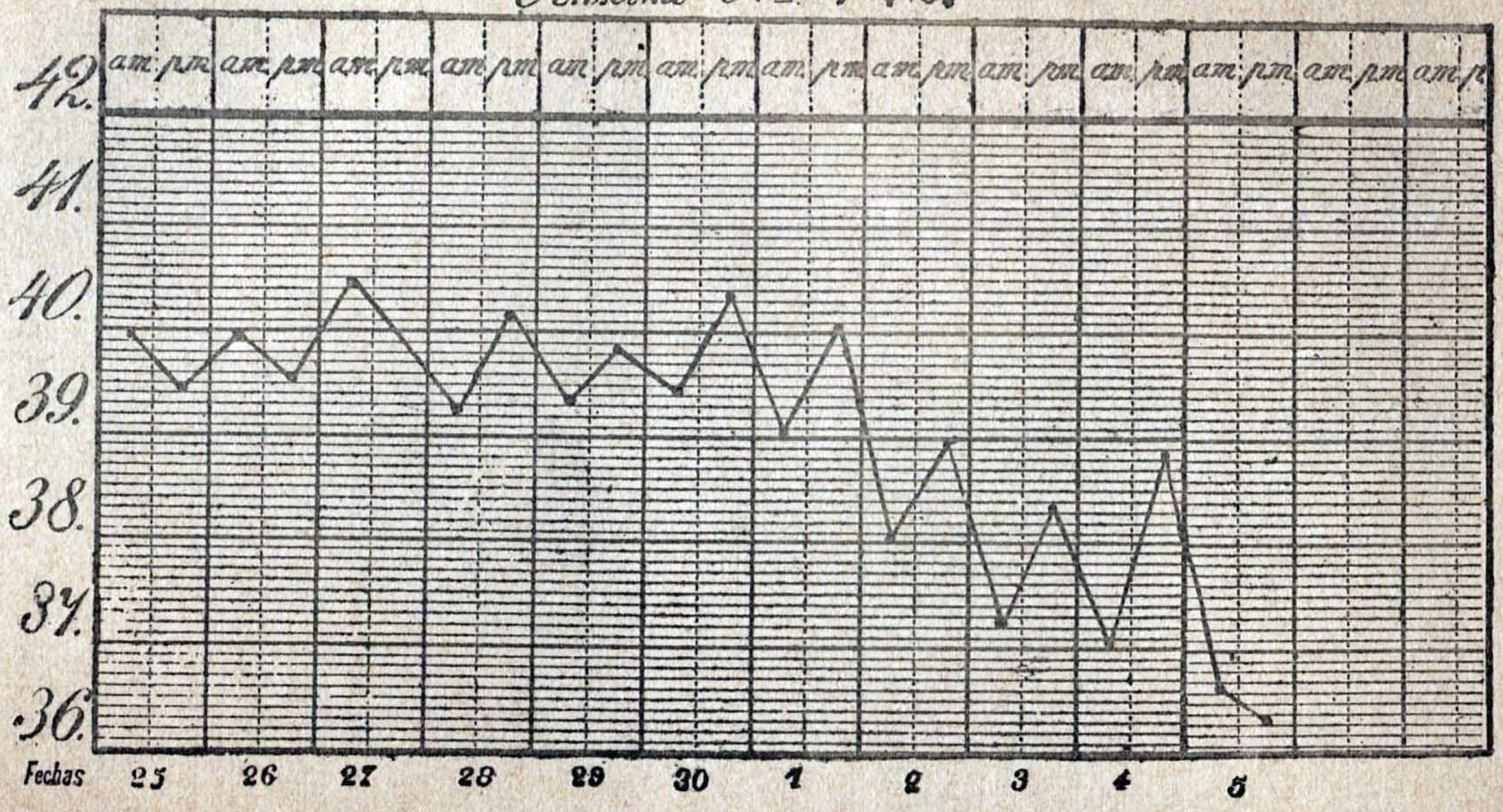
El expósito Anselmo Nº 7,429, de ocho años de edad, temperamento linfático, de buena constitucion, entró enfermo en la tarde del dia 25 de Junio y presentaba los síntomas siguientes: cefalalgia, fiebre alta 40º, piel seca y caliente, pulso frecuente, respiracion acelerada, tos y un estado de sopor. El exámen del torax nos permitió descubrir por la auscultacion en el vértice del pulmon derecho estertores crepitantes y disminucion del murmullo respiratorio en la base; en el lado opuesto no se nota nada anormal, el abdómen está elevado y timpanizado.

Por los síntomas que acusaba el paciente, se diagnosticó una neumonia del vértice; como tratamiento se prescribió el kermes como espectorante, y aplicaciones de tintura de iodo á la region, á más los baños tibios dos veces por dia.

El dia 26 por la mañana, el estado de nuestro enfermo nos revela que poco ó nada se han calmado sus sufrimientos, y nos manifiesta que el dolor á la cabeza es cada vez más intenso y tiene deseos de vomitar; hay constipacion. El termómetro marca 39º5 y en la tarde asciende á 40º2, los movimientos respiratorios son de 72 por minuto y las pulsaciones de 152. El delirio se manifiesta por la incoherencia del lenguaje y los movimientos desordenados bajo la in-

Cuadro térmico Nº III

Anselmo Nº 7129



Junio de 1888 Julio

fluencia de la gran excitacion nerviosa en que se encuentra.

Los dias siguientes hasta el 30 la afeccion pulmonar, á juzgar por los síntomas físicos, parece que no avanza, y su estado local es el mismo que en los dias anteriores; se nota á la percusion matitez en el vértice derecho, siendo normal en el opuesto. El ritmo de la respiracion y de las pulsaciones sigue siendo anormal y la curva térmica ha oscilado en este tiempo entre 39° y 40° 5 con ligeras remisiones.

Los fenómenos cerebrales se acentúan cada vez más en los dias primero y dos de Julio, notándose convulsiones parciales, los brazos están temblorosos y la mirada fija. Estas convulsiones son pasajeras y de poca duracion, lo mismo que el delirio; tanto que el paciente una vez que recobraba sus facultades podia expresarse correctamente, manifestando toda novedad que sentia.

Nos encontramos en presencia de un caso de neumonia del vértice de forma *cerebral*, como la clasifica Rillet y Barthez.

Pasó en este estado hasta el 4, que principió á descender la temperatura entre 36° y 37°, la respiracion es más superficial y los latidos arteriales cada vez más pequeños, la facies es la de un enfermo atacado de meningitis.

El enflaquecimiento no es muy notable dada la duracion de la enfermedad y su gravedad. En este estado murió el 5, despues de once dias de enfermedad.

AUTOPSIA

Esta nos revela las siguientes lesiones: El vértice del pulmon derecho se nota de un color gris amarillento en la superficie de seccion, su densidad es mayor que la del tejido normal, el líquido que sale por compresion de los alveolos es abundante y lactescente, hay una verdadera infiltracion purulenta.

En el cerebro encontramos que en sus capilares habia inyeccion y la sustancia cerebral estaba normal.

El pulmon izquierdo está enfisematoso, su tejido laxo y crepita por la presion.

En los demás órganos no se encontró nada anormal.

Luis Cavilliotti.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Histología. — Histología del pulmon en los tres períodos de neumonia.

Anatomía patológica. — Anatomía patológica del carcinoma.

Anatomía descriptiva. —¿Que órganos constituyen la lengua?

Fisiología. —¿Por qué se coagula la sangre fuera de los vasos?

Anatomía topográfica. — Region braquial.

Materia Médica y terapéutica. — Alcohol.

Patología Externa. — Cuerpos extraños, su etiología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento.

Patología General. — Signos suministrados por el aparato urinario.

Nosografía Médica. — ¿La tuberculosis es contagiosa?

Medicina Legal y Toxicología. — ¿Que debe entenderse en medicina legal por recien nacido?

Obstetricia. —Del tacto y la palpacion abdominal.

Clínica Médica.— ¿Por qué la ancianidad predispone á las enfermedades del aparato urinario?

Oftalmología. — Operaciones que se practican en la cornea y conjuntiva.

Nómbrase una Comision compuesta del Académico Dr. Manuel Arauz y de los Catedráticos Dres. Larguía y Penna para que informe si esta tésis está con arreglo á lo que prescriben los Estatutos.

Buenos Aires, Diciembre 24 de 1888.

NICANOR ALBARELLOS.

L. de la Cárcova,
Secretario.

Señor Décano :

Esta tésis está en las condiciones que prescribe el Reglamento y puede publicarse.

MANUEL ARAUZ.

Facundo T. Larguía.—José Penna.

Buenos Aires, Abril 22 de 188º.

Entréguese al interesado para su impresion, debiendo fijarse por Secretaría el dia en que deba sostenerse en acto público ante la Comision Examinadora respectiva.

MAURICIO GONZALEZ CATAN.

L. de la Cárcova,
Secretario.