2837

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Naturaleza y Tratamiento

DE LAS

BRONCOPNEUMONIAS INFANTILES

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO BESIO Y ALMEYRA

BUENOS AIRES - ALMAGRO

Tipografía Salesiana del Colegio Pio IX de Artes y Oficios

1895

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

Facultad de Ciencias Médicas

Naturaleza y Tratamiento

DE LAS

BRONCOPNEUMONIAS INFANTILES

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EMILIO BESIO Y ALMEYRA

BUENOS AIRES – ALMAGRO

Tipografía Salesiana del Colegio Pío IX de Artes y Oficios

1895

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones manifestadas en las Tésis.

Art. 162 del Reglamento.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Decano

DR. D. LEOPOLDO MONTES DE OCA.

Vicedecano

DR. D. EUFEMIO UBALLES.

Académicos Honorarios

DR. D. SANTIAGO LARROSA.
» » ERNESTO ABERG.
» » PABLO MARENGO.
» » EDUARDO WILDE.
» » IGNACIO PIROVANO.
» » MARTÍN SPUCH.

Académicos Titulares

DR. D. MAURICIO GONZÁLEZ CATÁN.
» LEOPOLDO MONTES DE OCA.
» » JOSÉ T. BACA.
» » RAFAEL HERRERA VEGAS.
» » PEDRO MALLO.
» » JOSÉ M. ASTIGUETA.
» » JACOB DE T. PINTO.
» » EUFEMIO UBALLES.
» » JUAN R. FERNÁNDEZ.
» » ENRIQUE E. DEL ARCA.
» » PEDRO N. ARATA.
» » MANUEL BLANCAS.
» » ROBERTO WERNICKE.
» » PEDRO LAGLEYZE.
» » JOSÉ PENNA.

Secretario Titular

DR. D. LUIS M. ACUÑA.

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Doctor	Juan José Naon.
Anatomia Topográfica.	»	Mauricio González Catán.
Histología teórico-práctica	»	Andrés F. Llovet.
Fisiología General y Humana	»	José M. Astigueta.
Higiene Pública y Privada	»	Melitón González del Solar.
Patología General y Ejercicios clínicos	»	Roberto Wernicke.
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma.
Patología Externa	»	Guillermo Udaondo.
Patología Interna.	»	José Penna.
Anatomía Patológica	»	Telémaco Susini.
Medicina Operatoria	»	Adalberto Ramaugé.
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 y su clínica	»	José M. Ramos Mejía.
Enfermedades mentales y clínica respectiva.	»	Domingo Cabred.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Ignacio Pirovano. Julián Aguilar.
Clínica Médica.	Dres.	Eujenio Ubalies. Gregorio N. Chaves.
Obstetricia y clínica respectiva.	Doctor.	Samuel A. Molina.
Medicina Legal y Toxicología	»	Eduardo M. Pérez.
Química aplicada á la Medicina	Drse.	Pedro N. Arata Atanasio Quiroga.
Física Médica	Doctor	Jaime R. Costa.
Historia Natural Médica	»	Eliseo Cantón.
Fisio-patología experimental	»	Juan B. Señorans.
Enfermedades venéreas y dermatología	»	Baldomero Sommer.
Laringología, otología y rinología	»	Eduardo Ovejero.
Farmacia y Práctica farmacéutica	»	Juan A. Boeri.
Obstetricia para alumnas parteras	»	Juan R. Fernández.
Odontología	»	Nicasio Etchepareborda.

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Anatomia Descriptiva	Doctor	Juan D. Piñero.
Anatomia Topográfica.	Dres.	Juvencio Z. Arce. Avelino Gutiérrez.
Histología teórica-práctica	Doctor	Rodolfo de Gainza (en ej.)
Fisiología General y Humana		Vacante.
Higiene Pública y Privada	«	Enrique Revilla.
Patología General y Ejercicios clínicos	«	Gregorio Araoz Alfaro.
Materia Médica y Terapéutica.	Dres.	Enrique E. del Arca. Angel M. Centeno.
Patología externa	Dres.	Obdulio Henández (en ej.) Pascual Palma.
Patología Interna	Doctor	Marcial V. Quiroga.
Anatomía Patalógica	«	Carlos Malbran.
Medicina Operatoria	«	Diógenes Decoud.
Enfermedades de mujeres y Clínica Ginecológica	Dres.	Enrique Bazterrica (en ej.) Alfredo Lagarde.
Enfermedades de niños y Clínica Pediátrica.	Dres.	Ant0nio F. Piñero. Facundo Larguía.
Enfermedades de los ojos y Clínica Oftalmológica	Dres.	Francisco Barraza. Teófilo A. Moret.
Eufermedades nerviosas y su clínica	Doctor	José A. Esteves.
Enfermedades mentales y clínica respectiva.		Vacante.
Clínica Quirúrgica	Dres.	Antonio C. Gandolfo (en ej.) Juan B. Justo. Alejandro Castro.
Clínica Médica.	Dres.	Abel Ayerza. Julio Mendez. Francisco Sicardi (en ej.)
Obstetricia y Clínica respectiva	Doctor	Luis V. Vila.
Medicina Legal y Toxicología	«	Francisco de Veiga.
Química aplicada á la Medicina	«	J. Manuel Irizar.
Farmacia y Práctica Farmaceútica		Vacante.
Laringología, otología y rinología		Vacante.
Enfermedades venéreas y dermatología	«	M. Aberastury.
Obstetricia para alumnas parteras	«	Enrique Pietranera.
Odontología.		Vacante.

Padrino de Tesis

Académico Honorario: Dr. MARTIN SPUCH

A mi tia Isabel Almeyra de Berlinguiere:

Los Sacrificios que habéis hecho por verme un hombre de provecho, se hayan en parte compensados.

Mi gratitud será eterna.

A los que me han ayudado

GRATITUD

A MIS DISTINGUIDOS AMIGOS

Doctores: Gregorio Araoz Alfaro, y Francisco Cogorno

A la memoria de mi Padre

A MI MADRE

A MIS HERMANAS

Señor Presidente :

Señores Profesores :

En la mortalidad de nuestra ciudad así como en la de todo el mundo, las bronquitis capilares y broncopneumonías entran por una cifra muy considerable. En el año 1893, por ejemplo, en un total de 13,000 defunciones (sin contar los nacidos muertos), 1,278, es decir, 9,8 0|0 corresponden á las afecciones indicadas ; si agregamos las muertes por sarampión (82), coqueluche (64) é influenza (35), que, como se sabe son casi siempre producidas por la complicación pulmonar ; obtendríamos la cifra absoluta de 1459 ó sea más del 11 0|0 (1).

No necesito más que la enunciación de esas cifras para legitimar el interés que el estudio de

---

(1) Ver Anales del Departamento Nacional de Higiene, Núms. 1, 2, 3, de 1895.

esta cuestión haya podido despertar en mí é inducirme á escogerla como tema de esta mi disertación inaugural.

Pero había aun otras razones. Las opiniones de mis maestros y de otros médicos distinguidos, así como la de los autores diversos son contradictorias y opuestas en muchos casos; tal medio de tratamiento indispensable para uno, es irracional é inútil para otro; éste preconiza la revulsión, aquél los tónicos, un tercero la antipiresis. — En tal conflicto era menester tratar de ver uno mismo los hechos y discutirlos.

He intentado hacerlo con ayuda del Dr. Araoz Alfaro que me ha dirigido en el presente trabajo y que me ha facilitado la observación de muchos enfermitos y la historia escrita de otros casos.

Me limitaré al tratamiento de las bronquitis capilares y broncopneumonías; no obstante, como base indispensable para ocuparme de él, he creído deber recordar las conclusiones adquiridas sobre la naturaleza de estas afecciones, asunto que formará el primer capítulo de este trabajo.

NATURALEZA DE LA BRONCOPNEUMONIA

Y BRONQUITIS CAPILAR

SUS RELACIONES CON LA PNEUMONÍA LOBAR Y LA TUBERCULOSIS.

Estas afecciones son casi siempre secundarias.— Es un hecho de observación antigua é incontestada que ellas sobrevienen constantemente puede decirse en el curso ó en la convalecencia de otras enfermedades: sarampión, coqueluche, grippe, fiebre tifoidea, difteria, ó que son la propagación de un catarro bronquial más ó menos intenso. — Pero es recién hace poco más de un siglo que la broncopneumonía ha sido distinguida de la pneumonía lobar franca con la cual estaba enteramente confundida; luego insistiremos en la razón de esta división.

No obstante, se pregunta aún por algunos ¿es realmente la broncopneumonía una afección separada, idéntica siempre en sus caracteres fundamentales y mereciendo formar un tipo aparte? —

Y justifican esta duda diciendo que bien puede pensarse que no es sino un epifenómeno en diversas infecciones, como lo prueban los hechos de la variabilidad de formas con que se presenta, de ser siempre secundaria, y sobre todo, del distinto pronóstico que tiene según que complique una enfermedad ú otra.

Hasta hace poco tiempo, estas ideas dominaban y se creía que las broncopneumonías no llenaban las condiciones necesarias para ser consideradas como afecciones por sí propias. Así, al advenimiento de la era microbiana, no se buscaba en los focos de broncopneumonía los microbios productores de esta lesión sino porque se creía que eran los originarios de la enfermedad en la que esta complicación se había producido: sarampión, coqueluche, grippe, etc. — En su edición de 1890, *Cornil y Babes* decían aún :... « se encontrará en general en la broncopneumonía los microorganismos de las diferentes enfermedades que la causan », si bien agregaba luego que « al mismo tiempo es posible encontrar en las partes hepatizadas del pulmón y en los nódulos de la broncopneumonía los mismos microbios que en la pneumonía aguda » (1).

No ha sido ese sin embargo el resultado de los trabajos emprendidos — *Lombroso*, *Jacoud*, *Massalongho*, *Weichselbaum*, *Duflocq* y *Menétrier*, *Neu-*

(1) Cornil et Babes — Les bacteries, tomo II.

mann, *Queissner*, *Babes*, *Netter*, *Mosny*, *Fränkel*, *Kaslincky*, *Aristamoff*, etc., etc., (1), encontraron el pneumococcus en broncopneumonías complicando diversas enfermedades.—Pero ellos mismos y otros investigadores reconocieron que no era posible revelar la presencia de dicho microorganismo en todos los casos y que, al contrario, el streptococcus ó staphilococcus pyogenes, el pneumobacilo de Friedländer, etc., son en muchas ocasiones los causantes de la afección. —Se demostró así mismo que una cualquiera de esas especies ó varias asociadas podían determinar la broncopneumonía en las diversas enfermedades en que esta complicación se presenta.

La broncopneumonía no es pues, la determinación específica de un microbio sino una afección casi siempre secundaria, producida por una de las diversas especies microbianas ya mencionadas, ó más frecuentemente por dos ó tres de ellas asociadas.

Algunos autores han pretendido que la forma clínica de la afección está en relación con el microbio que la produce ; así *Massalongho* (2) sostuvo que el pneumococcus era el único agente de las broncopneumonías llamadas espontáneas, es decir no consecutivas á otras enfermedades infecciosas

---

(2) Citados por Araoz Alfaro — Bronquitis y Broncopneumonías pneumococcicas. — Anales del Círculo Médico Argentino — Agosto 1893.

(1) Comunicación á la « Societé Anatomique de París » — Julio 1884.

— aunque *Naldoni* (1) ha citado una pequeña epidemia de aldea en que la pneumonía fibrinosa atacaba á los adultos y la broncopneumonía á los niños, cuyo hecho parecería dar razón á Massalongho, se ha demostrado en muy numerosos casos que la afirmación de este autor es inexacta en general.

Posteriormente, *Mosny* (2) creyó también poder deducir de sus estudios bacteriológicos y clínicos que el pneumococcus determinaba casi constantemente la forma pseudolobar de la broncopneumía así como la bronquitis capilar, mientras que el streptococcus pyogenes producía las formas lobulillares diseminadas. Sin embargo, el examen detenido de las propias observaciones de Mosny, como lo ha hecho el Dr. Araoz Alfaro (loc. cit.) demuestra que semejante conclusión es infundada y que, con gran frecuencia, el microbio de Fränkel determina las broncopneumonías lobulillares de focos diseminados. — No obstante, preciso es repetirlo, en la gran mayoría de los casos se trata de infecciones mixtas, por la asociación de varios de los microbios que hemos nombrado.

Iguales conclusiones se deducen del notable estudio de *Netter* (3), cuya competencia es bien conocida.

---

(1) Gaz. degli Ospedali — 1888.

(2) Broncopneumonie. — Biblioth. Charcot-Debove.

(3) Etude bacteriologique de la broncopneumonie chez l'adulte et chez l'enfant. — Archives de med. exp. et d'anat. patholog. — 1892 Nro. 1, página 28.

Consideramos pues demostrado que *la broncopneumonía es casi siempre una afección secundaria, sea á una enfermedad infecciosa bien diferenciada sea á un catarro bronquial común.* — *Está casi siempre bajo la dependencia de una infección mixta, producida por la asociación entre sí de los siguientes bacterios: pneumococcus de Talamon-Fränkel, streptococcus y staphilococcus pyogenes, pneumobacillo de Friedländer*, etc. *Las broncopneumonías consecutivas á afecciones gastro intestinales son frecuentemente producidas por el bacillus coli communis, asociado á veces á otra especie.* — (Sevestre, Gilbert, etc. (1).

Las más de las broncopneumonías están pues, en el gran grupo de las infecciones mixtas que aumenta cada día y que amenaza englobar á varias de las enfermedades consideradas hasta no hace mucho con la determinación exclusiva de un agente determinado.

Es bien sabido, por otra parte, que en numerosos casos la asociación de dos ó más microbios aumenta considerablemente la virulencia. Ultimamente, para no hablar sino de los bacterios productores de la broncopneumonía, *Mosny* ha comunicado una serie de experiencias que demuestran netamente el considerable aumento de virulencia que experimenta el pneumococcus por su unión con el staphilococcus pyogenes aureus (2).

---

(1) Les broncopneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant pàr Goston et Renard. — Revue Mensuelle des maladies de l'enfance — Mayo 1892.

(2) Societé de Biologie. — Sesión del 29 Diciembre 1894.

Pero ya que no en el terreno bacteriológico ¿es posible aceptar en el simplemente clínico que la broncopneumonía no es una afección distinta é independiente de otros, de la pneumonía lobar ó de la tuberculosis, por ejemplo?

Estudiaremos siquiera sea rápidamente esta cuestión suscitada por varios observadores y que tiene no solamente un interés nosográfico y teórico, que no preocupa mucho á los médicos de nuestro tiempo, sino también una positiva importancia pronóstica.

Si se considera solamente la pneumonía lobar aguda y la broncopneumonía de focos diseminados, la duda no es posible. — El proceso anatómico, la sintomatología, la evolución, todo es distinto y opuesto.

En la pneumonía fibrinosa el debut es repentino señalado por un gran escalofrío y una puntada de costado muy dolorosa, la fiebre muy elevada y casi sin remisiones; los signos físicos denotan una hepatización completa, total, de un lóbulo ó de dos lóbulos pero de un solo lado y si alguna vez el proceso se hace bilateral, es consecutiva y no contemporáneamente. — Por último la enfermedad puede considerarse como el tipo de las afecciones cíclicas, que siguen una evolución bien determinada y constante; concluye por crisis y casi puede decirse que la convalecencia no existe.

Enteramente opuesto es el cuadro clínico de la broncopneumonía: iniciación menos brusca, pero nunca como enfermedad primitiva sino en el curso de otras afecciones; fiebre remitente, relativamente

poco elevada; marcha sujeta á repetidas remisiones y exacerbaciones; signos físicos denotando la exudación bronquial, con pequeños focos dispersos de hepatización, á veces; difusión de las lesiones, etc. — Terminación lenta, por lisis, con una convalecencia larga y difícil.

En el proceso anatómico, diferencias igualmente notables, sobre las que no quiero insistir porque son demasiado conocidas. Básteme recordar que en el uno se trata de la inflamación fibrinosa de todo un lóbulo ó una región del pulmón, pasando por estadios característicos, y que en el otro el proceso se propaga del bronquio al bronquiolo y al alvéolo constituyéndose recién después el nódulo peribrónquico.

Las diferencias están lejos de ser tan-netas cuando en vez de la broncopneumonía de focos diseminados, tomamos la pseudo lobar que *Barrier*, por ejemplo, consideraba como una forma de transición, opinión que parece tentado de aceptar Mosny. Pero aun acá, el proceso es secundario, la evolución es esencialmente distinta de la que pertenece á la pneumonía lobar y, por último el proceso anatómico es sustancialmente distinto, aunque muchos lobulillos inflamados estén próximos ó confluentes.

Las diferencias entre pneumonía fibrinosa y bronquitis capilar son también demasiado netas para que nos detengamos en hacerlas resaltar. Y aunque *Duflocq y Menétrier* (1), hayan querido

---

(1) Des determinationes pneuma cocciques saus pneumonie París 1890. cit-por Araoz Alforo (loc.cit.)

aproximarlas á título de ser el pneumococcus el productor de ambas, hemos visto ya que esta opinión no es aceptada porque el hecho señalado por los autores indicados, no es constante, ni siquiera general.

Establecer las relaciones entre la *broncopneumonía y la tuberculosis* es, como se comprenderá fácilmente, mucho más importante, puesto que la demostración en uno ó en otro sentido lleva como consecuencia inmediata, conclusiones pronósticas de interés capital.

Se recordará que *Charcot*, *Grancher y Thaon* fueron quienes completaron histológicamente la demostración que *Villemin* hiciera experimentalmente sobre la unidad de la tuberculosis. — Ahora bien, una divergencia notable separó á estos autores. Mientras que el primero creía que las lesiones de broncopneumonía no podían sufrir la transformación caseosa, es decir tuberculosas, los segundos sostuvieron que este hecho ocurría con relativa frecuencia.

Más tarde, *Landouzy y Queyrat* no sólo confirmaron esta última opinión, sino que la exajeraron considerablemente y en publicaciones sucesivas fueron sosteniendo cada vez opiniones más arriesgadas sobre las estrechas relaciones de la broncopneumonía y de la tuberculosis.

« Casi siempre dice Queyrat, la tuberculosis

de los niños de corta edad, debuta, se anuncia por una broncopneumonía. » — Y no es que la tuberculosis pueda sobrevenir secundariamente sinó que, por el contrario, como lo expresa bien claramente « esta broncopneumonía es una lesión de irritación producida por la penetración del bacilo tuberculoso en el aparato broncopulmonar; esta lesión irritativa inicial desaparece al cabo de algún tiempo dejando evolucionar el tubérculo. »

Al principio, excluye de esta afirmación á las broncopneumonías del sarampión, de la difteria, etc. pero poco después, Landouzy y Queyrat no vacilan en considerar como tuberculosis « muchas de esas broncopneumonías simples de aspecto, llamados *á frigoré* ó rubeólicas. » (1)

La observación clínica juiciosa ha hecho justicia de estas exajeraciones y creemos que sus mismos autores no se atreverían ahora á sostenerlas.— Expondremos en seguida los hechos que permiten establecer relaciones entre las dos infecciones aludidas.

En algunos casos, *la broncopneumonía precede á la tuberculosis.* Es este el hecho menos frecuente aun suponiendo demostrado que antes de la broncopneumonía no hayan existido lesiones tuberculosas latentes, demostración que naturalmente, no es posible hacer y es sólo una simple presunción basada en los buenos antecedentes del niño y de sus padres.

---

(1) Citado por Mosny — Broncho pneumonie — 1892.

Clínicamente, la sucesión se realiza del siguiente modo: una broncopneumonía consecutiva á una bronquitis, al sarampión, etc; después de 15 ó 20 días de duración, entra en convalecencia; durante algunos días, todo va bien, pero repentinamente ó poco á poco, se nota decaimiento, la fiebre se enciende de nuevo, la tos reaparece ó se hace más intensa, rales bronquiales y pequeños focos de hepatización se presentan como si una recaída de la broncopneumonía se operara. — Pero, en vez de decrecer los fenómenos al cabo de dos ó tres semanas, la fiebre se hace muy remitente, el enflaquecimiento se hace rápidamente notable, la hecticidad, en una palabra, se manifiesta y el niño muere unas veces en un mes, otras en dos ó tres.

Ejemplo típico de este encadenamiento es el caso siguiente cuya observación extracto de la historia levantada por el Sr. Marco Avila, practicante mayor del Servicio de Niños del Hospital San Roque:

Guillermina Elena; de año y medio, ingresa al hospital después de cerca de un mes de enfermedad. — Colocada con una nodriza, fué sometida á una alimentación inadecuada y á los pocos meses (8 más ó menos), la niña estaba casi atrépsica, con gran diarrea, etc. — La vuelta á su régimen de lactancia exclusiva la repuso rápidamente y estaba ya sana y engrosando visiblemente cuando, en el curso de un catarro bronquial apirético, sobrevino una broncopneumonía de focos diseminados, pero más comfluentes en el lado derecho. — El Dr. Araoz Alfaro la atendió en el público y al cabo de 15 días pudo darla por curada; la

fiebre había desaparecido así como la dispnea, la niña se alimentaba bien, persistía un poco de tos.

Pero como 8 ó 10 días después la niñita empezó á perder el apetito y á ponerse triste, la tos aumentó, y la fiebre se presentó de nuevo. — Recién al cabo de cuatro ó cinco días pudo constatarse signos físicos broncopulmonares idénticos á los observados anteriormente. — La enfermedad continuó evolucionando como una broncopneumonía pero la niña perdía fuerzas y enflaquecía de un modo notable. — Fué entonces que sospechando ya la tuberculización, el Dr. Araoz aconsejó á los padres á que la trajeran al hospital.

No detallaré la observación posterior; básteme decir que en el hospital, la niñita siguió la marcha característica de una tisis galopante, con una fiebre héctica que presentaba remisiones de 4° y hasta de 5° diariamente. Murió á los 2 meses y medio y la autopsia reveló una pequeña caverna en el punto en que los focos lobulillares habían sido confluentes; pequeños focos caseosos diseminados.

Como se vé la interpretación aun en casos como el anterior no es fácil. Aunque la niñita se encontrara aparentemente bien, nada nos autoriza á afirmar, sobre todo en presencia de la debilitación que pocos meses antes la niña había experimentado, que no hubiera tubercolosis latente. Aparentemente, sin embargo, la broncopneumonía, debilitando el organismo y lesionando el pulmón ha sido la causa ocasional de la tuberculosis.

Esta hipótesis es perfectamente admisible y parece realmente realizarse, pero mucho más frecuentemente se observa la eventualidad opuesta.

En gran número de casos *la tuberculosis precede á la broncopneumonía*. — Clínicamente el hecho ha podido suponerse por la herencia del niño

ó por la presencia de tuberculosis quirúrjicas ó bien el diagnóstico sólo se hace después de la muerte, encontrando á la autopsia lesiones antiguas de tuberculosis que, seguramente han precedido de mucho tiempo á la broncopneumonía. — Se sabe en efecto, que los primeros signos de la bacilosis en los niños pasan con frecuencia desapercibidos.

Las formas anatómicas de esta pneumonía lobulillar son muy variables; no insistiremos en ello, pero recordaremos sí, que en estos casos, se encuentra al lado del bacillus de Koch los agentes pneumonígenos mencionados antes. — No puede decirse pues, con propiedad, que se trata de una broncopneumonía tuberculosa sino de una broncopneumonía secundaria á la tuberculosis lo que es nosológicamente muy distinto.

En esas condiciones, la broncopneumonía es unas veces un simple incidente agudo, que pasa en 15 ó 20 días y que deja evolucionar la tuberculosis como antes ó, más comúnmente la precipita. En otros casos, la complicación broncopneumónica, es el accidente final de la vida del tuberculoso.

En vez de ser aguda, la broncopneumonía puede también adoptar una marcha sub-aguda ó crónica. — Pero en todo caso, lo repetimos, se trata de dos infecciones distintas y el nombre de broncopneumonía tuberculosa es impropio.

El diagnóstico es siempre muy difícil. En muchas ocasiones, la tuberculosis sigue una marcha idéntica á la de una broncopneumonía y en ese caso, el médico puede abrigar á lo sumo la

sospecha de la verdad pero de ningún modo afirmar el diagnóstico.

En todo caso, está plenamente demostrado que no hay entre la broncopneumonía y la tuberculosis relación alguna de causa ó efecto. — Son dos enfermedades que pueden complicarse recíprocamente ó favorecer la una el desarrollo de la otra, pero cada una de ellas obedece á la acción de agentes diversos y evolucionan independientemente.

TRATAMIENTO

Quien reflexione en la variedad de formas clínicas de la broncopneumonía, en su diversa duración, en el predominio de los distintos elementos mórbidos, comprenderá que no es posible tratar de idéntica manera todos los casos que se presenten y que aquí, como en la gran mayoría de las otras enfermedades, es revelar ignorancia crasa pretender, como lo hacen ciertos médicos, que un agente terapéutico tal ó cual debe emplearse en todos los casos.

Consideramos, pues, ilógico seguir el procedimiento puesto en práctica por algunos autores, de estudiar uno por uno los diversos medios curativos. — Trataremos más bien de separar en lo posible los diversos tipos de la afección y considerar para cada uno de ellos el mejor medio de combatirlo.

Desde luego, no es á las formas anátomo-patológicas que debemos recurrir para esta separación sino en tanto que ellas corresponden á una sinto-

matología determinada. — Poco importa, por ejemplo, que los núcleos broncopneumónicos sean más ó menos diseminados, ó confluentes. — Pero importa sí, y en primer grado, saber si es la dispnea la que amenaza más directamente la vida, si es el corazón el que flaquea, si la fiebre, por sí sola, llega á constituir un peligro ó si, en fin, es la adinamia ó la caquexia lo que hace inminente el desenlace fatal.

Recuérdese que, en los niños son casi siempre las perturbaciones mecánicas de la respiración las que determinan la gravedad de la afección, mientras que en los adultos, la mayor parte de los casos de muerte por broncopneumonía son debidos á la infección sucesiva, y á veces generalizada por el agente pneumonígeno. El catarro sofocante es el ejemplo del primer tipo; la broncopneumonía sub-aguda y caquectizante representa al segundo. — Son, estos, hechos aceptados por todos los observadores que se han ocupado de la cuestión.

Rilliet y *Barthez* consideran una forma sobreaguda, una aguda y otra sub-aguda ó crónica. — La primera es, como se comprende el catarro sofocante que con razón puede llamarse también *forma asfíxica ó congestiva (Le Gendre):* la segunda corresponde al tipo más común de broncopneumonías que no presenta en verdad siempre las mismas indicaciones. Por eso *Le Gendre* (1)

---

(1) Le Gendre y Broca. — Thérapeutiqus infantile médico-chirurgicale — 1894.

separa las *formas hipertérmicas ó nerviosas, las cardioplégicas*, y por fin, las *asténicas caquectizantes ó atrepsiantes* (sub-agudas).

Aunque reconocemos que estos caracteres clínicos pueden predominar, no nos parecen de tan gran importancia como para considerar tipos diversos; estudiaremos pues, solamente el tratamiento del catarro sofocante y de las formas agudas y sub-agudas considerando en cada una de ellas las indicaciones que pueden derivar del predominio sintomático de la fiebre, de la depresión cardíaca, etc.

FORMA SOBREAGUDA

(Catarro sofocante, bronquitis capilar, forma asfixica ò Congestiva).

La rápida disminución del campo respiratorio por la tumefacción inflamatoria y la exudación de los pequeños bronquios es lo que constituye, en esta variedad, el peligro inminente. — Es urgente pues, tratar de obrar por medios de acción pronta y segura, sobre la gran congestión pulmonar y bronquial.

Se sabe cuanto contaban los antiguos con las emisiones sanguíneas, para conseguir este resultado. — La *sangría general* no está ya sujeta á discusión en este caso, habiéndose demostrado sobradamente que son grandes los peligros que acarrea y muy inseguros ó fugaces sus efectos útiles. — Pero algunos continúan preconizando, si bien para el caso de niño robusto y fuerte, las emisiones sanguíneas locales y sobre todo las *ventosas escarificadas;* reconocen ellos mismos que este medio sólo puede recomendarse en las bronquitis capilares primitivas y no en las consecutivas á enferme-

dades infecciosas que han debilitado y postrado al niño; se trata, pues, de un recurso enteramente excepcional.

No sucede lo mismo con las *ventosas secas* que prestan servicios indiscutibles y constituyen una revulsión que puede repetirse varias veces por día; para ser útiles deben colocarse en gran número.— La *tintura de iodo* no las reemplaza porque su acción es sumamente lenta. — Las aplicaciones reiteradas de amplias *cataplasmas sinapisadas*, de *franelas ó planchas de algodón empapadas en agua caliente*, sobretodo previa aplicación de un linimento terebentinado (Estockes ú otros), producen idéntica acción á la de las ventosas, pero son más mortificantes para el enfermo. — La *envoltura hidropática fría* no nos parece de bastante energía para ser empleada en este caso urgente, la trataremos en el parágrafo siguiente.

Al mismo tiempo la revulsión puede hacerse más general, recurriendo á la aplicación de las *botas de Julio Simón* (envoltura de las piernas con algodón polvoreado ó no de mostaza y rodeado de gutta percha laminada ó tafetán), que deben cambiarse una ó dos veces por día.

Si el estado del niño fuese muy alarmante, debe recurrirse á la administración inmediata de un *baño caliente con mostaza*, y á las *inyecciones subcutáneas de éter ó alcanfor*.

Conjuntamente con los procedimientos de revulsión, todos los autores están contestes en recomendar la administración de un *vomitivo enérgico*, sea; como quiere la mayor parte, una buena dosis

de ipeca con jarabe, sea, como continúan aconsejando aún algunos (*Henoch*, entre otros), una pequeña cantidad de tártaro emético unido á la ipeca. — Recuérdese que el vómito es útil, en estos casos, no sólo por la expulsión de mucosidades que las sacudidas producen, sino también por la contracción refleja de las arteriolas pulmonares que determina; siendo pasajeros estos efectos, habrá que repetir en los casos graves hasta dos ó tres veces en las 24 horas la administración de la ipeca (sola). — *Es indispensable sin embargo para poder hacerlo, que la depresión de las fuerzas no sea muy grande;* en este caso, el efecto vomitivo no se produce, pero sí diarrea y la postración aumenta. Es un hecho de observación general sobre el cual *Sanné* ha insistido largamente. En estos casos, la línea de conducta respecto del empleo de este medio no puede fijarse netamente; ella queda librada á la sagacidad y al criterio del médico. — Pero cuando, aún habiendo una depresión bastante grande, se crea muy conveniente la administración de un vomitivo, puede asegurarse su acción, como lo han hecho Rilliet y Barthez, dándolo inmediatamente antes ó en el instante mismo de un baño caliente sinapisado.

Casi nunca en estos casos, la fiebre viene á ser una indicación de importancia. — El baño frío puede pues, ser usado únicamente como un medio estimulante; con ese objeto son indudablemente más seguros los baños calientes ó con mostaza y su eficacia nos ha parecido bien marcada siempre.

Como *calmantes* contra la agitación, producida

por la fiebre ó por la violencia de la tos, sólo debe usarse los baños tibios ; cualquier agente medicamentoso como la belladona, el cloral, el opio, disminuyen la tos que es indispensable para combatir en cierto límite la congestión y para desembarazar los bronquios.

Los *estimulantes* son casi siempre indispensables y en concepto de muchos, constituyen con los revulsivos poco enérgicos pero muy extendidos, nuestro mejor recurso. — Un poco de alcohol bajo forma de vino ó agregando cognac ó aguardiente á una poción, la quina, el acetato ó clorhidrato de amoníaco, el licor amoniacal anisado, son los agentes más apropiados.

He ahí una fórmula adecuada que hemos visto emplear con frecuencia al Dr. Araoz Alfaro.

Acetato ó clorhidrato de amoniaco	1	gramo.
Agua destilada	90	»
Extracto fluido de quina, Cognac ó aguardiente á 60°	aa 5	gramos.
Jarabe de goma	20	»

(Por cucharaditas cada 1[2 hora ó 1 hora para niños de 1 año ó menos. — Para los de mayor edad, las dosis pueden ser dobladas ó triplicadas.)

La *cafeína* es seguramente un estimulante poderoso, pero de difícil tolerancia por la vía gástrica; es preferible emplearla pues, en inyecciones subcutáneas ; lo mismo diremos del *alcanfor* y del *éter*.

Los cuidados higiénicos por lo que se refiere á la temperatura ambiente, la alimentación, etc.,

son aquí los mismos que en la forma aguda. — Al ocuparnos de ésta, trataremos también de los vejigatorios que nadie aconseja en el catarro sofocante sin foco pneumónico alguno.

FORMA AGUDA

Las indicaciones en este caso son múltiples; puede considerarse, como fuentes principales que la suministran, la congestión, la hepatización, la fiebre, la adinamia, aunque en nuestro concepto no valga la pena de distinguir la terapéutica de la congestión de la hepatización.

Al principio, el modo de obrar debe ser idéntico al indicado para el catarro sofocante: un *vomitivo* de ipeca, disminuye, según la observación general, la congestión; la *revulsión* con sinapismos ó ventosas secas ó franelas empapadas en agua hirviendo, concurre al mismo fin.

Pero la marcha de esta forma es muy distinta de la anterior; el proceso durará aquí varios días mientras que en el otro caso, el peligro es inminente y hay que obrar con urgencia. — Sin embargo, mientras no aparece constituido ningún foco pneumónico, la mayor parte de los autores no varían la terapéutica indicada, á no ser en la administración de *expectorante*. — El Dr. Araoz

Alfaro hace observar que jamás ha podido notar que estos agentes produzcan beneficio alguno; ha renunciado pues, al empleo del Kermes, del ioduro de potasio, de la polygela, de la ipeca á pequeñas dosis. — Mosny (1) tambien rechaza los expectorantes diciendo «no es á favorecer la secreción bronquial que tenemos que atender, sino, á su expulsión.»

Si se considera, en efecto, el modo de obrar de estos medicamentos, no se comprende que puedan producir otro efecto que el de aumentar la congestión broncopulmonar y esto no puede ser sino perjudicial en el período febril de iniciación y estadio, puesto que aun suponiendo que aumente la exceptoración, sería desconocer el proceso broncopneumónico pretender que, por ese medio, él haya de resolverse más pronto. — Quizá sea más justo pensar que la congestión producida puede facilitar la infección de nuevos lobulillos.

En el N°. 1 de este año de la Semaine Medicale, encontramos una opinión idéntica del *Dr. Douglas H. Stewart* (de New York), quien aconseja «*evitar el uso de los expectorantes en tanto que dura el proceso febril, durante el cual estos medicamentos no hacen sino aumentar la congestión broncopulmonar y contribuyen, además, á debilitar al niño.*»

Parece fundado, pues, sostener que esos expectorantes, y especial el ioduro de potasio tan em-

---

(1) E. Mosny — Bronco — Pneumonie — Bibliotheque medicale — Charcot — Debone — 1892

pleado, no deben darse sino en el período de resolución, cuando la fiebre y los focos pneumónicos han desaparecido. — Y estamos seguros de que ni uno solo de los médicos que lo emplean podrá declarar en conciencia, que ha reportado de ellos algún beneficio.

Siendo la broncopneumonía una enfermedad que agota rápidamente las fuerzas, parece entonces preferible administrar, aún desde el primer período, *estimulantes* (pequeñas cantidades de alcohol, amoníaco etc), á los cuales puede unirse, quizá con alguna ventaja, antisépticos de las vías respiratorias. — En en este sentido, la *creosota* preconizada por *Legroux* no nos parece muy útil dada la intolerancia que rápidamente determina; puede preferírsele el *benzoato de soda* que, como se sabe ha sido muy preconizado en estos últimos tiempos por *Ruault*, *Marfau*, etc. en las inflamaciones catarrales de las mucosas respiratorias.

Hemos visto con frecuencia, en el hospital San Roque, emplear una fórmula análoga á la siguiente:

Acetato de amoníaco 1 á 3 gramos (según la edad)
Benzoato de soda (obtenido por el Benjuí) (1) 3 á 6 gramos.
Agua destilada . . . . . 80 gramos.
Cogñac, rhum ó aguardiente . . . . . 10 »
Jarabe de Tolú . . . . . 30 »

(Por cucharaditas cada dos horas); puede agregársele más agua en el momento de la administración á fin de asegurar mejor su tolerancia.

---

(1) El obtenido por el ácido hipúrico es menos bien tolerado.

Una vez constituido algún foco de hepatización, ó varios las divergencias comienzan. — Muchos autores, la mayoría quizá, creen necesaria ó conveniente al menos, la aplicación de un *vejigatorio;* así piensan *Julio Simon*, *Cadet de Gasicourt*, *Rilliet y Barthez* para no nombrar sino algunos. *Henock* y *Baginsky* parecen más bien escépticos pero no los rechazan.

En cambio *Jürgenssen* habla con menosprecio de « *esos medios de tortura* »; *Le Gendre* los cree inútiles ó más bien perjudiciales porque debilitan y molestan al enfermo: *Hutinel* no los emplea tampoco.

Entre nuestros médicos de niños las mismas divergencias. — Así, mientras los Dres. *Blancas* y *Larguía* son partidarios de los vejigatorios, el Dr. *Centeno* en la Casa de Expósitos no los emplea, y el Dr. *Araoz Alfaro* no ha podido convencerse en ningún caso de su eficacia, habiendo renunciado á usarlos y sostituyéndolos por la revulsión superficial del modo ya indicado, ó por la envoltura hidropática.

En efecto, nos decía este último médico ¿ qué se desea obtener por medio del vejigatorio ? — ¿ Hacer desaparecer el foco de hipatización ya constituido ? — Pasó el tiempo, en que se creía que tales efectos podía producir el vejigatorio.

¿ Impedir que nuevos focos se constituyan ? — Un hecho que tiene todas las condiciones de una experiencia bastará para demostrar que tampoco esto es posible esperar. — Asistía en unión con un distinguido colega, á un niño afectado de una

broncopneumonía pseudolobar y cediendo á sus instancias, consintió en la aplicación de un gran vejigatorio; al día siguiente, y *en plena supuración de la herida determinada por el cáustico*, nuevos grandes focos se constituían en el pulmón hasta entonces indemne. Por lo demás los continuados vejigatorios aplicados sucesivamente en los diversos focos no impidieron la terminación fatal.

No intentamos rehacer acá algo parecido al hermoso estudio de Jürgenssen respecto de la pneumonía franca. — Pero dejaremos constancia de un razonamiento singular que hacen con frecuencia los médicos ya experimentados á sus colegas noveles. — «Todos mis enfermos de broncopneumonía que han curado, lo han sido mediante el uso de los vejigatorios,» dicen, pero olvidan que usan dicho medio en todos sus enfermos y muchos de ellos en cualquier momento de la enfermedad, y por sólo el diagnóstico de pneumonía ó broncopneumonía.

Los adversarios podrían responderles de idéntica manera: « todos mis broncopneumónicos curados, lo han sido sin la aplicación de vejigatorios.» — Y ni aún queda el recurso de la estadística, porque no hay enfermedad de intensidad y formas más variadas que la broncopneumonía; diremos, sin embargo, que el resultado sería más bien en ese caso, favorable á los adversarios del vejigatorio, según los datos que hemos podido reunir.

Lo único, pues, que en el vejigatorio podría uno proponerse lógicamente, dice el Dr. Araoz, es disminuir la congestión. — Ahora bien, para este ob-

jeto, parecen mucho más adecuados los medios de amplia revulsión superficial y de acción que puede ser constantemente mantenida: sinapismos, franelas calientes, fricciones constantes, y sobre todo, la *envoltura hidropática del tórax*.

Este último medio merece muy especialmente detenernos un momento. No es nuevo, puesto que *Henoch* lo preconizaba ya con entusiasmo, pero ha sido últimamente muy encomiado en Francia, donde su uso no se había generalizado.

Se lo practica del modo siguiente: se toma una pieza de gasa plegada en muchos dobleces de modo que su ancho sea bastante para ir desde el ombligo al hueco axilar; se la empapa en agua á la temperatura ambiente, se la exprime y se la coloca al rededor del tronco, envolviéndola con una tira de tafetán ó de gutta percha laminada de iguales dimensiones; Henoch la hace cambiar al principio cada media hora y luego cada una ó dos horas, siguiendo día y noche sin interrupción.

« Algunos minutos después de esta envoltura, dice Le Gendre en una communicación á la Société Medicale des Hôpitaux, de París (16 de Marzo 1894), la dispnea se atenúa ó desaparece, la agitación cesa, la tos se hace menos frecuente y más fácil y en algunas horas, la congestión se ha disipado ». — Quizá haya un poco de exageración en esta última afirmación, pero es indudable que la dispnea disminuye y la fiebre desciende; el Dr. Araoz tiene trazados perfectamente demostrativos.

Henoch cree que este método obra favorablemente de tres maneras: 1°. por las profundas ins-

piraciones que siguen inmediatamente á la aplicación fría y que tienen por efecto introducir enérgicamente el aire á los alvéolos y evitar la atelectasia ; — 2º. por la irritación derivativa de la piel que concluye por manifestarse por rubefacción, pápulas y descamación de la epidermis ; 3º. en fin, por la vaporización del agua que sostiene la humedad de la atmósfera al rededor del niño, y que puede ser reforzada haciendo hervir agua en una caldera colocada en la vecindad de la cama. — A menudo, pero no siempre, la envoltura provoca una sudación saludable pero que no debe ser copiosa.

En la misma sesión en que Le Gendre leyó la comunicación aludida, *Rendu* dijo, que desde diez años atrás empleaba en las mismas circunstancias el procedimiento llamado de la *sábana mojada*, medio idéntico á la envoltura y que sólo difiere por la extensión ; según él, su eficacia no era dudosa y debía atribuirse, además, á la excitación de la secreción urinaria y al descenso de la temperatura.

Posteriormente (Sesión del 11 de Agosto de 1894, de la misma Sociedad), Le Gendre ha referido un nuevo caso muy grave tratado por la envoltura y curado ; existía una nefritis grave como complicación de la broncopneumonía y la acción de la envoltura sobre la diúresis fué de lo más marcado.

Douglas Stewart, ya citado, hace notar que la envoltura hidropática es excelente, pero que el público la mira con desconfianza ; por eso cree

preferible aplicar pañuelos ó compresas empapadas en alcohol diluido ó vinagre aromático y renovados cada 15 minutos hasta obtener una mejoría decisiva del estado general.

No hay duda de que los procedimientos indicados son de incontrastable utilidad, mucho más real, en todo caso, que la de los vejigatorios tan comúnmente empleados.

Contra la *fiebre* elevada, muchos aconsejan diversos medicamentos antipiréticos ; creemos que entre éstos, el único que puede conservarse es la quinina, pues sólo ella carece del gran defecto de deprimir la circulación y el tonus nervioso.

Barth, *Blache*, y muchos otros la preconizan, más quizá por su acción tónica que por el descenso de la temperatura que es sumamente escaso aun con fuertes dosis; hemos tenido ocasión de comprobarlo muchas veces.

Es preciso convencerse y sobre todo convencer á las familias de que no hay antipirético más útil, en este caso como en casi todos los otros, que los baños templados ó fríos y la sábana mojada. — Preferimos los baños porque los creemos más cómodos.

Casi todos los autores están de acuerdo sobre este punto, pero divergen en la temperatura á que deben ser aplicados. — Le Gendre, por ejemplo, preconiza acá como en la fiebre tifoidea, los baños tibios progresivamente enfriados por el sistema de Bouchard. — El agua á dos ó tres grados menos que la temperatura del cuerpo, es enfriada poco á poco por adición de agua fría hasta llegar á 25°

más ó menos; pero el baño tiene que ser muy largo en ese caso y aun así el efecto antitérnico es poco marcado y muy fugaz. — El Dr. Araoz posee trazados muy demostrativos. — *D'Espine* y *Picot*, principian también con baños tibios (de 32 á 35° los dos primeros; después á 30° (de 5 á 15 minutos), uno á tres por 24 horas. — Aunque es cierto que estos baños calman y que no es necesario por lo general en la broncopneumonía, obtener un gran descenso de la temperatura, es indudable que para que los baños tibios sean útiles, es preciso darlos muchas veces por día porque su acción benéfica pasa muy pronto.

La mayor parte de los médicos de niños prefieren pues, los baños templados y fríos, si bien nadie crée necesario recurrir al método de *Brand*.

Nos parece que nadie ha reasumido mejor que *Hutinel* las indicaciones de los baños y el modo de darlos; sus conclusiones son las siguientes:

Los *baños fríos* son útiles sobre todo en los casos en que los fenómenos generales son muy marcados, en que sobrepasan en importancia y gravedad á los fenómenos locales, como tiene lugar por ejemplo, en el catarro sofocante y en la broncopneumonía con accidentes nerviosos predominantes. Cuando la temperatura alcanza al rededor de 41°, el baño frío está siempre indicado porque la hipertermia es por sí imsma un peligro. Cuando, con lesiones locales de mediana extensión, la temperatura y las reacciones son excesivas, la indicación es aun formal,

Cuando las lesiones locales son muy extensas y

la fiebre intensa, los baños fríos pueden sostener á los enfermos y hacerlos alcanzar á la desfervescencia; pero en general no traen la curación.

Cuando hay muy grandes lesiones locales con poca reacción, el baño está contraindicado. — Lo está también cuando el funcionamiento del corazón se hace mal, lo que, por lo demás, es excepcional en el niño, ó bien cuando la adinamia es profunda. La edad no es una contraindicación. — Los baños fríos dan, en efecto, resultados maravillosos en los niños de corta edad porque en ellos los fenómenos generales predominan á menudo y no están siempre en relación con las lesiones locales.

En la mayoría de los casos, el baño primero debe ser á 28° y durar 5 á 10 minutos ó menos si hay escalofríos. Los otros baños pueden ser tomados á 24° y menos, hasta 18°.

Al cabo de 5, 8 ó 10 minutos, se saca el niño, se lo envuelve en una frazada de lana, y se le hace tomar un trago de grog.

Una hora después del baño, se aplica de nuevo el térmometro. Si la temperatura no alcanza á 39°, se espera pero hay que tomar la temperatura cada 2 horas y sumergir al niño en el baño en cuanto llegue á 39°, á menos que esté muy tranquilo y sin dispnea.

Otros médicos prefieren el procedimiento de la sábana mojada *(drap mouillé)*, pero como hay que renovarlo cada dos horas, nos parece un método mucho más incómodo que el de los baños.

Los estimulantes son útiles en todo el curso

de la enfermedad. A más del alcohol, del amoníaco, etc,. la cafeína, el éter y el alcanfor llegan á ser recursos heróicos; ya dijimos que es casi siempre preferible usarlos en injecciones hipodérmicas (de 5 á 20 centigranos de cafeíma y benzoato, de soda, tres á cuatro veces por día.)

Los sedantes deben ser empleados muy raras veces: el baño es el mejor y ya nos hemos ocupado extensamente de él.—Pero la codeína, la morfina, la belladona, son peligrosos; no conviene disminuir la tos sino en el caso de ser muy intensa y de molestar grandemente al enfermito. A veces puede uno verse forzado á usarlo, según algunos autores, así como á emplear el cloral para conseguir calma y sueño.—Siempre hemos visto obtener estos efectos por medio de los baños.

Pasado el período agudo, y en resolución la la enfermedad, debe usarse recién, nos parece, el ioduro de potasio y los balsámicos.

Como se ha visto las indicacionas son muy variadas. « No hay tratamiento, dice *Cadet de Gassicourt*, que exija una atención más minuciosa y más grandes precauciones. El médico debe además contar con las legítimas inquietudes de los padres y sus naturales impaciencias. Como jamás puede estar seguro del día siguiente, como ignora hasta donde puede extenderse la enfermedad, y como la prudencia le prohibe tanto la confianza absoluta como la desesperación completa, está obligado á mantenerse en una reserva que á menudo inquieta é irrita, pero de la que no sabría separarse jamás. No debe ceder ni á las exigencias ni á las impa-

ciencias, ni dejarse arrastrar, bajo la influencia de pasiones extrañas, á cambiar sin cesar la medicación y á acumular los remedios; necesita realmente alguna fuerza de carácter y la conciencia de un deber que llenar para resistir á las súplicas de una madre enloquecida que cree á cada instante que su hijo va á exhalar el último suspiro. »

No se olvide por lo demás, que el curso de la broncopneumonía está constituido por una sucesión de focos inflamatorios circunscritos y que muchas veces, después de la terminación de uno hay un período de mejoría aparente que ilusiona á la familia y al médico hasta que la aparición de un nuevo foco trae con él una agravación de los síntomas funcionales y generales. El médico debe pues, cuidar mucho de no hacer concebir ilusiones falaces y de afirmar la mejoría sólo cuando síntomas funcionales y signos físicos sigan paralelamente un decrecimiento gradual después de muchas horas.

En el extremo opuesto, cuando el enfermito se agrava, cuando la asfixia parece inminente, no debe desesperarse; más de una vez, los baños fríos ó mejor los baños calientes y sinapisados, con afusión de agua fría á la cabeza y sobre todo á la región occipital, las injecciones de cafeína, y alcanfor, las ventosas reiteradas, las inhalaciones de oxíjeno, han conseguido hacer vivir á niños que parecían moribundos.

Los *cuidados higiénicos*, deben ser esmerados; el niño necesita un aire puro y aunque es conveniente que la temperatura sea regular (de 14 á

18° c, es preferible que ella baje y no que el aire se vicie; — como dice Jürgenssen, entre el aire frío y puro y el caliente y viciado, la experiencia ha probado que debe optarse por el primero. Conviene pues, aerear constantemente la habitación ó pasar al niño de una á otra cada día ó dos veces por día; por lo demás, no hay que temer mucho al aire; como dice *Barth*, una sábana cubriendo el cuerpo del niño ó un biombo bajo bastan para protegerlo de la corriente de aire que se establece.

Jürgenssen y otros autores insisten mucho en la necesidad de que el aire que rodee al enfermito sea también húmedo; si es seco, dice, se evapora en los bronquios mucho vapor de agua, el exudado se deseca y la expectoración se hace muy difícil, al contrario cuando el aire está cargado de vapor de agua, la expectoración es fácil y franca. Debe pues, hacerse vaporizar en la habitación, sea agua sola, sea agua conteniendo principios balsámicos y, por consiguiente, antisépticos.

La *alimentación* debe ser sustancial y reparadora; en un niño de pecho, es bien sabido que no hay nada mejor que la leche de la madre; en uno de mayor edad, la leche, los huevos crudos ó batidos con el caldo caliente, el jugo de carne, las sopas suntanciosas, etc., unidas á vinos generosos de que ya hemos hablado y al café, permiten sostener las fuerzas del enfermito.

No se olvide que la hipóstasis contribuye poderosamente á estrechar el campo respiratorio, así como la fiebre que, según hace notar *Jürgenssen*, hace los movimientos respirativos más superficiales

y facilita la atelectasia ó colapsus que es otro de los elementos perniciosos en ese sentido. Es preciso, pues, cambiar al niño de decúbito, sentarlo, hacerlo pasear en los brazos, etc.

Conviene mantener el vientre libre, á fin de evitar sea nueva fuente de intoxicación y fiebre; puede hacerse también, con ese objeto, la antisepsia intestinal.

Intencionalmente, no nos hemos ocupado de la *profilaxia* de la broncopneumonía, porque ella no entraba en el plan de nuestro trabajo.

Aunque no hemos tratado del pronóstico, sólo por mostrar la mortalidad que esta enfermedad ocasiona con los diversos tratamientos, hemos buscado las estadísticas de los distintos hospitales de esta Ciudad. — En la mayor parte de ellos, los datos son muy incompletos.

En el consultorio del Hospital de Clínicas no se sabe el resultado del tratamiento y la terminación de la enfermedad.

En el Hospital de Niños sólo se tiene datos de los enfermitos internos; ha habido 6 muertos y 3 curados ó sea una mortalidad de más de 66 %. — No se especifica si son broncopneumonias consecutivas á bronquitis simples ó enfermedades infecciosas; ahora bien se sabe que el pronóstico es muy diverso en los dos casos.

Los datos más completos corresponden á la Casa de Expósitos y al Hospital S. Roque.

CASA DE EXPÓSITOS. — *Servicio de los Dres. Centeno y Davel.*

1894.

	CURADOS	MUERTOS	MORTALIDAD POR 0[0
Bronquitis capilar	—	8.	100 o[o
Broncopneumonía simple (1) . .	8.	24.	75 o[o
« por coqueluche	6.	16.	72 o[o
« coqueluche y sarampión.	2.	2.	50 o[o
« Sarampión	7.	19.	73 o[o

(Debemos hacer notar que esta mortalidad tan grande se debe al estado lamentable de nutrición en que se encuentran los niñitos de este Establecimiento, en gran número atrépsicos, y á las malas condiciones de la casa.)

HOSPITAL SAN ROQUE — *Servicio del Dr. Araoz Alfaro.*

(Consultorios y Salas — 1894).

	CURADOS	MUERTOS	MORTALIDAD POR 100
Broncopneumonías simple y bronquitis capilar.	12	6	33 o[o
« por Coqueluche.	3	3	50 o[o
« » Sarampión.	1	2	75 o[o

(1) Llamamos broncopneumonías simples á las consecutivas á catarro bronquial.

De los casos que figuran como muertos por broncopneumonía simple, uno entró moribundo y murió en ese mismo día, dos fueron complicados de pleuresía supurada. Hemos incluido en el cuadro anterior sólo los casos en que el diagnóstico era rigurosamente fijado. Se sabe que hay bronquitis con congestión pulmonar intensa y pousées succivas á veces que se asemejan mucho á la broncopneumonía pero cuyo pronóstico es muy benigno. — El año pasado por ejemplo hubo en las salas de Niños de San Roque tres de esos casos y los tres curaron ; en uno de ellos el primer diagnóstico había sido broncopneumonía, pero fué rectificado después.

EMILIO BESIO Y ALMEYRA.

Buenos Aires Marzo 1 de 1895.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I.

La docimacia hidrostática pulmonar, es la que, nos suministra la mejor prueba, para comprobar si un niño ha nacido con vida, ó ha nacido muerto.

II.

En caso de duda, entre la muerte real y la muerte aparente, la ausencia de los ruidos cardíacos durante más de siete segundos nos autoriza á afirmar que la muerte es real.

III.

El suicidio es siempre un acto patalógico.

Principales trabajos consultados.

Araoz Alfaro G. — Bronquitis y broncopneumonías pneumocóccicas — Anales del Círculo Médico Argentino — 1893. N° 8.

Baginsky A. — Traité des maladies des enfants—Traduct. — franç — de Guimon et Roune. — Paris 1892.

Barth. — Thérapeutique des maladies des organes respiratoires — Paris — 1894.

Blache. — Clinique et therapéutique infantiles — Paris — 1894.

Boulay. — Des affections á pneumocoques — These de Paris — 1894.

Cadet de Gassicourt. — Traité clinique des maladies de l' enfance — 1887 — Paris. —

Cornil et Babès. — Les bactèries — Paris — 1892.

Combey. — Traité des maladies de l' enfance — Paris.

Descroizilles. — Manuelle de pathologie et de clinique infantiles — Paris 1883.

Eichhorst. — Traité de pathologie interne et de therapéutique — Trad. franç, — Paris 1889.

Ellis. — Maladies de l' enfance — Trad — franç. 1889.

Henoch — Leçons cliniques sur les maladies des enfants — Trad — franç — Paris 1885.

Le Gendre et Broca. —Therapeutique infantile médico. chirurgicale — Paris 1894.

Le Gendre. — Communications á la Societé Médicale des Hôpitaux de Paris — 16 de Marzo y 11 Agosto 1894.

Legroux, Hutinel, Sevestre, Simon. — La practique des maladies de l' enfance dans les hôpitaux de Paris — 1893.

Mosny. — Broncho — pneumonie — Biblioth — Charcot Debove — Paris 1892.

Mosny. — Communic — á la Societé de biologie de París— 29 Diciembre 1894. Association du puenmocoque avec le staphilocoque pyogéne doré —

NETTER.—Ertude bacteriologique de la broncho—pueumonie chez l'adulte et chez l'enfant. Archives de médecine per. et d'anat. pathologique — 1892 No. 1 pág. 28.

NETTER. — Art. Broncho — pneumonie, del Traité de Médecine de Bouchard, Charcot y Brissaud. — Paris 1893— Tomo 4.

RILLIET, BARTHEZ ET SANNÉ. —Traité clinique et practique des maladies des enfants — 3e. édition — Paris 1894.

STEWART DOUGLAS H. — Traitement de la broncopneumonie chez les enfants—Semaine Médicale—1895 No. 1.

ZIEMSSEN. — Tratado enciclopédico de patología médica y terapéntica — Traduc. española del Dr. Vallina — Madrid 1885, Tomo III. Art. Broncopnemonía de Jürgenssen.

———

Movimiento de la población de la Capital Federal desde 1887 hasta 1894—Anales del Departamento Nacional de Higiene 1895 — No. 4.

Marzo 2 de 1895.

Sírvanse informar sobre la admisibilidad de este trabajo los Sres: Académico Dr. J. Penna y Profesores suplentes Doctores A. F. Piñero y F. Larguía.

LEOPOLDO MONTE DE OCA.

L. Acuña.

Marzo 11 de 1895.

Esta tesis llena las condiciones establecidas por el Reglamento y puede autorizarse su publicación.

J. PENNA.

Antonio F. Piñero. — Facundo T. Laryuía.

Marzo 18 de 1895.

En vista del informe que antecede, entréguese al interesado esta tesis para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida en acto público.

LEOPOLDO MONTE DE OCA.

L. Acuña.