069

179

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

SOBRE LA

NEUMONIA FIBRINOSA EN LOS NIÑOS

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Germán Anschütz

Ex - practicante menor de la Asistencia Pública.
Ex-interno del Hospital San Roque
1897, 98, 99.

BUENOS AIRES

Imp. y Lit. de RIVOLIN Hnos. y Cia. 166 — LIMA — 174

1899

Dr Pinto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA CAPITAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

SOBRE LA

NEUMONIA FIBRINOSA EN LOS NIÑOS

TÉSIS INAUGURAL

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Germán Anschütz

Ex - practicante menor de la Asistencia Pública.
Ex-interno del Hospital San Roque
1897, 98, 99.

BUENOS AIRES

—

Imp. y Lit. de RIVOLIN Hnos. y Cia. 166 — LIMA — 174

——

1899

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

(ART. 162 DEL REGLAMENTO)

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. Enrique E. Del Arca.

Vice Decano

Dr. D. José T. Baca.

Académicos Titulares

Dr. D. Leopoldo Montes de Oca
» » José T. Baca
» » Rafael Herrera Vegas
» » Jacob de Tezanos Pinto
» » Eufemio Uballes
» » Juan R. Fernandez
» » Enrique E. del Arca
» » Pedro N. Arata
» » Manuel Blancas
» » Roberto Wernicke
» » Pedro Lagleyze
» » José Penna
» » Luis Güemes
» » Eliseo Canton
» » Gregorio N. Chaves

Academicos Honorarios

Dr. D. Ernesto Aberg
» » Pablo Marengo
» » Eduardo Wilde
» » Martin Spuch
» » Telémaco Susini
» » Edmundo Nocard
» » Emilio R. Coni

Secretario Titular

Dr. D. Luis M. Acuña

Pro-Secretario

Dr. D. Zenon Aguilar

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Anatomia Descriptiva	Dr. Juan Josè Naon
Anatomia Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Histologia teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Fisiologia General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Patologia General y ejercicios clinicos	„ Roberto Wernicke
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Higiene Pública y Privada	„ Meliton G. del Solar
Patologia Externa	„ Obdulio Hernandez
Patologia Interna	„ José Penna
Anatomia Patológica	„ Telèmaco Susini
Bacteriologia	„ Carlos Malbran
Medicina Operatoria	„ Adalberto Ramaugè
Enfermedades de mujeres y su clínica	„ Enrique Bazterrica
Enfermedades de los niños y su clinica	„ Manuel Blancas
Enfermedades de los ojos y su clinica	„ Pedro Lagleyze
Enfermedades nerviosas y su clínica	„ José M. Ramos Mejia
Enfermedades mentales y su clínica	„ Domingo Cabred
Enfermedades Génito Urinarias	„ Federico Texo
Enfermedades venéreas y dermatologia	„ Baldomero Sommer
Clínica quirurjica	„ Julian Aguilar, Antonio C. Gandolfo, Alejandro Castro
Clínica médica	„ Gregorio N. Chaves, Abel Ayerza, Luis Güemes, Francisco Sicardi
Laringología, otología, rinología	„ Eduardo Obejero
Obstetricia y clínica respectiva	„ Samuel Molina
Medicina legal	„ Francisco de Veyga
Toxicología	„ Juan B. Señorans
Quimica aplicada á la medicina	„ Pedro N. Arata
Física médica	„ Jaime R. Costa
Zoologia médica	„ Eliseo Canton
Botánica médica	„ Martin Spuch
Botánica farmacéutica	„ Adolfo Mujica
Química analitica	„ Atanasio Quiroga
Farmacia teórica	„ Juan A. Boeri
Farmacia práctica	„ J. Manuel Irizar
Obstetricia para alumnas parteras	„ Juan R. Fernandez
Odontología	„ Nicasio Ectheparebordа
Dentisteria operatoria	„ Leon Pereira

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos substitutos
Anatomía Descriptiva	Dr. Juan D. Piñero
Anatomia Topográfica	„ Avelino Gutierrez
Histologia teórico práctica	„ Samuel de Madrid
Fisiologia General y Humana	„ Horacio G. Piñero
Patologia General y ejercicios clínicos	„ Gregorio Araoz Alfaro
Materia Médica y Terapéutica	„ Enrique E. del Arca / Angel M. Centeno
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla / Ricardo Schatz
Patología externa	„ Pascual Palma / Daniel J. Cranwell
Patologia interna	„ Marcial V. Quiroga
Anatomia Patologica	„ José Badía
Bacteriologia	Vacante
Medicina Operatoria	„ Nicolas Repetto / .....
Enfermedades de mujeres y su clínica	„ Alfredo Lagarde / José F. Molinari
Enfermedades de niños y su clínica	„ Antonio F. Piñero / Facundo Larguía
Enfermedades de los ojos y su clínica	„ Francisco Barraza / Teófilo A. Moret
Enfermedades nerviosas y su clínica	„ José A. Esteves / José R. Semprum
Enfermedades mentales y su clínica	„ Benjamin T. Solari
Enfermedades génito-urinarias	Vacante
Enfermedades venéreas y dermatologia	„ Maximiliano Aberastury
Clínica quirurjica	„ Juan B. Justo / Diógenes Decoud / Alejandro Posadas
Clínica médica	„ Julio Mendez / Ignacio Allende / Patricio Fleming
Laringología, otología, rinología	„ Wenceslao Tello / Eliseo V. Segura
Obstetricia y clínica respectiva	„ Luis F. Vila / Fanor Velarde
Medicina legal	„ Domingo S. Cavia / .....
Toxicología	„ Juan Alba Carreras
Química aplicada á la medicina	„ Francisco P. Lavalle
Física médica	„ Juan J. Galiano
Zoologia médica	Vacante
Botánica médica	„ Lucio Durañona
Botánica farmacéutica	Vacante
Química médica	„ Francisco B. Reyes
Farmacia teórica	Sr. Juan A. Dominguez
Farmacia práctica	Vacante
Obstetricia para alumnas parteras	Dr. Enrique Pietranera
Odontología	Vacante
Dentisteria operatoria	Vacante

PADRINO DE TÉSIS

Académico Titular Dr. D. LUIS GÜEMES

A mi padre

Señores Académicos.

Señores Profesores:

Cábeme el alto honor de presentar á vuestra consideración y estudio este modesto trabajo, última prueba que me exije el reglamento de nuestra Facultad para optar el grado de Doctor en Medicina.

Al realizarlo no estoy ciertamente exento de ese temor que generalmente experimenta todo aquel que por primera vez afronta el juicio ageno, sobretodo si este juicio es el de personas hacia quienes, como sucede con vosotros, se tiene el respeto que inspiran el talento y el saber.

Por otra parte, y aunque la profesión médica no requiera grandes conocimientos de literatura, es siempre necesarío un cierto grado de belleza al exponer que desconfío de alcanzar porque en mi preocupación por la medicina desprovista de las galas de un

lenguaje que no le es propio, no he cultivado el arte del decir.

Tampoco existe en mi mente, ni lejanamente, la pretensión de presentáros algo original. Practicante mayor, durante mi último periodo de internado en el servicio de Niños del Hospital San Roque, á cargo del inteligente profesor de la Facultad de Medicina Dr. Gregorio Araoz Alfaro, he tenido ocasión de observar varios casos de Neumonia Serofibrinosa en esta clase de pacientes, y la circunstancia de no haberse escrito tésis alguna sobre este tema, por lo menos en mís siete años de estudiante, me ha sugerido la idea de tratarlo en mi trabajo inaugural, y es por eso que tengo la satisfacción de que lo expuesto en esta tésis es el resultado de observaciones practicas y del mayor esfuerzo y cuidado en su interpretación.

Señores:

Antes de abandonar las hermosas ilusiones de la vida de estudiante, quiero dejar constancia en este momento solemne para mi de la gratitud que os debo y cuando en el ejercicio del título que vais á otorgarme, obtenga un éxito ó tenga ocasión de practicar alguno de los altos deberes de humanidad y de filantropía que estan encomendados al Médico, asociaré á mi obra á los que legíti-

mamente tendrán parte en ella por haberme preparado á llevarla á cabo.

Al Dr. Luis Güemes, cuya presencia en este acto hace alto honor y realza al alumno que apadrina, mi profundo reconocimiento.

Al Dr. Gregorio Araoz Alfaro, que me ha distinguido en sus enseñanzas, sujeriéndome este tema tan importante y proporcionándome galantemente para ello los materiales de estudio y á los demás médicos del Hospital San Roque, por haber aprendido á su lado á conocer practicamente enfermos, mi agradecimiento por sus esfuerzos.

Neumonia Fibrinosa en los Niños

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

CAPÍTULO I

Definición, Bacteriología y Anatomía Patológica

La neumonia sero-fibrinosa, crupal de los alemanes, tambien denominada neumonia franca lobar, es en los niños un padecimiento infeccioso, de evolución cíclica, aguda, producido bajo la influencia de un microbio especifico: el Pneumococcus encapsulado de Fränkel.

Mucho se ha discutido sobre la prioridad del descubrimiento del microbio que origina esta enfermedad. Klebs en el año 1877 constató por primera vez un bacilo en los esputos de los neumónicos, denominándolo Monas Pulmonalis. Mas tarde, en el año 1881 Koch y Eberth llamaron Coccus Pneumoniae á unos microbios que notaron en la sangre y exudados meningeos de enfermos afectados de padecimien-

tos agudos del pulmón. Günther y Leyden hicieron tambien la misma observación. En este mismo año Pasteur vió el que hoy llamamos pneumococcus en la saliva de un niño cuya muerte fué ocasionada por la rabia, pero no lo refirió para nada á la neumonia.

Friedländer en el año 1882 descubrió un diplobacilo encapsulado que consideró como el productor de la neumonia, demostrando que no se producia la enfermedad en la mayor parte de los animales, pero este autor no dió á conocer la verdadera naturaleza del microorganismo.

Recien en el año 1883, Talamon en Francia fué el primero que lo cultivó y Alberto Fränkel en Alemania le siguió llevando á cabo en el año 1884 los estudios mas completos sobre el microorganismo coadyuvado por la experimentación sobre animales fijando asi definitivamente sus caracteres y sobretodo su rol en la Neumonia. Probó que inyectando en el tejido subcutaneo de un conejo una pequeña cantidad de una cultura atenuada del microbio, produciase la muerte entre las veinte y cuatro y cuarenta y ocho horas despues de la inyección, encontrándose la sangre repleta de pneumococcus. En otra experiencia en que inyectaba en el pulmon, á travez de la pared toraxica, líquido de una cultura mucho mas atenuada que la primera, constató, además de una Pericarditis fibrinosa y Pleuresía Seca, la hepatización lobar del pulmon,

idéntica anátomo-patologicamente á la neumonia fibrinosa en la especie humana.

Weichselbaum (1) el año 1886, en 129 casos de neumonia examinados por diferentes procedimientos, halló que la afección era producida, en primer lugar por el Diplococcus Pneumoniae de Fränkel, de forma lanceolar ó redondeado, rodeados de una capsula, comunmente adosados de á dos, otras veces formando cadena de á cuatro, seis y á veces mas; 2° por el Streptococcus Pneumoniae, muy análogo al anterior, diferenciándose en que este último se halla siempre formando cadena; 3° el Bacillus Pneumoniae, el cual posée tambien idénticas propiedades y 4° el Streptococcus piógenus.

Como vemos los microbios en la neumonia fibrinosa son diversos. Dürck (2) en su última comunicación nos dice categóricamente que los microbios en la neumonia crupal son varios, pero que el que ocupa el primer rango es el Diplococcus que él llama de Fränkel—Weichselbaum, el cual se halla mezclado con el Streptococcus piógenus, Bacillus Coli, Bacillus Klebs - Löffler, etc. Este mismo autor

---

(1) Weichselbaum—Über die Aetiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen. Del Wiener med. Jahrbücher año 1886 pag. 483.

(2) Dürck—Aetiologie und Histologie der Pneumonie imkindesalter, publicado en el Centralblatt für kinderheilkunde año 1897 pag. 389.

encontró el pneumococcus en pulmones sanos y en pulmones de enfermos muertos de otros padecimientos.

Respecto á esto último ya Aufrecht (1) el año 1880 encontró pneumococcus en la sangre del corazon y del bazo de dos sujetos muertos de Meningitis Cerebro-Espinal. Actualmente no se duda de que se encuentra el mismo microbio en otras afecciones como en la Meningitis, Endocarditis, Pleuresía, Peritonitis, etc.

El Diplococcus Pneumoniae es un microbio que se presenta al observador bajo la forma redondeada, ligeramente ovalar, cuyos polos recuerdan la extremidad de la llama de una bujia ó tambien la extremidad de una lanza, midiendo de 0.5 á 1 milesimo de milimetro de largo. Como decia anteriormente, se presenta dispuesto de á dos (de ahí su nombre de diplococcus) ó mas, formando á veces largas cadenas, rigidas ó acodadas en angulo obtuso; casi siempre rodeados de una capsula ó halo brillante que le forma una atmosfera glutinosa, lo que contribuye á la viscosidad del exudado (2). Es coloreable por el método de Gram

---

(1) E. Aufrecht Die Lungenentzündungen—año 1897, de la enciclopedia «Specielle Pathologie und Therapie» del Dr. Hermann Nothnagel.

(2) Debove y Achard — Traité de Médecine Tomo I° año 1895.

(solución alcohólica saturada de violeta de genciana, luego solución iodo iodurada, alcohol y por último eosina) apareciendo los microbios de color violeta sobre un fondo rosa.

Anátomo-patologicamente es la neumonia sero-fibrinosa una de las afecciones magistralmente estudiadas. Pocas veces se tiene ocasión de hacer la necropsia en niños que han sucumbido de esta afección, por ser ésta una de las enfermedades más curables. De los casos que prácticamente he observado, he tenido ocasión de hacer la autopsia de dos niños fallecidos de neumonia intercurrente; el protocolo de ambas lo transcribo en el parrafo concerniente á las neumonias fibrinosas secundarias.

Las lesiones no difieren sensiblemente de aquellas que se encuentran en los adultos; obsérvanse los tres periodos, infarto, hepatización roja y hepatización gris, admitidos desde el tiempo de Laennec y que actualmente algunos autores (1) quieren hacerla en cuatro periodos. Estos dividen el proceso de la enfermedad en 1° Infarto; 2° Hepatización roja; 3° Hepatización gris; 4° Periodo de dehiscencia, de reabsorción ó de infiltración purulenta.

---

(1) Aufrecht-Obra citada, pag. 7.

(1) Giov. Orth.-Manuale della diagnostica Anatomo-Patología é delle autopsie, año 1894.

El primer periodo, el engouement de los franceses (Bayle) es de los raramente observados y cuando se le encuentra es porque el niño ha muerto entre las veinte y cuatro y treinta y seis horas despues del comienzo de la enfermedad, como el caso citado por Kissel (1) que falleció á las treinta y cuatro horas. El pulmon en este periodo, es un poco mas pesado que al estado normal, pero cortado un trozo y echado en una vasija de agua aún flota; de color lívido ó violaceo, mas grande, como si estuviese distendido, crepita á la presion y como lo hace notar Hasse conserva la impresion de los dedos en su superficie exterior como si se tratara de un órgano edematizado. Al corte, es facilmente desgarrable, lo que lo diferencía de la simple hipóstasis, de color azul negruzco y que poco á poco pasa al rojo, fenómeno explicado por Morgagni y que es producido por existir ya en este periodo dificultad en la oxidación de la sangre en las ramificaciónes de la arteria pulmonar.

En el segundo periodo ó de Hepatización roja, el periodo mas observado en las necropsias infantiles, el pulmon es completamente rojo al corte, pesado, un trozo de él en una vasija de agua va inmediatamente al fondo, desgarrable, siendo la consis-

---

(1) Kissel—Pneumonie foudroyante chez un enfant de 6 ans, publicado: Revue de med. d'enfance año 1893.

tencia mas ó menos parecida á la del higado, de ahi su nombre. La superficie de sección está formada de pequeñas elevaciones de forma oblonga, algo aplastadas, de color rojo. Esta especie de granulación es caracter anatómico propio de la inflamación pulmonar y son producidas por el relieve de los infundibuli pulmonares rellenos de fibrina, los cuales miden en los niños segun referencias de Damaschino de 0.7 á 0.11 centesimos de milimetro. En el interior de los alveolos existe el exudado fibrinoso compuesto de fibrillas cuyas mallas encierran glóbulos rojos, glóbulos blancos y algunos células epiteliales.

El 3° periodo, es el de Hepatización gris; presenta el corte del pulmon la consistencia y las granulaciones del periodo anterior pero la coloración no es ya roja sinó gris ó amarillo oscuro. Las granulaciones han aumentado de volúmen haciendose más facilmente visibles y aislables. En los alveolos existe fibrina, células migratrices mucho mas grandes que los glóbulos blancos y que fueron hallados por Buhl el año 1859, células con grandes granulaciones fuertemente refringentes, dificilmente coloreables por el carmin ó el acido ósmico; estas células tienen por función la reabsorción del exudado.

El 4° periodo de los alemanes, periodo de infiltración purulenta, de dehiscencía ó resolución,

posée el tejido pulmonar el menor grado de consistencía siendo por lo tanto muy facilmente desgarrable; las granulaciones van desapareciendo poco á poco ó no existen ya, el color del pulmon es amarillento y al corte se ve que la superficie se llena abundantemente formando como una delgada capa la que está constituida por glóbulos blancos en abundancía; estos glóbulos blancos son los que existian en periodos anteriores en los alveolos pulmonares; á la presion, despues de verificado el corte, sale un liquido mucoso turbio, transformación de la fibrina, de color gris amarillento y que examinado al microscopio vénse células con degeneración grasosa.

Esta es en resúmen la evolución anátomo-patologica de la Neumonia fibrinosa pero hay que observar aunque en los niños generalmente no pasa del periodo de hepatización roja, existen casos excepcionales de los actualmente llamados neumonias abortivas en que el proceso no evoluciona mas allá del primer periodo ó de congestion.

A estas lesiones pulmonares acompañan casi constantemente alteraciones en la pleura bajo forma de exudado pseudo-membranoso que se hallan en la cercania de los focos neumonicos. La pleuresia seca se transforma á veces en sero-fibrinosa y esta pasa en algunos casos al estado de purulencia.

Cuando la neumonia fibrinosa toma la forma grave, infectante, observanse entonces tambíen lesiones en otros órganos como ser: meningitis supurada, meningitis espinal, pericarditis purulenta, peritonitis á pneumococcus, angina pseudo membranosa, abcesos sub periosticos etc.

CAPÍTULO II°

Etiologia

Infecto-Contagio. — La neumonia fibrinosa en los niños puede ser trasmitida de padre á hijo por infecto-contagio siendo la disposición para su adquisición en todas partes la misma. Entre los ejemplos que pudiera notarse de éste carácter está el citado por Levy, de una mujer embarazada que murió de neumonía lobar doble y que al cuarto dia de su enfermedad dió á luz un niño que murió también de neumonia fibrinosa á las cuarenta y nueve horas de nacer, en la autopsia, el pulmon de éste pareció estar en el tercer dia de su enfermedad, de manera que debió admitirse la infección in utero. El exámen bacteriológico vino á confirmar el hecho, encontrándose el Diplococcus de Fränkel en los pulmones de ambos. Los hechos de esta naturaleza inclinan á pensar que el Diplococcus puede trasmitirse de la madre al feto por la vía placentaria.

Gaertner (1) ha tenido también ocasión de observar casi idéntica cosa que el autor antes citado pero bajo forma de una pequeña epidemia

Influencia de las Estaciones. — En cuanto á la época del año parece no tener influencia alguna, á pesar de que comunmente se producen mayor número de casos al comienzo y durante la primavera, no habiéndose aún podido dar cuenta del porqué de ésto, observación que he tenido ocasión también de constatar en la estadística del servicio de Niños del Hospital San Roque.

Edad. — Se observa en todas las edades de la infancia, pero es mucho más frecuente arriba de dos años. Hay algunos autores como Gerhard y Rufs que niegan la existencia de dicha enfermedad debajo de 5 años, lo cual es un error porque más de una vez hemos tenido ocasión de observar niños de menos de 1 año afectados de neumonias francas.

Para Henoch (2) el máximum de frecuencia es entre 3 y 12 años, sin embargo cita hasta un caso de seis meses de edad. Rilliet y Barthez

---

(1) F. Gaetner—Eine Kleine Pneumonie—epidemie bei neugeborenen, pubiicado en el Centralblatt für gynäKologíe, año 1891 Nº 27 pag. 561.

(2) Dr. Eduard Henoch — Vorlesung über Kinderkranheiten, pag. 366 año 1897.

(1) dicen haber observado casos de uno y medio mes, de dos, de cuatro y de seis meses. Grisolle en un niño de ocho meses. Billard ha hallado entre 17 casos de niños atróficos muertos en el transcurso del primer mes de nacer, seis veces neumonia fibrinosa.

Las historias que voy á presentar son de niños afectados de neumonia fibrinosa, uno á los 11 meses, el otro á los 16 meses de edad.

(Nº 1225.) Adolfo di B. argentino, 11 meses—La madre pretende que tiene ocho dias de enfermedad.

Se presenta al Consultorio Externo (2) el dia 10 de Noviembre de 1898 con alta temperatura, agitación, subdelirio, disnea. *Signos fisicos*: respiración brónquica base derecha desde la espina del omóplato; rales finos crepitantes extendidos- Tomado en observación como un caso de neumonia fibrinosa se le prescribieron baños casi fríos.

Vuelto al Consultorio el dia 12, dice la madre que el niño se puso mal después del baño frío, pero visto por un médico le dijo que no era de importancia: el niño no presenta agttación, está más bién deprimido — Temp. 39º 8, Pulso 140 por,' Resp. 50 — Matitez base derecha desde un poco por debajo de la espina; resp. bronquíca, rales crepitantes finos.—Axila libre, lo mismo que por delante.—Pulmon izq. normal. Prescripción: Envoltura hidropática-- Cafeina y Benzoato sódico, Cognac.

Noviembre 14 — Apirexia. Rales de vuelta y respiración apenas brónquica — Curado.

—

(1) Rilliet y Barthez—Traité des maladies des enfants, año 1884.

(2) Del Hospital San Roque—Servicio de Niños

(Nº 1422).—Elias E. argentino, 16 meses. Es presentado al Consultorio el 1º de Enero de 1899. Padres completamente sanos. Hacen 6 dias enfermó bruscamente, con alta temperatura, tos y disnea. Pulmon izq. por detrás: matitez desde la punta del omoplato hasta la base, resp. tubaria, rales crepitantes; por delante algunos rales mucosos. Pulmon derecho normal. Temp. 39º 6, Resp, 50, Pulso 125 por'.

Enero 4 – Temp. 36º4, Resp 40, Pulso 120—Pulmon izq, percusion normal, un poco oscura en la base; resp, vesicular, óyense algunosr ales mucosos. Alta curado.

——

Sexo.—Según las estadísticas de Comby (1) Henoch, Aufrecht, Baginsky, Rilliet y Barthez y la nuestra tiene la enfermedad predilección por el sexo masculino.

Predisposición. — Debe admitirse como primer factor eficiente de la enfermedad, más que en ninguna otra, la predisposicion innata en los niños para su adquisicion y como causa determinante y real, la pululacion en el seno del parénquima pulmonar, ó en la boca mezclado con la saliva, del gérmen contagio especifico actualmente bien conocido y estudiado — el Diplococcus de Fränkel.

Además de éstos, otros factores muy importantes vienen á agregarse para el desarrollo de la enfer-

---

(1) J. Comby — Pneumonie franche — del Traité des Maladies de l'enfance Tomo IV año 1898.

medad en cuestion; dejemos á un lado la presion barométrica que obra reforzando la virulencia del microorganismo y entremos de lleno á otros factores de más interés.

Frío. — Mucho se ha discutido si sobre el frío era el productor esencial de la enfermedad; los autores y médicos antíguos están contestes en éste punto, era para ellos la causa sine qua non. Poco á poco ha ido perdiendo valor éste factor hasta el punto de que hoy algunos como Massalongo, (1) la niegan por completo. La opinión de éste reputado autor es algo radical porque otros también modernos como Ziemssen la reconocen y la admiten 9 veces en 100 casos, Jürgensen (2) en un 4 por °/₀, Griesinger en un 2 por °/₀.

No debe dejarse del todo á un lado el frío como causante de la afección. Estudios experimentales hechos en los últimos años tratan de dejar subsistente ésta idea. Lipari después de haber inyectado en la traquea de animales, esputos de neumonicos y que no habían adquirido la enfermedad por éste medio, consiguió producírselas después de exponerlos al frio; de ocho animales en experiencia, seis murieron de neumonia sero-fibrinosa.

---

(1) Massalongo — Contribution á l'étude experimentale de la pneumonie et de la Bronopneumonie, año 1888, publ. Archives de Phisiologie de Charcot y Bouchard.

(2) Jürgensen — De la enciclopedia de Ziemssen — Artículo Neumonia.

Bein también refiere dos observaciones de animales que poseían el microbio en la saliva y que después de un baño frio adquirieron la afección, constatada por la necropsia. Dürck (1) en el año 1897 repitió éstas mismas experiencias con idéntico resultado.

Fränkel (2) escribe en la Semaine Médicale citando la aparicion de dos casos de neumonia crupal consecutivas á la caida en el agua; uno de los pacientes murió y en la autopsia pudo verse que todo un pulmon estaba hepatizado.

La influencia del frío ha sido admitida por aparecer frecuentemente la enfermedad después de su acción, pero en todo caso la ejerce, como Dürck lo explica, debilitando el organismo y produciendo por acción refleja una hiperemía aguda intensa del pulmon. Es además indispensable la preexistencia de pneumococcus virulentos ya sea en la cavidad bucal ó en el pulmon.

Traumatismo — En virtud del mismo mecanismo que el anterior parece que obrara el traumatismo que á veces observamos como causa de la enfermedad en los niños.

---

(1) Dürck — Aetiologie und Histologie der Pneumonie im Kindesalter, año 1897 publ. en el Centralblatt für Kinderheilkunde.

(2) A. Fränkel — Pneumonie consécutive á une chute dans l'eau, año 1896 publ. Semaine Medicale de París.

En cuanto á debilitados, largo tiempo se consideraba que la neumonia fibrinosa atacara á los niños robustos, pero esta opínión ha debido ser abandonada por una observación mas rigurosa y por eso nótase muy á menudo afectados niños fatigados ó debilitados por enfermedades anteriores ó por alimentación insuficiente y defectuosa.

Contagiosidad.—Está comprobado que en muchos casos la neumonia franca es contagiosa directamente y en su apoyo Jürgensen, Variot (1), Comby, Senfft Trosset y otros citan epidemias curiosas con algunos casos fatales acaecidas en prisiones, villas, casas de familia y de vecindad; en la última epidemia de Grippe en Paris (1889-90) presentóse la neumonia lobar tambien bajo forma epidémica. John Charles y David Dewar, (2) han publicado no hace mucho un caso curioso de contagio: en una misma casa enfermáronse de neumonia sero-fibrinosa en menos de un mes cuatro hermanos de los cuales el mayor contaba 14 años y el menor 3 años; la enfermedad presentó la forma tifoidea sin gran depresión, complicándose solamente en el menor de los niños con pleuresía sero-fibrinosa. Hacen notar los aludidos

---

(1) C. Variot—Contagion Hospítaliére de la pneumonie franche chez un enfant de 12 ans—publ. Revue des Maladies de l'enfance año 1899.

(2) John Charles and David A. Dewar—Four cases of lobar pneumonia apparently due to infection, publ. Bristisch Med. Journal, 8 de Mayo 1897.

autores que tres de los niños dormían en una misma pieza y el cuarto en una pieza contigua, no habiendo ninguno de ellos padecido anteriormente de la misma enfermedad.

El vehículo de contagio es sin duda alguna la expectoración, pero como esta es rara en los niños se verífica mas bien por la saliva ó por la tos que expulsa en los accesos los microorganismos, los cuales se depositan sobre las sábanas, muebles ú objetos diversos que están en contacto con los enfermos y que sirven como medio de trasmision.

El agente patógeno resiste á la desecación durante un tiempo bastante largo y los polvos que se producen despues de ésta quedan en suspension en el aire y pueden durante mucho tiempo ejercer su funcion de contagio. De esta manera es como se explica muy bien la recidiva de los casos de neumonia fibrinosa.

Hay que admitir sin embargo que el contagio aunque resistente pierde muy pronto su actividad y es por ello que el contagio es raro relativamente. Otro factor que hay que tomar en cuenta es, que no basta la presencia de pneumococcus, que sabemos existen en muchos niños sanos, sinó que dicho microbio adquiera mayor virulencia y se deposite en un pulmón de debil resistencia y en el que la fagocitosis se halla debilitada. La virulencia del pneumococcus como sabemos, varia muchisimo

en los diferentes medios haciéndose mas marcada en los cambios bruscos de temperatura, la reacción del medio, la influencia del oxígeno, de la luz, etc.

Parece que ultimamente Caprara ha comprobado que el pneumococcus conserva toda su virulencia en la leche de vaca y no es dificil que sea este precioso alimento de los niños uno de los vehículos dignos de tomarse en cuenta para la profilaxia de la afección.

Lo que complica aún mas esta cuestión de la contagiosidad es la frecuencia de las recidivas. Ziemssen (1) entre 201 casos de neumonia serofibrinosa en los niños encontró 19 casos que habían recidivado, con especialidad 14 casos en los cuales la afección había sido triple y cuádruple. Aufrecht constató en un niño entre los ocho y treinta meses de edad, tres neumonias crupales con terminaciones críticas. El mismo autor cita otro caso de dos neumonias en un niño entre uno y dos años de edad.

Estas recidivas en los niños se explican debido á la persistencia del Diplobacillus y mas que todo á la disposición adquirida, encontrándose esta disposición en niños caquécticos, atróficos y debilitados.

---

(1) De la Pathologie und Therapie de Hermann Nothnagel.

CAPITULO III.

SINTOMATOLOGIA

Afección de aparición brusca, solemne, la neumonia fibrinosa en los niños puede presentarse, aunque raramente, con sintomas prodrómicos. Citaré tres casos en los cuales el padecimiento ha comenzado bruscamente:

(Nº 129). Maria L. C, argentina, 9 años. Presentada al Consultorio Externo el 29 de Enero 1898. Ayer fué á la escuela completamente sana, pero al volver á su casa sintió escalofrío y puntada de costado, fiebre elevada, disnea. En el día de la fecha mismo estado. Temperatura 39º 2. — Enero 30. Temp. 39º5; matitez vértice derecho, respiración tubaria, pocos rales crepitantes, resto del pulmón normal, idem pulmón izquierdo. Febrero 1º. Idéntico estado, Temperatura 40º. — Febrero 2. Apirexia, bienestar, respiración tranquila. Temp. 37º 2. La hepatización persiste, pero hay rales subcrepitantes medianos y gruesos. — Febrero 4. Apirexía, bienestar general; el soplo tubario persiste ligeramente, los rales han desaparecido. — Febrero 7. Bienestar general. Alta curada. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa vértice derecho. Prescrip-

ción: Desde el primer día de su enfermedad: Acetato de amoniaco y Benzoato de Sodio (1 gr. por día), hidroterapia.

—

(Nº 246). Apolinario M, argentíno, 6 años. Sin antecedentes hereditarios. Hace tres meses tuvo sarampión del que curó sin complicaciones. La enfermedad actual empezó el 17 de Febrero de 1899 bruscamente con cefalalgia violenta, fiebre, delirio nocturno, anorexia y constipación. Viene al Consultorio Externo el 22 del mísmo mes; se observa: disnea ligera, matitez base izquierda por detrás, broncofonía, soplo inspiratorio suave, rales subcrepitantes y crepitantes numerosos. Por delante, submatitez vértice izquierdo, murmullo vesicular un poco rudo sin rales. Pulmón derecho normal. Temp. Axilar 37º5. Tratamiento: Estimulantes, Hidroterapía. Diagnostico: Neumonia fibrinosa, base izquierda en resolución. Examinado nuevamente ocho días después, no se nota nada de anormal.

—

(Nº 126). Emilio G, argentino, 5 años. Ninguna enfermedad hasta la actual que comenzó el 3 de Febrero 1898 por la noche con escalofrío, seguido de fiebre y tos. Examinado en el Consultorio Externo el dia 10 del mismo mes, se nota: Matitez fosa supra espinosa izquierda, resto del pulmón normal; á la auscultación respiración tubaria en la región de la matitez. Temp. 39º 2. Resp. 42'. Pulso 120'. Pulmón derecho normal. Tratamiento: Acetato de amoníaco, Cognac, Hidroterapia. Febrero 13: Apirexia, bienestar general, la matitez ha desaparecido, á la auscultación rales de retorno vértice izquierdo. Febrero 15: Bienestar general, alta curado. Díagnóstico: Neumonia fibrinosa vértice izquierdo.

—

Schlesinger (1) entre 173 casos y Kaler, Jeaudelize y Lefebre (2) en 100 casos han notado en mas del 30 por °/₀ de ellos pródromos. Entre estos puede notarse á los niños con malestar general, abatimiento, otros que tienen ligeras bronquitis durante algunos días y no dejan de observarse niños con infección digestiva febril y diarrea. El caso siguiente tuvo en sus pródromos bronquitis:

(Nº 80). Eliseo S., argentino, 3 años. Enfermo primeramente de Bronquitis, por la cual fuè ya visto anteriormente en el mismo Consultorío y tratada por espectorantes. El 31 de Enero de 1898 se presenta nuevamente al Consultorio Externo con signos de hepatización del lóbulo superior izquierdo; la madre refiere que desde 4 días tiene fiebre alta, mayor por la noche, fatiga; temp. 39º. Prescripción: baños templados, envoltura hidropática; digital en infusión al interior. Febrero 7: Bienestar general, signos físicos desaparecidos; alta curada. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa vértice izquierdo.

—

A ciencia cierta no se sabe el tiempo de la incubación por existir, antes de enfermarse el niño, el microbio en el organismo. Sin embargo, puede tomarse en consideración el tiempo de la incuba-

---

(1) Eugen Schlesinger — «173 Falle croupöser Pneumonie im kindesalter, publ. en el Archiv für Kinderheilkunde. Dic. 1897.

(2) Kaler, Jeaudelize et Lefebre — Cent cas de pneumonie franche chez l'enfant, publ. en la Revue de Maladies de l'enfance año 1898.

ción en los casos de neumonia fibrinosa de origen traumatico, es decir, desde el momento que el traumatismo se ejerce hasta el escalofrío ó las convulsiones del comienzo de la enfermedad; Stern ha podido constatar que pocas horas después de él se producía, habiéndo comenzado en algunos á las cuarenta y ocho horas después de sufrido.

Periodo de comienzo y evolución clínica. — Debuta sorprendiendo á los niños después de un día de alegría, del juego ó de la llegada del colegio, con escalofríos, vómitos ó convulsiones, según la edad de ellos; el escalofrío comunmente se observa en los niños mayores, mas frecuente es el vómito que al principio son alimenticios y que se hacen después biliosos y en los niños de pecho las convulsiones ocupan el primer lugar que se acompañan á veces de soñolencia obstinada y prolongada. Vómitos hubieron en el comienzo de la enfermedad de:

(Nº 974). Ignacio F, argentino, 6 años. Padre con empiema y probable tuberculoso. Los hermanos todos tosen y son delgados; él ha sido sano hasta ahora. Presentado al Consultorio Externo, Noviembre 23-98, enfermo desde hace cuatro ó cinco días en que empezó con fiebre, disnea, tos; hubo vómitos al segundo día, no hubo ni hay dolor de costado. Se constata 40º y hepatización del lóbulo derecho superior. Prescripción: Antipirina. — 25 de Noviembre: Idéntico estado. Temp. 38º 6; esa misma noche, es decir entre el 6º y 7º día de su enfermedad, se produjo la defervescencia, hubo crisis

en la orina, pero sin sudor. -- Noviembre 30. El niño está perfectamente, apenas hay submatitez ligera y respiración vesicular fuerte con algunos rales. Examen de esputos: Hay pneumococcus de Fränkel, no hay Bacillus de Koch. Alta curado. Díagnostico: Neumonia fibrinosa vértice derecho.

—

Puntada de costado observase también en los niños mayores que saben expresar sus sufrimientos y que no se encuentra por esa razón en los niños de pecho; el dolor se muestra en el flanco, en el axila ó debajo del mamelón casi siempre del mismo lado que la afección, otras en el contrario y en algunos en ambos lados aún estando un solo pulmón afec tado; este último fenómeno lo explica Gerhard por las anastomosis de los nervios intercostales, produciéndose la neuritis en el lado sano por la inflamación pleural concomitante. Esta puntada de costado es acompañada de cefalea que se observa puede decirse en todos los casos, otras veces existen dolores en el vientre, cólicos, tenesmo.

La tos observase con mas frecuencia que la puntada de costado, pero es poco intensa y no llama la atención como se cree; es seca, dolorosa, corta y convulsiva, pero cítanse casos en que no solo al principio sinó que durante toda la evolución de la enfermedad no se ha presentado este síntoma. Epixtasis y constipación no dejan de observarse.

La expectoración falta comunmente en los niños

y solo se le encuentra en los grandes. Henoch ha visto esputos teñidos de sangre en un niño de 4 1|2 años, apesar de lo cual no cree que se presenten antes de los 8 años. Los esputos cuando existen aparecen al segundo día de la enfermedad y son muy característicos. viscosos y adherentes al recipiente, al principio diluidos en una espuma gomosa, luego toma coloraciones que pasan por matices diversos, herrumbroso, rojo ladrillo, marmelada, azafran y otros de tinte verdoso, coloraciones que son debidas como sabemos á la sangre en ellas contenida y á sus materias derivadas. Muy raramente llega á observarse el esputo color jugo de ciruelas tan bien conocido por los médicos antiguos por su grave pronostico y que indica que la neumonia entra en el periodo de hepatización gris y de supuración.

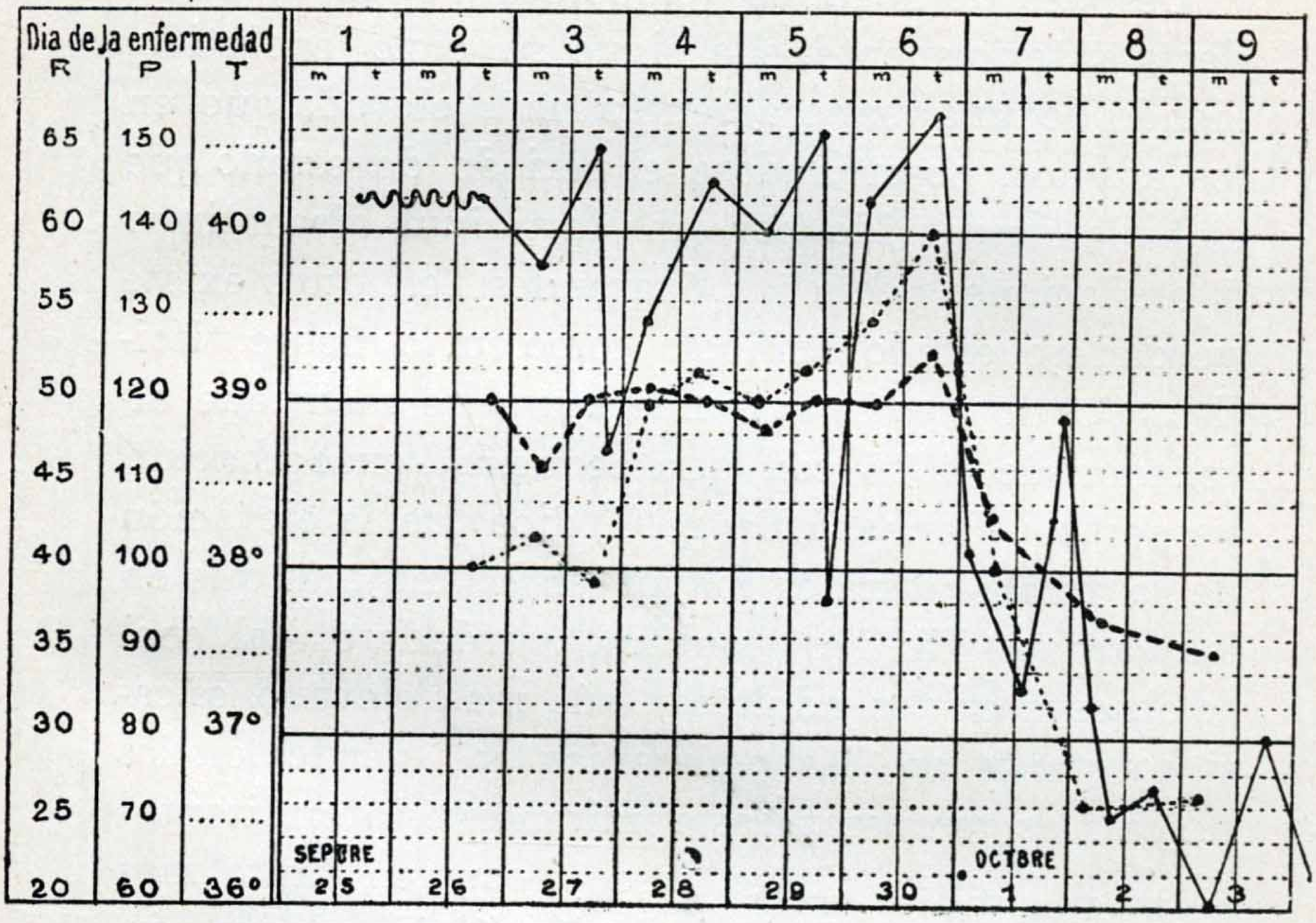
En los esputos es donde se encuentra en mas gran abundancia el microbio productor de la enfermedad en medio de numerosos filamentos de fibrina y de mucina, glóbulos rojos y blancos, productos de trasudación de los alveolos pulmonares y que son expulsados por los accesos de tos.

Disnea existe muchas veces desde el principio de la afeccion pudiendo llegar la frecuencia hasta ochenta y cien respiraciones por minuto siendo como sabemos la normal de veinte respiraciones por minuto; ella es tanto mas intensa cuanto mas

atacado se halla el pulmon aún cuar do puede observarse la forma inversa, es decir no haber casi disnea en niños que tienen grandes focos de neumonia. La respiración es corta, igual, parece que la hematosis se hiciera en la parte de pulmon sano con un esfuerzo tal que llega á suplir la funcion de la parte enferma. Otras veces la respiración es irregular, desigual, de tipo abdominal, dolorosa, sobretodo la expiración produciendose lo que Rilliet y Barthez llaman respiración expiratriz

Casi puede asegurarse que en muchos casos en que suelen faltar ó estar atenuados los otros síntomas y signos, es el cuadro térmico el revelador único del proceso neumónico. En general, la elevación de temperatura se nota poco tiempo despues del comienzo ya sea del escalofrio, de los vómitos ó de las convulsiones: Jürgensen constató en una niña de 7 años, temperatura de 41° 1, tres horas despues del escalofrio; en otro niño citado por el mismo autor de nueve años de edad, cuatro horas despues de la puntada de costado y escalofrio ascendió la temperatura á 40°4, pero en general no es tan rápido el ascenso, subiendo gradualmente el termómetro en 8 horas a 39° y en algunas horas más á 40°, 41° y á veces 41°5. El cuadro térmico N° 1 nos dá una idea de la temperatura inicial y su evolución, perteneciente á:

CUADRO NÚMERO 1



Rayas lisas o—o—o—o—o— temperatura.
„ punteada gruesa o---o---o--- pulso.
„ „ fina o.....o.....o..... respiración.

Niño C. argentino, 5 años. Niño fuerte y sano; de padres sanos en el cual la enfermedad comienza bruscamente á 11 h. p. m. del día 25 Septiembre 1898 con malestar general, fiebre, dolor en las falsas costillas izquierdas; la fiebre se mantuvo elevada hasta la noche del 27 en que desciende con vómitos, agitación y enfriamiento; al día siguiente elévase nuevamente apreciandose entonces recien la hepatización pulmonar con respiración tubaria y submatitez en la base izquierda; así continúa hasta su curación el día 2 de Octubre — Prescripción: Purgante de Calomel, Antipirina, alcohol y Digitalina. Los baños templados casi sin descenso termico; las envolturas hidropáticas mal soportadas por el niño — Diagnostico: Neumonia fibrinosa base izquierda.

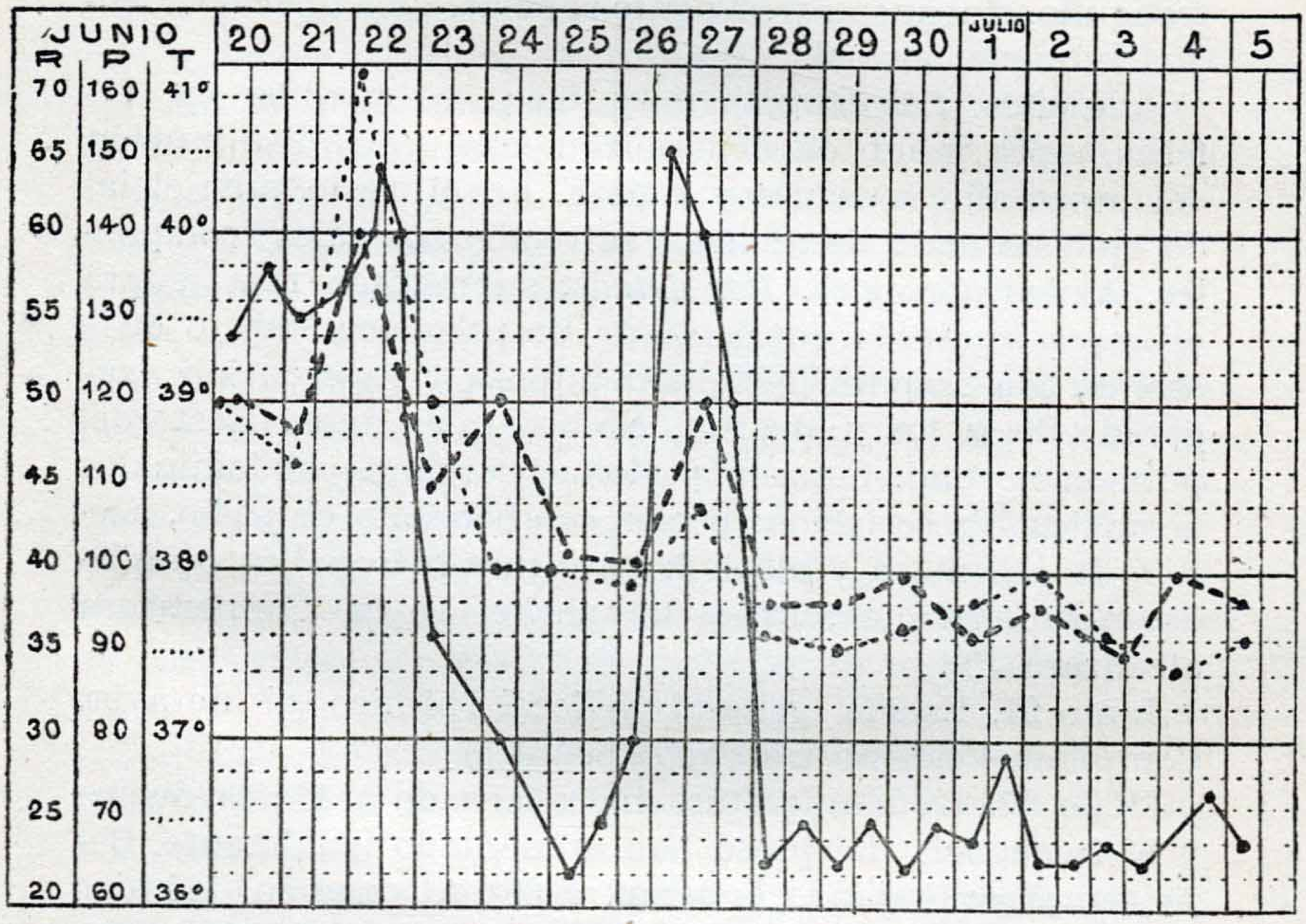
Despues de llegar la temperatura á 41° 5, como decía anteriormente, ella sigue su ciclo evolutivo, siendo de una manera general más elevada que en los adultos. observandose el periodo de estado que se halla constituido por un fastigium discontinuo á oscilaciones pequeñas ó grandes; en otros existe verdadero estado amfibolo como en la fiebre tifoidea. Por lo común la temperatura se mantiene alrededor de 40° 5 con una pequeña exacerbación vespertina. Bonnard Favre (1) dice que la elevación de la temperatura es mayor en las mujeres que en los varones. El tipo continuo verdadero, tal cual se observa en los adultos y aún mas elevado es casi constante en las neumonias del vértice en los niños. Las temperaturas remitentes é intermitentes tambien pueden presentarse y ocurren tanto más cuanto menos edad tiene el niño (2) El cuadro térmico adjunto (Cuadro N° 2) es del tipo intermitente, es de:

---

(1) Bonnard Favre — La température dans la pneumonie chez les enfants, publ. en Les Archives de Médecine des enfants, año 1898.

(2) Ed. Tordeus — Un cas de pneumonie intermitente, publ. en el Journal de clinique et therapeutique infantile, 12 Agosto 1897.

CUADRO NÚMERO 2



Rayas lisas o—o—o—o—o— temperatura.
„ punteada gruesa o---o---o--- pulso.
„ „ fina o.....o.....o..... respiración.

(Nº 80) Dante M. argentino, 2 años. Ningun antecedente hereditario de importancía lo mismo que personal salvo ligeras indisposiciónes. Un poco resfriado últimamente con ligerisima fiebre que se atribuyó á la vacuna en erupción entonces. Hace cinco dias (Junio 15 de 1899) tuvo escalofrio, la fiebre se hizo alta y se acentuaron la fatiga y la tos. Ingresa á la Sala de Niños del Hospital San Roque ocupando la cama Nº 18, el día 20 de Junio de 1899. *Estado actual*. Disnea no muy intensa, sin gran levantamiento de las alas de la nariz; pulso frecuente, regular y

de mediana tensión. Muy poca tos; no parece haber dolor expontaneo intenso porque el niño está en general tranquilo, sin quejarse. Apetito regular. Constipación. Lengua húmeda normal.

Pulmones. *Por delante:* muy ligera submatitez en las fosas supra y sub clavicular izquierda, con disminución del murmullo vesicular y rudeza. En el resto y en el lado opuesto nada de anormal salvo algunos rales bronquiales. Axilas normales. *Por detrás:* submatitez fosa supra espinosa izquierda que continúa un poco por debajo de la espina, con respiración tubaría intensa y repercusion exagerada de la tos y el grito. No hay rales finos. Resto del pulmon normal. Corazon y demas organos abdominales normales. Prescripcion: poción con benzoato de sodio, acetato de amoníaco y alcohol; envoltura hidropática templada; régimen lácteo; baños templados si la temperatura alcanzara 40°.

Junio 21. Estado general y local idéntico al de ayer. Continua el mismo tratamiento.

Junio 22. La temperatura ha alcanzado á 40°; la disnea y la frecuencía del pulso han aumentado igualmente. Baño templado, bajando la temp. á 39°. Al examen, idéntico estado local pero hay en la zona mate, por detrás, algunos rales subcrepitantes muy finos. Por esto y por la exageración de los fenómenos funcionales y la fiebre se supone que puede iniciarse ya la crisis.

Junio 23. Anoche crisis con sudores abundantes. Mejilla izquierda roja; mejor estado general. Constipación siempre. Se oyen abundantes rales subcrepitantes finos.

Junio 24. Ayer, despues de medio día, la temperatura subió rapidamente, acompañada de malestar, gritos y rubefaccíon intensa de la piel; á 2^h p. m. alcanzó 40° pero bajó á la noche á 38°4 y hoy a 37°; pulso algo más frecuente (120 por') pero la disnea es menor (40 resp. por'). Al examen, la submatitez es menos acentuada por detràs como por delante; la respiración tubaria ha desaparecido casi;

los rales subcrepitantes son numerosos. Higado grande, sobrepasando dos traveses de dedo el reborde costal. Por esto y por la constipación se prescribe purgante de Calomel y Jalapa (0.25 grs. y 10 grs.)

Junio 26. Deposiciones abundantes ayer y antíyer producidas por el purgante. Temp. 37º, Resp. 38', Pulso 100'. Estado general bueno. Estado local: á la percusión normal y á la auscultación solo rales subcrepitantes.

Junio 27. Anoche la temperatura subió á 40º5 y hoy alcanza à 40º; el ascenso se inició con un nuevo escalofrio ayer tarde. Resp. 44 por' Pulso 120. Hay un poco de agitación. Al exámen fisico, submatitez en la base y axila izquierda, debajo de la punta del omoplato; respiración vesicular fuerte y rales subcrepitantes. Prescripción: Aceite de Ricino y de nuevo envoltura hidropática.

Junío 28. Anoche temp. 39º hoy 36º2. Resp. 36 Pulso 96 por', estado general bueno; estado local idéntico al de ayer.

Junio 30. La submatitez ha desaparecido recien hoy en la zona últimamente afectada; hay solo rales subcrepitantes gruesos.

Julio 2. Estado general exelente; alimentación mixta bien tolerada. Apirexia desde el día 28 de Junio. Al exámen de los pulmones no se constata sinó algunos rales gruesos, sin modificaciones de percusión.

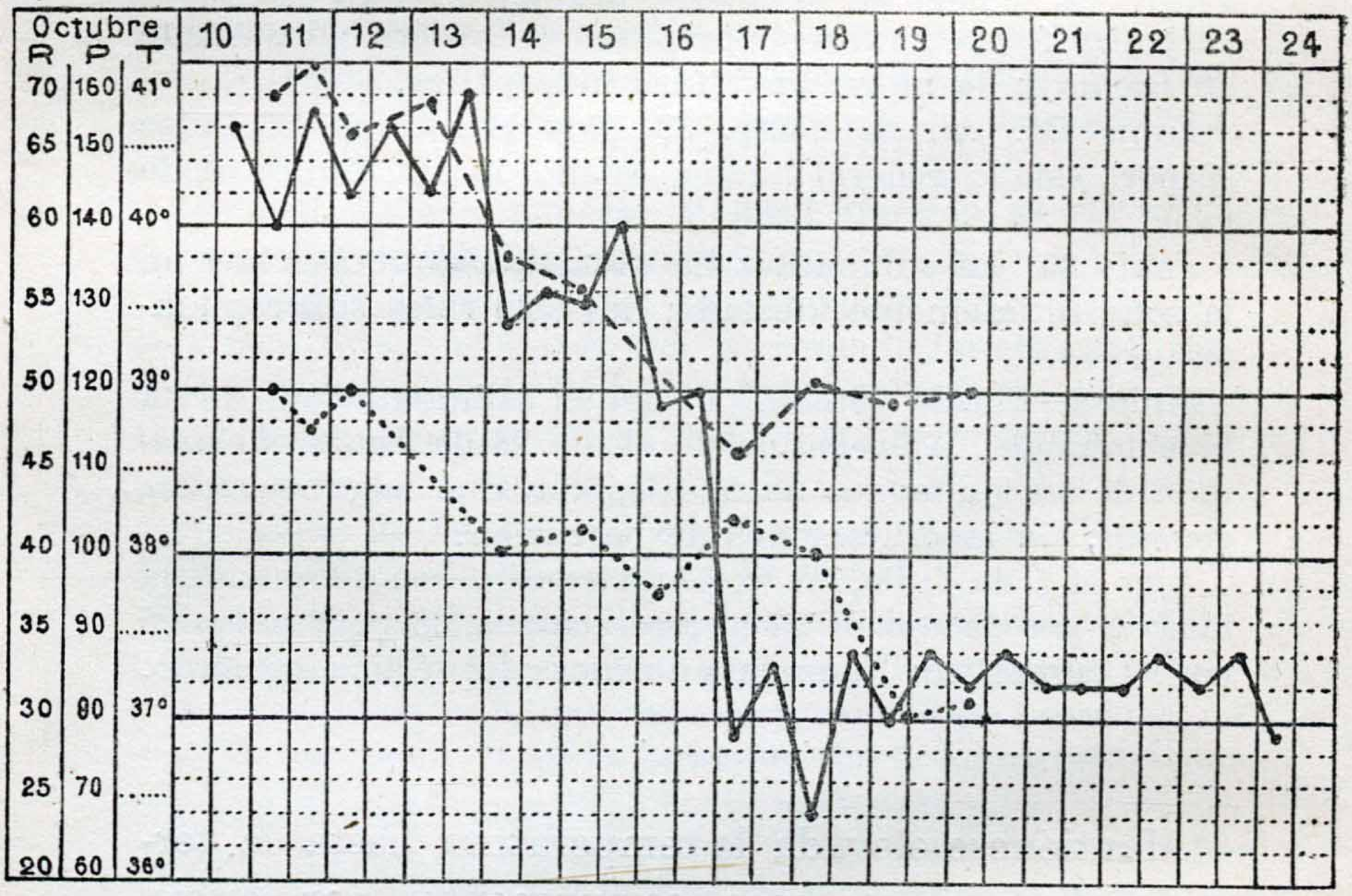
Alta el 5 de Julio, en exelente estado, con temperatura todavia por debajo de 37º; respiraciones 38 por'; pulso 96 por'. Diagnostico: Neumonia fibrinosa del vértice ízquierdo.

—

Mantiénese elevada la temperatura hasta la terminación que se hace comunmente por crisis,

como vemos en el cuadro térmico (N° 3) pertenediente al caso Argentino C. cuya historia detallada va en la pag. 72, muy pocas veces por lisis entre el quinto y octavo día de la iniciación según los casos; en los niños de menos de dos años la terminación se hace esperar más y en las neumonias del vértice llegase á ver recien al décimo segundo ó décimo tercer día. Es general-

CUADRO NÚMERO 3



Rayas lisas o—o—o—o—o— Temperatura.
„ punteada gruesa o - - - o - - - o - - - Pulso.
„ „ fina o.....o.....o..... Respiración.

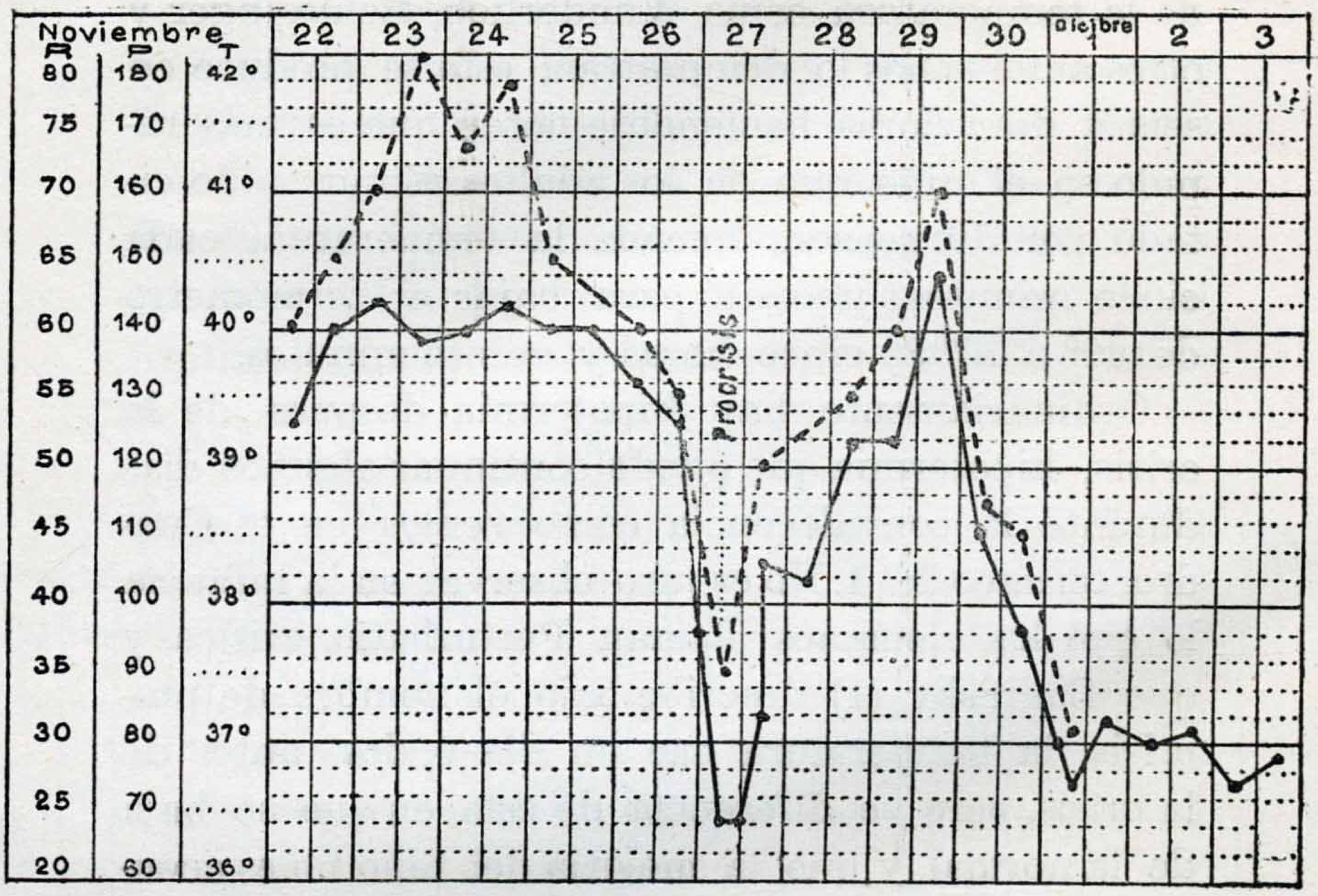
mente durante la noche que tiene lugar la caida de la temperatura como Wunderlich, Schlesinger y otros autores nos lo demuestran; esta se produce en seis á diez horas haciendose notar que es más rápido en el niño que en los adultos. En un niño citado por Jürgensen, tomada la temperatura cada cinco minutos, necesitó para bajar el termómetro de 40° á 37°8, cinco horas y veinte minutos.

Ordinariamente hay hipotermia despues de la crisis, hipotermia que puede continuar algunos días durante la convalecencia como vemos en el Cuadro termico N° 1. No es raro observar en la infancia lo que los alemanes llaman Perturbatio critica y que Baginsky (1) describe bajo el nombre de procrisis: la temperatura cae un día ó dos antes de la crisis, pero se diferencía de esta en que no baja de la normal y que la mejoria del niño no es acentuada, observandose á veces, recrudescencia de algunos signos y sintomas que hacen pensar en complicaciones graves como sucedió en el caso siguiente, cuyo cuadro (N° 4) térmico acompaño:

---

(1) **Baginsky — Kinderkranheiten — 1898.**

CUADRO NÚMERO 4



Rayas lisas o—o—o—o—o— Temperatura.
„ punteada guesa o---o---o--- Pulso.
„ „ fina o.....o.....o..... Respiración.

Niño C. argentino, 1 1/2 año. Padres sanos lo mismo que el paciente hasta ésta que comienza el día 21 de Noviembre del 1897 con ligera convulsion y alta temperatura (39°3); al segundo día de la enfermedad se constata hepatización base derecha. Prescripción: Digitalina, Alcohol; Envolturas hidropáticas frias constantes; baños generales á 25, 22 y 18°; al 5° día crisis aparente (procrisis) con gran postracion y somnolencía, despues oscilaciones de la cabeza, delirio, gran agitación, irregularidad del pulso; se prescribe Cafeina. A la noche nuevo ascenso térmico; si-

gue un día con los sintomas anteriores y con grandes vómitos; luego se calman los fenómenos cerebrales y la temperatura vuelve á subir. Prescripción: Digitalina, Amoniaco, alcohol, cafeina; envoltura hidropática, baños generales. 2 de Diciembre: Al examen solo se constatan algunos rales mucosos en el pulmon derecho; alta curado. Diagnostico: Neumonia fibrinosa base derecha.

—

El pulso (1) corre paralelo á la temperatura, cuanto mas elevada es esta, mayor número de pulsaciones; generalmente es acelerado (126 á 140 pulsaciones por minuto) cuando la temperatura del periodo de estado oscila entre 40 y 40°5. Los caracteres del pulso son: regular, igual, fuerte, no depresible. Durante la defervescencia declina tambien la frecuencia del pulso brusca y rapidamente, d'emblée, debajo de la normal del mismo modo que lo hace la temperatura; sus caractéres cambian entonces, se hace pequeño, depresible (2) aritmico y poco frecuente, propiedades estas dos últimas que se conservan aún durante la convalescencía. En cuanto á la aritmía no tiene ella valor pronostico alguno. Bradicardía y aritmia hubo en el caso siguiente:

---

(1) Paumelle — Recherches sur le pouls dans la pneumonie franche chez les enfants — publ. en la Revue des Maladies de l'enfance año 1897.

(2) A. Gilbert et J. Castaigne — Tension artérielle dans la pneumonie franche, publ. Semaine Médicale Julio 5 de 1899.

(Nº 31.) Angel B. italiano, 7 años. Padres sanos, él también hasta hace 9 dias que se inició la enfermedad actual con fiebre alta, cefalea intensa y bastante tos. Ingresa á la Sala de Niños del Hospital San Roque cama núm. 28 el 3 de Septiembre de 1897. *Estado actual* Sept 3: Hepatización del lóbulo superior derecho, caracterizada por matitez y respiración tubaria en la zona subclavicular y en el vértice del axila; á la auscultación: rales subcrepitantes finos (rales de retorno), rales bronquiales difusos en los dos pulmones. Temperatura anoche 40º, hoy temprano 39º4; Respiración 60 por' pulso frecuente y pequeño. Prescripción: Digital en infusión, y alcohol al interior; envoltura hidropática fría, baños generales templados.

Septiembre 4. — Estado general siempre muy grave; Temperatura: anoche 38º7, hoy 37º8; respiraciones 55 por'

Septiembre 5 — Anoche se produjo crísis. Temperatura 37º4; respiraciones 40 por'. Bienestar general. Los signos físicos pulmonares son idénticos pero el grado de matitez es menor y los rales subcrepitantes se hacen más gruesos y más numerosos. Hay diarrea (6 deposiciones).

Septiembre 7 — Temperatura 37º2; respiraciones 25 por' pulso: pequeño, desigual é irregular, bradicardia (54 pulsaciones por minuto). Los signos físicos de hepatización han desaparecido casi totalmente y el estado general es excelente.

Sale de alta curado en Septiembre 23.

—

Se sabe por Rühle que la frecuencia del ritmo respiratorio está mas en relacion con la elevacion de la temperatura que con la extension de la neumonia, por lo tanto el número de las respiraciones sigue el paralelismo de ella y del pulso pe-

ro durante la defervescencia baja á la normal por lisis en vez de hacerlo por crisis, sin embargo no deja de observarse el completo paralelismo de la temperatura, pulso y respiracion sobre todo en las llamadas neumonias abortivas ¿será éste fenómeno debido á que en esta forma el proceso atraviesa solo el periodo de congestión ?, parece ser ésta la opinión mas plausible.

Las relaciones entre el pulso y la respiración que en el estado normal se hacen en la proporción de cuatro pulsaciones por una respiración, se hallan en la mayor parte de los casos alterada, haciéndose la proporción de tres á una hasta de dos pulsaciones por una respiración.

Atribuible á esta elevación de temperatura es el delirio (1) que se observa en los niños sin que por eso afecten la forma cerebral que tendré ocasión luego de describir; he podido observar varias veces este delirio, comunmente nocturno, tranquilo, padeciendo el paciente al mismo tiempo de insomnio y de cefalea.

Respecto al aparato gastro-intestinal, al principio y en el transcurso de la enfermedad nótase á veces la lengua saburral pero más general es que sea húmeda; las encías son pultáceas con ligera saburra, no se observa la orla de Friedrich-Tomsen

---

(1) Potain — Du delire dans la pneumonie—publ. Semaine Medicale pag. 345 año 1897.

Hay anorexia, sed viva, constipación, rara vez diarrea.

El rash neumónico descripto magistralmente por Cadet de Gasicourt (1) y Rilliet de Barthez y estudiado últimamente por Macé en su tésis inaugural, es un eritema que al principio puede hacer confundir al clínico y creer que se trate de una escarlatina. Esta erupción es escarlatiniforme ó rubeoliforme. En las interesantes observaciones de J. Arnaud y F. Lop (2) el rash neumónico apareció algunos días antes de los signos estetoscópicos, lo cual se presta muy bien para la indecisión del diagnóstico. Besnier (3) crée que éste eritema es producido por un mecanismo complejo pero atribuye como grande y principal factor á la predisposición. No es de gran carácter clínico para imponer el diagnóstico etiológico y se diferencia del rash de la escarlatina en que es muy fugaz y no se acompaña de descamación.

Más á menudo se observa la rubicundez del pómulo que ordinariamente ocupa el lado del pulmon afectado, pero puede estar también del lado opues-

---

(1) Cadet de Gasicourt — Traité clínique des maladies de l'enfance pag. 104 año 1887.

(2) J. Arnaud y F, A. Lop — Eriteme au debut de la pneumonie lobaire infantile publ. en la Revue des Maladies de l'enfance año 1893.

(3) Besnier — del Traité des Maladies de la peau de Franz Kaposi 1894.

to como en algunos de los casos citados por Kaler; es más general que se presente éste sintoma en las neumonias del vértice que no en las de la base. Gubler atribuye la rubicundez á una paralisis vaso-motriz.

Herpes labial, de las alas de la nariz, anal, no deja de observarse pero no es tan frecuente como creian los antíguos autores que querian hacer de la neumonia sero-fibrinosa una afección herpética. Mas constante que el anterior síntoma es la sudámina que se presenta alrededor del cuello y parte anterior del torax tomando á veces la forma de miliar rubra ó alba y parece que estas sudáminas son producidas por los sudores profusos, aún cuando en los niños en el transcurso de la afección la piel es seca y caliente, existen cuando es muy elevada la temperatura; sudores tambien se producen, dice Baginsky, en los níños que se asustan por la presencia del facultativo. Estos sudores profusos no suelen faltar en el momento de la de fervescencia crítica.

En la sangre de los neumónicos, fuera del pneumococcus como ya se ha dicho, y que Baduel (1) encontró en 55 casos, nótase como Böchmann lo hace observar, aumento de glóbulos blancos y de la

---

(1) **Baduel — Présence du diplocoque de Fränkel dans le sang, au cours de la pneumonie ou d'autres affections diplococciques localisées — publ. Semaine Medicale Julio 1899.**

fibrina; los glóbulos rojos parecen hallarse en cantidad normal.

Rieder y Tuman han notado que esta leucocitosis se hace mayor á medida que asciende la temperatura, estos experimentadores hallaron la proporción de un glóbulo blanco por cuarenta, sesenta hasta setenta glóbulos rojos. Este síntoma que en muchas ocasiones puede ayudar al diagnóstico desaparece en cuanto la temperatura se hace normal. Lähr dice que ha constatado algunas veces, que despues de la terminación del padecimiento ha habido una nueva leucocitosis lo que debe explicarse ó porque se ha implantado una nueva neumonia fibrinosa ó por una complicación cualquiera.

La orina es ácida, de densidad mas elevada que la normal, rara, alrededor de 200 gramos en el dia, de color oscuro con abundante depósito de uratos y fosfatos; puede existir urobilinuria, pigmento que es formado como sabemos por la hemoglobina con ayuda de las células hepáticas; Giarre (1) ha notado muy bien este aumento en las orinas de los niños de pecho hallándose en el estado normal la misma cantidad en las materias fecales.

---

(1) Giarre — Urobilinurie bei Pneumonie im Kindesalter publ. en el Centralblatt für Kinderheilkunde pag. 279 año 1896.

Signos físicos. El decúbito es generalmente dorsal; el decúbito lateral les es incómodo y doloroso, haciéndose mas notable esta incomodidad del lado sano que del lado enfermo.

A la inspección no se nota ninguna modificación apreciable; no es constante el ensanchamiento del torax del lado afectado y Grisolle atribuye á esto tan poca importancia que cree ser supérflua la medición toráxica. Solo en las grandes neumonias, es decir en las llamadas neumonias masivas de Grancher y tambien en aquellas en que la puntada de costado es muy dolorosa, se llega á apreciar que la excursión inspiratoria es menor del lado afectado que del lado sano.

Palpando el torax y haciendo hablar ó gritar al niño puede observarse el signo de Monneret — exageración de las vibraciones vocales —, por desgracia es este signo muy poco usado en patologia infantil por tratarse cuando no de niños indóciles de niños que no saben hablar.

La percusión es uno de los métodos físicos que dá signos evidentes para el diagnóstico de la afección, aún cuando falta á veces la matitez por completo como sucede en las neumonias centrales. En el período de infarto, existe un sonido timpánico que se transforma en mate cuando se pasa á la hepatización roja, esta matitez con resistencia bajo el dedo ocupa una zona de extensión variable

segun la parte de pulmón afectado. Percutida la fosa infraespinosa del mismo lado que la afección en las neumonias de la base óyese el sonido skódico que puede á veces pasar al de olla cascada.

La auscultación es tambien uno de los grandes métodos de diagnóstico. Durante los primeros dias de la neumonia fibrinosa en los niños, parece muchas veces no encontrarse nada de anormal en la respiración. Como respiran tan superficialmente los niños puede evolucionar una neumonia sin que acuse nada la auscultación. Sinembargo constátase comunmente, que al principio el murmullo vesicular se hace mas intenso del lado afectado y al fin de la inspiración óyese netamente el ral crepitante fino que puede ser comparado al ruido que produce la sal echada sobre el fuego, signo patognomónico del primer período ó de infarto, ya conocido desde el tiempo de Laennec.

A veces al mismo tiempo, otras al dia siguiente, se puede oir el soplo tubario característico, expiratorio ó que ocupa los dos tiempos de la respiraración y que es comparable al ruido que se produce cuando se sopla en un tubo de madera, signo también patognomónico del segundo período ó de hepatización roja de la neumonia crupal.

En algunos puntos afectados pueden oirse combinados los rales crepitantes y el soplo tubario hasta que en la defervescencia ó período de resolu-

ción son estos reemplazados por rales subcrepitantes mucosos que se oyen en los dos tiempos de la respiración, son los llamados rales de retorno.

Cuando auscultando en el lugar donde se ha notado la matitez y el soplo tubario se hace hablar ó llorar al niño enfermo, el sonido llega al oido del observador, difuso, desarticulado como si se hablara dentro de un tubo, es la broncofonia que corresponde en la palpación á la exageración de las vibraciones vocales y que es producido (1) por la repercusión de la voz al trasmitirse por un pulmon hepatizado.

---

(1) Hermann Eichhorst — Traité de diagnostic medical 1890.

CAPÍTULO IV

Formas Clínicas

El tipo neumónico anteriormente citado que representa mas del 60 por 0/0 de los casos de neumonia sero-fibrinosa en la infancia puede ser modificado por diversas circunstancias y maneras, según la duración, asiento del proceso, ó segun que predomine tal ó cual síntoma, etc.

En cuanto al asiento del proceso es lo común que sea el vértice pulmonar mas afectado, con mas frecuencia el derecho que el izquierdo; es cierto que en estos casos la reaccion nerviosa es mucho mas violenta, observándose las convulsiones y hasta los fenómenos pseudo-meningíticos; las estadísticas de Baginsky, Henoch, Comby, Rilliet y Barthez lo comprueban y para mayor ilustracion me complazco en presentar una de ellas, la de J. Comby citada en su artículo "Pneumonie franche" del Tratado de enfermedades de los niños de Marfan y Grancher.

Héla aquí:

Durante los años 1895, 1896 y 1897 el citado autor observa 170 casos de Neumonia sero-fibrinosa repartidos así:

Vértice derecho	67
Vértice izquierdo	34
Base izquierda	28
Base derecha	6
Lóbulo medio	22
Todo un pulmon	4
Neumonias dobles	9

De esta última división cuatro ocupaban los dos vértices. En estas neumonias dobles parece estar probado que nunca es doble d'emblée sinó que el pulmon sano es invadido cuando ya el pulmon enfermo está hepatizado ó entra en resolución, es decir despues del tercer ó cuarto dia. La neumonia masiva de Grancher felizmente se observa raramente en los niños; existe matitez absoluta, silencio respiratorio y una disnea formidable. Es de un mal pronóstico. Un caso de neumonia doble es el siguiente:

(Nº 14). Ricardo V, argentino, 3 años. Sin antecedentes hereditarios, ingresa á la Sala de Niños del Hospital San Roque el 3 de Octubre de 1897, ocupando la cama Nº 29. Ninguna enfermedad hasta la actual que data de cuatro ó cinco días, habiendo sido precedida de algunos otros de malestar y decaimiento. Desde la fecha indicada se notó fiebre que ha ido creciendo gradualmente hasta

hoy, al mismo tiempo que la postración ha aumentado, el vientre se hinchaba, vómitos y deposiciones diarreicas fétidas. *Estado actual.* Octubre 4: Niño grueso, bien desarrollado, braquicéfalo que yace en decúbito dorsal, quejándose constantemente con un pequeño grito. Las mejillas coloreadas, labios secos con hendiduras en las comisuras, lengua ligeramente saburral en el centro y libre en los bordes y punta; dientes pequeños y bien conformados. Respiración frecuente y anhelosa (50 respiraciones por '); pulso regular igual (130 por '), temperatura anoche 40° 7, hoy 39°5. (Los baños á 30° dados anoche han bajado muy poco la temperatura, una hora después era casi igual á la primera.) Meteorismo: El niño se fastidia mucho con el exámen. Abdómen algo timpanizado, resto nada de anormal. Torax: Por delante sonoridad normal á la percusión; por detras matitez en el lado derecho desde el vértice hasta mas ó menos la punta del omóplato; matitez en la extrema base izquierda. A la auscultación respiración tubaria en ambas zonas. mates lo mismo que la voz y el gríto están muy exagerados. Corazón normal. El niño tiene mucha sed; no hay casi orina. Se prescribe purgante de calomel; digital en maceración, alcohol; baños frios cada tres horas. Octubre 7: La temperatura ha bajado á 37°, respiraciones 48, pulso 130 por '. El estado general ha mejorado sensiblemente. Alta curado. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa, vértice derecho y base izquierda.

———

Central es la neumonia cuando no se hallan signos físicos de ninguna naturaleza no existiendo ni el debut que con frecuencia se observa, adivinándola mas bien que diagnosticándola por los síntomas funcionales. En algunos casos despues de

hallarse el proceso en el centro del pulmon aparece á la superficie despues de algunos dias y entonces el diagnóstico se hace posible.

Cuando existen sucesivamente diversos focos de hepatización, desarrollandose estos de una manera subintrante llámase á esta forma neumonia ambulatoria, migratriz, progresiva de Eichhorst (1) errática de Strümpell. (2) De esta forma es el caso que voy á citar que tomó los tres lóbulos pulmonares sucesivamente.

(Nº 379). Adolfo A, argentino, 2 años 2 meses. Convaleciente de mastoiditis (operado) y de ictericia catarral. El 31 de Marzo y 1º de Abríl de 1899 pareció decaido y quizà febriciente con ligera tos. El 2 de Abril, á medío día, escalofrío y luego fiebre alta; tos pequeña, persistente. Abril 3: Mañana, Temp. 40º. Abril 4: Temp. 39º, resp. 64, pulso 132 por '. Matitez lóbulo inferior derecho; respiración tubaria; broncofonía; rales brónquicos difusos. Prescripción: estimulantes, envoltura hidropática templada con agua y vinagre aromático. Abril 5: Anoche descansó; hoy volvió á elevarse la fiebre: temp. 41º, resp. 50, pulso 140 por ' ; gran decaimiento; signos físicos idénticos, pero mas acentuados. Mismo tratamiento. Abril 6: Temp. 40º 6, resp. 72, pulso 130 por ' ; descansó bastante anoche; estado general idéntico al de ayer. La matitez ha subido un poco y hay submatitez en la parte inferior axilar, pero parece respetado el lóbulo medio; la respiración tubaria muy intensa ha subido casi hasta la espina del omóplato,

---

(1) **H. Eichhorst Tratado de Patologia interna 1884.**

(2) **Adolfo Strümpell — Tratato de patologia speciale Médica é Terapia tomo I 1892.**

numerosos rales subcrepitantes en el foco y alrededor. Continúa con el mismo tratamiento. Abril 7: Temp. 40° 5, resp. 60, pulso 140 por ', mala noche, alta fiebre y agitación siempre. Estado general idéntico. La matitez se ha extendido al axila y à la zona suprahepática, pero á este nivel solo hay disminucíón del murmullo y algunos rales subcrepitantes; por detrás respiracion tubaria intensisima y rales subcrepitantes finos y medianos. Un poco de sudor. Abril 8: Temp. 40° 8, resp. 34, pulso 168 por' ; anoche lo pasó regular, hoy muy agitado. Abril 9: Temp. 40° 5, resp. 50, pulso 120 por' ; anoche muy agitado, ha dormido poco. Hoy el estado general es algo mas satisfactorio. Por detrás á la percusión, la matitez disminuye de intensidad, á la auscultación el soplo tubario es mucho menos intenso y existen numerosos rales de todos tamaños. El soplo y broncofonia mas intensos hacia la espina del omóplato. Por delante, los fenomenos anteriores se han acentuado notablemente, notándose con timpanismo subclavirales un soplo tubario intensisimo con timbre anfórico y rares gruesos tan numerosos que simulan el gorgoteo de una caverna. Abril 10: Temp. 39° 4, resp. 40, pulso 140 por' ; anoche mejor, descansó, sudó mucho y se ha quejado menos. La respiracion tubaria, broncofonia y matitez siguen disminuidas atras y abajo, pero se han acentuado arriba por delante y detrás, habiendo sido reemplazados por matitez el timpanismo subclavicular que ayer existia. Abril 11: Temp. 40° 2, resp. 44, pulso 156 por' ; estado sensiblemente igual. Abril 12: Temp. 37° 1, resp. 60, pulso 112 por' ; anoche ha sudado muchisimo y orinó abundantemente despues de un período de gran agitación, disnea y malestar. Hoy está tranquilo, fresco con menos disnea, la tos es suelta y no se queja. Al exámen fisico: lóbulo inferior sonoro, murmullo vesicular y rales subcrepitantes numerosos, lóbulo medio idem, lóbulo superior aún mate, respiración tubaria intensa y rales media-

nos y gruesos numerosos..Abril 14: Témp. 36° 7, resp. 40, pulso regular é igual 110 por ' ; ha seguido bien, con apetito y sin disnea ni fiebre. Submatitez en el vértice por delante y detrás, numerosos rales subcrepitantes gruesos. Abril 18: Todo normal, alta curado. Diagnóstico: Neumonia de los lob. inferior, medio y superior.

——

Neumonia fibrinosa á recaida llámase á aquella forma en la cual existe entre uno y otro foco de hepatización un lapso de tiempo en que el niño se halla completamente sano y apirético. Ziemssen llama á esta forma neumonia intermitente. He aqui un caso de esa forma:

(N° 199). Haydée A, argentina, 6 años. Padre reumático; antecedentes bacilosos nulos; meningitis en un hermano de 14 meses, probable bacilar. Ella delicada, tuvo una neumonia fibrinosa en el vértice izquierdo. Algo indispuesta en la semana anterior, con un poco de diarrea y muy poca tos; el 3 de Febrero de 1899 se notó muy decaida y no quiso levantarse; se quejaba de dolor hacia el hombro izquierdo, la tos era dolorosa. El 4 de Febrero por la mañana, escalofrio intenso y luego mayor caimiento, disnea, tos escasa pero dolorosa. Anorexia. Fiebre muy alta, constante. Febrero 6: Temp. 39° 5, resp. 60, pulso 125 por ' ; Se queja de dolor en el vértice izquierdo por delante y por detrás. Al exámen: percusión normal en todas partes; á la auscultación, respiración tubaria en los dos vértices cerca de la columna vertebral, mas intensa en el lado izquierdo sin rales; axila izquierda: submatitez, respiracion vesícular fuerte, aspera. Por delante todo normal. Prescripción: Estimulantes, envoltura hidropática fria con vinagre aromatico. Febr. 7: Temp. 40° 4,

resp. 70, pulso 148 por ' ; continúa agitación, dolor y disnea; pequeña tos, dolorosa. Al exámen: matitez en la base izquierda y submatitez en la parte inferior de la axila — á la auscultacion: respiracíon tubaria apenas perceptible porque la niña respira muy superficialmente; repercusión exagerada del grito y de la tos. Febr. 8: Temp, 38º 8, resp. 60, pulso 144 por ' . Tos continua interrumpida por quintos intensos. Los síntomas físicos enumerados ayer, se confirman con mayor intensidad, habiendo además en la parte media del pulmon izquierdo por detrás numerosos rales crepitantes y subcrepitantes lo mismo que en la axila izquierda. Febr, 9: Temp, 37º 1, resp. 48, pulso 112 por ' . Tos continua; mismos signos físicos que ayer; soplo tubario intenso y numerosos rales crepitantes y subcrepitantes en el lóbulo inferior. Febr. 10: Temp. 37º, resp. 52, pulso 105 por ' . Bienestar. El foco está en resolución. Febr. 13: Temp. 36º 5, resp. 25, pulso 100 por '. Nada de disnea, base izquierda, por debajo de la punta del omóplato, submate con respiracion tubaria suave, muy escasos rales. En la base derecha rales bronquiales gruesos. Febr. 15: Bienestar general. Alta curado. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa.

———

Actualmente se dá el nombre de neumonia intermitente á una forma de neumonia cuya temperatura es semejante á la de la fiebre palúdica, habiendose hallado hasta intermitencias de 4 grados entre la temperatura de la mañana y la de la tarde. Berend (1) admite tres formas: la primera, fie-

(1) **N. Berend — Über die intermittenten formen der fibrinösen Pneumonie—publ. en el Jaresberícht für Kinderheilkunde pag. 12 año 1894.**

bre intermitente á forma neumónica cediendo á la quinina; segundo, la forma mixta, mezcla de neumonia y de paludismo, y por último la forma intermitente verdadera, mas bien remitente, que no cede á la quinina.

En cuanto á duración, existe la forma abortiva y la forma prolongada.

La neumonia fibrinosa abortiva (1), neumonia rudimentaria de Kühn y d' Espine, efímera de Leube, es una de las formas anómalas bien estudiadas por mi distinguido maestro el Dr. Gregorio Araoz Alfaro (2) en su tesis inaugural sobre "Infecciones anómalas de los organos respiratorios". Son neumonias que no terminan su ciclo evolutivo, desapareciendo ya algunas desde el segundo dia de su iniciación, es decir solamente pasan por el periodo de infarto, otras hacen su defervescencia el 4°, 5° ó 6° dia en pleno periodo de hepatización. El citado autor en su interesante y extenso capitulo nos dice que ya German Sée, Rendú, Netter, Kühn, en contra de Cadet de Gasicourt que las supone congestiones pulmonares idiopáticas, aceptan que se trate de una neumonia de corta duracion de la misma manera que exís-

---

(1) Thomas S. Soutworth — Acute pneumonia in Childhood publ. en el Centralblatt für Kinderheilkunde año 1894.

(2) Gregorio Araoz Alfaro — Infecciones anómalas de los organos respiratorios Tesis año 1890 Capítulo II.

ten formas frustas y abortivas de escarlatina y fiebre tifoidea y concluye el Dr. Araoz Alfaro por creer que ó se está en presencia del pneumococcus de Fränkel atenuado ó de un organismo muy resistente. He aqui un caso de esta forma.

(Nº 696) Salvador R. argentino, 18 meses. Sano hasta ahora. Operado en el servicio de hernia inguinal á los 4 meses. Ayer: Julio 1º de 1899, por la mañana estuvo perfectamente sano, pero á medio dia tuvo poco apetito; almorzó sopa y leche· — A las 12 m. tuvo un escalofrio violento, con temblor general, luego sobrevinieron fiebre alta, gran agitación, disnea intensa con quejido expiratorio y mucha tos.—Anoche no ha dormido y continúa en la misma agitación: apenas ha tomado alimento. *Estado actual* Julio 2 — Temperatura 39º5, respiraciones 60, pulso 146 por'. Gran agitación y disnea, quejido constante interrumpido frecuentemente por pequeña tos; no hay cianosis, palidez. Al exámen del torax, por delante, nada de particular; por detrás submatitez en el lóbulo inferior izquierdo mas mate hacia la punta del omóplato con respiracion tubaria. Corazón y Abdómen nada anormal. Prescripción: poción estimulante; envoltura hidropática templada. Julio 3 — El niño empezó á mejorar despues de los primeros fomentos, ha habido menos fatiga y fiebre, menos tos. Hoy Temp. 38º3 resp. 60, pulso 120 por'; estado general satisfactorio, contento, no hay agitación. Al exámen de los pulmones, la percusion es en todas partes normal. A la auscultación, respiración tubaria en el vértice izquierdo y rales subcrepitantes. Julio 5. Bienestar general, alta. Diagnóstico: neumonia abortiva.

Neumonias de forma prolongada (1) son aquellas que pasan el término de su ciclo evolutivo, haciendo esperar su resolución, veinte, treinta y á veces mas dias, acabando el niño siempre por sanarse. Es muy común encontrar esta forma de neumonia en las que atacan los vértices y por su larga evolución se ven á veces complicarse de empiema, pleuresias enquistadas etc. Su diagnóstico no es muy difícil, despues de doce dias los signos de induracion y de consolidación desaparecen muy lentamente asemejándose á una defervescencia en lisis muy lenta; la broncofonia cuando existe y la respiración tubaria al principio bien acusadas parece que se alejaran del oido del observador ó bien son reemplazadas por un murmullo vesicular á timbre húmedo; lo mismo sucede con los rales crepitantes metálicos que tambien parecen estar alejados. La temperatura puede quedar alta de un modo uniforme ó bien tener exacerbaciones vesperales muy marcadas.

Estas formas prolongadas pueden pasar al estado crónico indurándose el tejido pulmonar por hipertrofia del tejido laminoso intersticial, correspondiendo entónces al cuadro de las neumonias

---

(1) Carpenter — Pneumonia of delay resolution and afibroid phtisí in childhood — publ. en el America Journal of med. Octubre año 1894.

crónicas de Henocbel ó neumonias esclerosas de Fränkel (1), el caso siguiente presentose á forma prolongada:

(Nº 549) Domingo P. argentino, 13 meses. Sin antecedentes hereditarios de importancia. Él, hace quince dias enfermó de una afección aguda pulmonar que el médico tituló pulmonía; estuvo seis dias enfermo y mejoró completamente. El 15 de Julio de 1898 volvió á enfermarse, tuvo fiebre, tos, fatiga; traido al consultorio Externo se constata: los anteriores signos y además pulso muy frecuente, agitación Temp. 39º resp, 62 por'. Pulmon derecho. A la percusión atrás como adelante matitez en el lóbulo superior y medio; á la auscultación: soplo tubario, rales crepitantes en la parte posterior, no se oyen en la región axilar ni por delante. Pulmon izquierdo normal. Prescripción: Antipirina, régimen lácteo exclusivo, envoltura hidropática. Julio 20 : Estado general muy grave, disnea y ansiedad considerable, cianosis, facie terrosa; estado físico idéntico al del dia anterior. Se suspende la Antipirina; inyección de Cafeina, poción con acetato de amoníaco y alcohol, envoltura hidropática. Julio 21: Temp. 39º resp. 50, pulso 120 por'; igual estado físico, sin rales. Julio 22: Temp. 38º6 resp. 52 pulso 140 por'; Anoche entre 12 y 3 a. m. ha tenido convulsiones generales, con gran cianosis y como consecutivo. El estado es mas grave que ayer; hay gran agitación, el niño casi no toma alimentos; quejido continuo, no hay rigidez de la nuca ni de los miembros; no hay constipacion ni vómitos. Nueva inyección de cafeina, alcohol, envoltura hidropática, --Julio 23: Temp. 38º1, resp. 72, pulso 140 por'. Anoche hubo una convulsion, pero estuvo bastante tranquilo; no ha ha-

---

(1) A. Fränkel — De la pneumonie sclèreuse — Semaine Medicale pag. 51 año 1895.

bido vómitos ni constipación. Cianosis; palidez y agitación. Estado del pulmon idéntico, salvo mayor número de rales subcrepitantes en la región subclavicular y en la base. Julio 24 – Menos disnea Temp. 38º6 resp. 70, pulso 130 por': la percusion es submate en la base en vez de mate absoluto; rales subcrepitantes finos en todo el pulmon. Julio 25. Temp. 35º6, resp. 42, pulso 120 por'; menos disnea y cianosis, el pulso regularmente tenso. Al exámen físico; la matitez ha disminuido siendo apenas submate en la base; hay rales subcrepitantes finos en todo el pulmon y la respiración tubaria es mucho menos íntensa. Ha habido anoche profusos sudores.

Julio 26: Temp. 35º 8, resp. 40, pulso 120 por'. La noche ha sido buena, casi sin agitación; se alimenta mejor. La submatitez es general en todo el pulmon derecho, en vez de la matitez absoluta anterior; la respiración brónquica mucho menos intensa, rales subcrepitantes finos inspiratorios en todo el pulmon. Orina sin albúmina.— Julio 29: Temperatura 35º 5. Estado general bueno, disnea menos intensa, tos frecuente. Persiste la submatitez y rales subcrepitantes en todo el pulmon. Se prescribe ioduro de potasio y codeina-

Agosto 7; — Temp. 37º resp. 42, pulso 120 por'. Peso 9.380 grs. A pesar de haber mejorado la disnea y el estado general, hay siempre tos muy fuerte y se dice que anoche hubo un poco de fiebre. Al exámen físico, siempre submatitez en todo el pulmon derecho, respiración brónquica y rales subcrepitantes por detrás; respiración anfórica con escasísimos rales subcrepitantes finos por delante.

Agosto 23: – Estado general mejor, mas apetito; siempre mucha tos pero ya sin vómitos. Estado físico idéntico al del exámen anterior. Se prescribe: aceite de Bacalao creosotado.

Agosto 28: — La tos ha disminuido algo, pero en cambio el apetito ha disminuido tambien considerablemente.

Signos físicos idénticos, salvo que hay timpanismo en la base derecha. Ligero edema de los piés. Se suspende el aceite de Bacalao y se receta simplemente Codeina.

Septiembre 3; — Temp. 37, resp. 25, pulso 136 por'. Peso 9.840 grs. Idéntico estado, no ha habido mas vómitos pero hay siempre poco apetito. Septiembre 6: Inyección de 0.001 de tuberculina primitiva. — Sin reacción — 6 horas despues 36°8. Septiembre 13: Estado físico idéntico, no hay fiebre. Noviembre 24. Vuelve al Consultorio en excelente estado general, nada de tos, nada de disnea pero persiste en la extrema base derecha ligera submatitez pero el murmullo vesicular es normal. Peso 11.280 grs. Alta — Diagnóstico: Neumonia fibrinosa del pulmon derecho á forma prolongada.

—

Otro gran grupo muy bien estudiado es aquel en que tal ó cual síntoma prevalece—la neumonia sero-fibrinosa á forma tifoidea de Cadet de Gasicourt y la forma cerebral de Rilliet y Barthez.

La primera de ellas, la neumonia sero-fibrinosa á forma tifoidea bien estudiada por Cadet de Gasicourt, forma anómala en la cual al principio no se observa ningún fenómeno pulmonar, puntada de costado ni escalofrio, como sucede tambien en las neumonias centrales y si existen el enfermito se halla en una postración y estupor marcado, con cefalalgia intensa, delirio, epixtasis, diarrea, dolor y gorgoteo en la fosa ilíaca derecha, es una forma que se observa muy comunmente tambien en las

neumonias que atacan los vértices: Jürgensen, Thomas y la mayor parte de los autores están contestes en que la forma tifoidea se observa en las neumonias del vértice. Un caso típico de esta forma que he tenido ocasion de observar, es el siguiente:

(Nº 61) Tomás B., italiano, 11 años. Antecedentes familiares ignorados. Él, hace dos años tuvo un flegmon del cuello. Ingresa al servicio de Niños ocupando la cama número 15 el 28 de Junio 1899. Seis dias antes de su entrada por la noche y estando acostado tuvo fuerte escalofrio y dolor en el epigastrio, tos que aumentaba el dolor. En los dias ulteriores continuó con fiebre, tos, falta de apetito, decaimiento y dolor epigástrico.

Estado actual Junio 29—Decúbito lateral izquierdo, somnolencia, hay decaimiento de fuerzas sin obtusión intelectual marcada, labios secos fuliginosos, lengua tambien seca—Placas de tiña tonsurante en la cabeza, cicatriz linear submaxilar.

Disnea moderada (35 resp. por'), pulso regular, igual, frecuente (120 pulsaciones por'); temperatura anoche: 40º, 5, hoy 39º 5.

Tórax.—Por detrás, disminución de sonoridad región supraespinosa derecha, ligera disminución y mayor elevación del sonido en la supraespinosa izquierda; resto de los pulmones normal. A la ausultación: respiración tubaria ligera en la fosa supraespinosa derecha; resto de los pulmones respiración vesicular con algunos rales bronquiales gruesos. Axilas normales.

Por delante, á la percusión, sonoridad normal en los dos lados; á la auscultación: respiración apenas brónquica en el vértice derecho.

Corazon—normal; punta en el 5º espacio, línea mami-

lar. –*Órganos abdominales: Hígado*—grande, desbordando 2 traveses de dedo el reborde de las falsas costillas. *Bazo*: grande, diámetro más de 12 cm, forma y consistencia normales. Dolor difuso á la palpación del abdómen

Constipación, tos de mediana frecuencia con espectoración mucosa. Prescripción: régimen lácteo, Poción Todd.

Junio 30. Temperatura anoche 40º 5, hoy 39º 5, respiraciones 34, pulso 120 por'; estado general idéntico al de ayer, ha habido somnolencia y se ha quejado frecuentemente de dolores de vientre, siendo el máximum en el epigastrio. Al exámen físico: por detrás los signos son los mismos que ayer, pero por delante hay submatitez en la region supra é infraclavicular derecha y hay á la auscultación respiración brónquica, é inmediatamente debajo de la clavícula rales muy finos crepitantes. La percusión es dolorosa en el vértice derecho especialmente por delante. El hueco supraclavicular derecho parece más lleno, duro y el dedo no puede deprimirlo tanto como el del lado izquierdo. Restos de los órganos como ayer, hubo una deposición.

Julio 1:—La temperatura ha bajado desde ayer tarde, con algunos sudores y una deposición abundante, hasta alcanzar 36º 7, resp. 20, pulso 100 por'; la orina que era escasa, roja, ligeramente albuminosa se ha puesto más clara y abundante. Al exámen de los pulmones la percusión da los mismos resultados que ayer; á la auscultación hay, bajo la clavícula derecha y en el vértice de la axila, respiración brónquica superficial y rales subcrepitantes abundantes.

Julio 2:—Continúa el bienestar, hay apetito; temperatura entre 36 y 36º 8; pulso y respiración normales. Los signos físicos son los mismos; pero la submatitez es menos acentuada.

Julio 4:—Continúan la apirexia y bienestar, hay siempre un poco de tos catarral con expectoración muco purulenta. Percusión normal en todas partes y solo hay al-

gunos rales subcrepitantes gruesos diseminados. El hígado y el bazo han disminuido de volúmen, pero continúan palpables. Espacio supraclavicular derecho normal. Régimen mixto de alimentación.

Julio 9:—Ha continuado perfectamente, en apirexia y con buen apetito. Al exámen del tórax nada de anormal.

Diagnóstico: Neumonia fibrinosa del vértice derecho. Alta.

—

En la forma cerebral de Rilliet y Barthez hay que distinguir dos modalidades: la forma cerebral eclámptica y la forma cerebral meningea; tambien aquí los autores están contestes en que en la forma cerebral cualquiera de ella son los vértices los más atacados; pero no deja de observarse tomadas las bases como en el caso de Dreyfous citado por Cadet de Gasicourt; Henoch es de opinion que estas últimas, es decir, las de la base son las más comunes en esta forma. Holdheim (1) en un trabajo reciente trata de demostrar que en la forma cerebral todo el pulmon está atacado, siendo el derecho el más frecuentemente.

En la forma cerebral eclámptica se halla enmascarada la neumonia por una série de síntomas que le dan un cachet especial á la enfermedad;

(1) Holdheim — Zur Kenntniss der cerebralen fibrinösen Pneumonie in Kindesalter—publ en el Centrallblatt für Kinoderheilkunde pag. 56 año 1896.

las convulsiones que marcan el debút del padecimiento y que no es difícil encontrar repetida en todo el trascurso de él, pueden ser epileptiformes, es decir, generales ó parciales. Cuando son generales, los ataques no son muy numerosos y nos recuerdan mucho al verdadero ataque de eclampsia, de ahí su nombre: pérdida del conocimiento, de la sensibilidad y de la inteligencia, contracciones de los músculos, desviaciones de los ojos, espuma en la boca, etc., quedando el niño despues del ataque en estado normal; pero no siempre sucede así y muy comunmente al finalizar un ataque parcial, de los cuales á veces se observan con mucha frecuencia, el enfermito parece estar en estado de sopor, triste, abatido, poco inteligente y respondiendo con dificultad á las preguntas que se le dirigen. Hay casos en que apareciendo la convulsion, sobre todo si se presenta al fin de la enfermedad como sucede en los niños de corta edad, se observan fenómenos más serios como ser rigidéz de músculos, coma, etc. Un caso de esta especie es el caso que voy á referir, cuyo cuadro térmico lo he presentado en páginas anteriores (Cuadro N. 3), doblemente interesante por tratarse fuera de esta forma ya singular de una neumonia fibrinosa á repetición.

(Nº 46) Argentino C. argentino, 3 1/2 años. Sin antecedentes hereditarios de importancia. Hace un año tuvo sarampion. Asistido en estos dias en el Consultorio Externo por una adenitis y un flegmon extenso del brazo izquierdo, curado un día antes de empezar la actual enfermedad. El dia 8 de Octubre de 1897 por la noche, hay fiebre alta y vómitos, á los cuales siguió un ataque intenso de convulsiones, haciendose mas profusos despues los vómitos. Ingresa á la Sala de Niños del Hospital San Roque Cama Nº 17 el 10 de Octubre. *Estado actual:* Octubre 11/97 — Estado general muy grave; gran agitación, respiración ansiosa, frecuente (50 por'); pulso pequeño, muy frecuente (160 por'); lengua seca ligeramente saburral. Las pupilas reaccionan á la luz; no hay parálisis ni contractura alguna ni rigidez de la nuca. Reflejos cutáneos y tendinosos disminuidos. Temperatura, anoche 40º 6, esta mañana 40º. Tos poco intensa pareciendo producir un poco de dolor.

Tórax. Raquítico, en forma de cadena; excursion respiratoria grande, tipo costo — abdominal. Por delante: palpación, percusión, y auscultación normal. Por detrás, lado izquierdo idem lo mismo que en la axila.

Lado derecho: percusión normal en toda la region posterior, pero hacia la axila desde la punta del omóplato hay matitez que se continúa con la del hígado, empieza la matitez en el 4º espacio intercostal en la axila pero en la linea axilar anterior el límite hepático normal. Al nivel de esta zona mate la auscultación no revela sinó una respiración vesicular fuerte y ruda y algunos ronchus; la percusión al nivel de la zona mate es bastante dolorosa. Organos restantes normales. Estado intelectual muy defectuoso, el niño casi no contesta y no pide nada. Prescripción: Poción Todd, digital (10 gotas de Tintura), baños frios cada 3 horas.

Octubre 12: — Temp 40º 5, resp 50, pulso 152 por'. Estado general un poco mejor. La remisión de la tempera-

tura despues de los baños ha sido de poco mas de un grado solamente. Signos fisicos idénticos que ayer en el pulmon derecho con mas algunos rales subcrepitantes en la base. En el lado izquierdo el vértice hasta la mitad del omóplato mas ó menos está submate y se oye á su nivel respiración tubaria poco intensa; por debajo hay algunos rales subcrepitantes. Resto de los órganos nada de anormal; no se han repetido las convulsiones ni los vómitos, ni hay tampoco paralisis ni contracturas; el pulso muy frecuente es tambien un poco irregular. Mismo tratamiento doblando la dósis de digital.

Octubre 13: — Estado idéntico al de ayer, no hay agitación, la respiración no es muy ansiosa; ha dormido largo rato; hay una erupción de herpes en el ala derecha de la nariz. El vértice izquierdo presenta como ayer todos los signos de la hepatización roja si bien la matitez no es absoluta. La base derecha está enteramente mate y se oye á su nivel respiración tubaria intensa y algunos rales crepitantes.

Octubre 14: — Temperatura bajó esta mañana á 39° 4, el pulso tenso (130 por'), la disnea es tambien menor (42 por'). El estado local es idéntico al de ayer pero la matitez y la respiración brónquica de la base derecha se han extendido á la axila y á la parte anterior. Continua con la digital y los baños.

Octubre 15: — Temp. anoche 39° 6, hoy 39° 5. Estado general un poco mejor; signos fisicos persisten con agregación de rales subcrepitantes (de retorno?) en el vértice izquierdo.

Octubre I6: — Temp. anoche 40°, hoy 38° 9, resp. 44, pulso 125 por'.

Octubre 17: — Temp. anoche 39°, cayó esta mañana á 36° 9, resp. 40, pulso 110 por'. Estado general muy satisfactorio (crisis). La base derecha está aún submate y óyense rales subcrepitantes en gran abundancia; el vértice iz-

quierdo apenas presenta ligera submatitez y respiración brónquica.

Octubre 18: — Temp. 36º3, resp. 38, pulso 110 por', se oyen rales subcrepitantes en los dos focos.

Octubre 20: — Persisten rales; desaparición de resp. tubaria. Bienestar general. Alta el 24 de Octubre. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa doble (vértice izquierdo y base derecha).

—

El debút en la forma cerebral meningea es de los que hacen despistar á menudo el diagnóstico, haciendo creer que se trate de una meningitis tuberculosa; en ambas obsérvase fiebre alta, delirio intenso muy marcado por la noche, cefalalgia violentísima, constipación y estado soporoso y si los fenómenos cerebrales son muy intensos, el coma; pero un exámen detenido hará descubrir el foco pulmonar y si este hubiese sido central durante toda la evolución, la marcha de la temperatura y la defervescencia en crisis, la duración de la enfermedad, etc., harian pensar en una neumonia sero-fibrinosa á forma meningea. Esta forma no es muy común y cuando se la halla trátase casi siempre de niños mayores, entre los 8 y 14 años de edad.

No siempre se acompañan estas formas con los síntomas que acabo de describir sinó que suele en ocasiones, como lo dice muy bien Bergeron, ser una variedad de neumonia cerebral que presenta

síntomas de la una y de la otra, las convulsiones acompáñanse con el delirio, los vómitos, la cefalalgia, la constipación, pero esta variedad presenta la particularidad que las convulsiones en vez de ser clónicas son tónicas presentándose á veces bajo la forma de contractura.

Otra forma de neumonia franca es la que Blasi llama neumonias caquecticas y que se observa muy comunmente en los niños nacidos de padres enfermos ó en aquellos que son traidos al hospital en un estado insuficiente de alimentación, agotados por el aire viciado que han respirado y por el decúbito prolongado que han debido sufrir.

Comby que ha hecho varias autopsias de estos casos dice que sus lesiones son siempre extensas y se suele ver comunmente hepatización de todo un pulmon. He aqui dos casos de esta forma.

(Nº 672). Alejandro C., argentino, 19 meses. Nacido en parto gemelar y criado muy dificilmente y atrófico; desde los dos meses lactancia mixta. Delgado y débil. Desde hace 20 dias un poco de tos, sin disnea ni fiebre. Hace tres dias por la mañana se le halló con gran disnea, mucha fiebre y tos mas intensa; así ha continuado hasta ahora; decaimiento, imposibilidad de alimentarse por la tos que alguna vez le ha provocado vómitos.

Estado actual. Junio 26 de 1899: Temp. 39º 2, gran disnea, tos frecuente, imposible contar pulso y respiración. Lóbulos medio é inferior derechos absolutamente mates, con respiración tubaria ruda y algunos rales bronquiales gruesos. El resto de los pulmones solo presenta algunos rales

gruesos. Organos abdominales normales. Constipación. Prescripción: Aceite de Ricino, poción estimulante, fomentos templados.

Junio 27: Temp. 36º 6, resp. 50, pulso 140 por '. Anoche ha estado muy inquieto y con gran disnea. Ahora acaba de sudar abundantemente y está mas tranquilo; sudores profusos. Estado local idéntico, pero parece extendido al lóbulo superior, al menos por delante. Junio 28: Temp. 37º, resp. 40, pulso 128 por '. Anoche ha estado un poco agitado y con bastante tos, tal vez con fiebre. El estado local ha mejorado, la respiración tubaria es menos intensa, hay mas rales subcrepitantes; la matitez es mucho menos acentuada. Junio 30: Temp. 36º 9, resp. 40, pulso 128 por '; dicen que hay siempre fatiga, mucha tos y fiebre (?) por la noche. Por detrás, la matitez ha desaparecido casi y la respiración es normal, con algunos rales subcrepitantes; por delante hay aún submatitez y respiración tubaria ligera, con rales gruesos. Julio 2: Bienestar general. Alta. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa pulmón derecho.

(Nº 29). Sidonio V, argentino, 4 años. Hijo de padre leproso (forma tuberosa) y de madre tuberculosa pulmonar. Niño dejado en la Sala cama 9 desde varios meses por enfermedad de la madre; con estigmas de raquitismo; el 25 de Noviembre de 1897 fiebre, decaimiento, diarrea fétida. Se prescribe purgante de calomel y baños templados. Desde 27 Nov. la temperatura oscila al rededor de 40º, la postración es grande, hay tres ó cuatro deposiciones diarias, fétidas. Lengua saburral. Tos, disnea. Ningun signo físico importante: Antisepsia intestinal, hidroterapia. Dic. 1º: Temp. 39º 3. Gran decaimiento, disnea diarrea; tos. No hay signos físicos importantes. Dic. 2:

Temp. 40º 2. Hubo ayer tres deposiciones. Abdómen normal. Pulmones por delante: en el lado derecho, desde la fosa supraclavicular hasta la cuarta costilla. matitez y respiración tubaria, sin rales. Lado izquierdo normal. Axilas normales. Por detrás: matitez y respiración brónquica en la fosa supraespinosa derecha. Rales bronquiales difusos, predominantes en la base izquierda. Tratamiento: 20 gramos de Cognac por dia, 0.20 gramos de hojas de digital en maceración; envoltura hidropática y baños.

Dic. 3: La temperatura ha bajado hoy á 37º 3, el pulso á 110 y el número de respiraciones á 36. El niño está decaido, pero tranquilo y sin sufrimiento aparente. El estado pulmonar igual al de ayer.

Dic. 4: Temperatura subió anoche de nuevo á 38º 4 y hoy alcanza 39º 2. Idéntico estado pulmonar.

Dic. 5: Anoche la temperatura bajó á 36º 8 y hoy es de 37º 4. La crisis se confirma pues. El foco neumónico presenta los mismos signos físicos ya enunciados y hay ademas rales subcrepitantes finos.

Dic. 6: Ha habido vómitos y diarrea.

Dic. 7: La neumonia en plena resolución. La diarrea ha desaparecido. Bienestar. Alta. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa del vértice derecho,

---

La forma reumatismal, biliosa y otras que describen los autores preséntanse rara vez á la observación y son de un interés relativo, bastándome citarlas para completar este capítulo.

CAPÍTULO V°

Estado de los otros órganos y complicaciones

Sabemos ya, despues de Jürgensen, que la neumonia sero-fibrinosa no es una enfermedad solamente localizada en el pulmon sinó que tambien es general. Las complicaciones no son muy comunes en la infancia, pero existen algunas que prolongan el padecimiento comprometiendo su sanación. En la mayoria de los casos es la neumonia que complica otras afecciones y en los menos vése complicada ella por afecciones intercurrentes. Sigamos un órden metódico describiendolas de la manera menos extensa y empezemos por el aparato respiratorio:

En mas de una historia que acabo de relatar se ha visto que el verdadero comienzo de la enfermedad ha sido en los bronquios; bronquitis ligeras se han presentado que no tomadas en cuenta al principio y que han terminado por una neumonia franca; en otros casos la bronquitis precede á la

crisis y quizá muchas ligeras exarcebaciones febriles sean debidas á pousées de estas inflamaciones bronquiales.

De la pleuresia ya he hablado con anterioridad; compañera inseparable de la neumonia franca generalmente es seca pero no deja de observarse la sero-fibrinosa y en algunos casos el exudado es purulento necesitando para su curación ya sea la punción ó la operación del empiema; en los casos mas favorables la pleuresia purulenta se enquista y es expulsada despues por vómica.

¿Puede la bronco-neumonia complicar la neumonia sero-fibrinosa? Henoch es de opinion que puede acompañarla y complicarla. Son estos casos de diagnóstico difícil y que solamente maestros de la talla de Henoch pueden resolverlos.

Congestión pulmonar puede preceder á la resolución ó acompañar el periodo de hepatización, caracterizándose por una ascención térmica fugaz, levantamiento de las alas de la nariz, por disnea, fenómenos que tienen todos por propiedad de desaparecer rápidamente.

Pierre Bouloche (1) cita dos neumonias fibrinosas en el transcurso de la coqueluche; es una complicación rara pues autores que han estudiado

---

(1) Pierre Bouloche — Deux observations de pneumonie et de pleuresie survenue au cours de la coqueluche — publ. en la Revue des Maladies de l'enfance 1893.

bíen el punto como Baginsky, Henoch, Wert y otros no lo citan porque como se sabe la bronco-neumonia es la complicación séria por exelencia de la coqueluche. Tambien al ingreso de la neumonia fibrinosa se suspende la tos espasmódica.

El sarampión puede asimismo preceder como bien lo dicen Ivan Honl (1) y Hutinel (2) estableciéndose poco tiempo despues del periodo de erupción.

Una complicación que es bastante séria y que no se tiene ocasión casi de observar en los niños es el abceso del pulmon formándose este lo mismo que la gangrena en el periodo de infiltración purulenta sobre afecciones bronquiales preexistentes.

El corazón del niño no actúa en la neumonia sero-fibrinosa con el gran papel que desempeña en la misma afección en el adulto; las lesiones del endocardio y la terrible miocarditis son raras. El tamaño del corazón es normal, lo mismo que los tonos, pudiendose oir particularmente en la forma reumatismal, un ligero soplo sistólico en el foco mitral. La fuerza de contracción es débil, irregular y á veces frecuente. Del lado del pericardio es donde mas se observan las complicaciones en

---

(1) Ivan Honl — Zur Charackteristik der Pneumonie nach Maasern pub. en el Centralblatt für Kinderheilkunde pag. 93 año 1898.

(2) Hutinel — Complications broncho-pulmonaires de la rougeole publ. en la Presse Medicale 10 Mayo 1897.

el aparato circulatorio. Pericarditis seca, con exudado sero-fibrinoso y tambien purulento, siendo este último á veces comunicado por via linfática de una pleuresia purulenta preexistente.

Que el pneumococcus pase á la sangre está probado ya hace muchos años por Fränkel mismo; el microbio por esta via localízase en diferentes puntos produciendo diversas complicaciones de las cuales algunas de gravedad como ser: endocarditis vegetante, endocarditis ulcerosa, osteomielitis (1), otitis, artritis (2), flebitis etc.

Fränkel (3) y Cohn (4) han demostrado que cuando se encuentra el pneumococcus en la sangre, trátase generalmente de un caso grave, mortal y Cohn lo explica diciendo que en la sangre, la toxina producida por los microorganismos no se halla aprisionada en medio de la fibrina del exudado pulmonar sinó que está en un medio mas favorable para su pululación, obrando por consiguiente la toxina directamente sobre los centros nerviosos.

---

(1) F. Perutz — Zur Casuistik der durch Pneumokokken bedingten acuten eitrigen Osteomielitis — publ en el Centralblatt für Kinderheilkunde pag. 166 año 1898.

(2) Ch. Vogelius — Les artropaties dans la pneumonie croupale publ. en la Semaine Medicale pag. 345 año 1897.

(3) Fränkel. A. De la presence du pneumocoque dans le sang — publ. en la Semaine Medicale pag. 14 año 1896.

(4) H. Cohn — Examen bacteriologique du sang dans les maladies infectieuses, particulièrement dans la pneumonie — publ. en la Semaine medicale pag. 506 año 1896.

Del lado del aparato digestivo obsérvase en primer lugar, como complicaciones, las parotiditis y las anginas á pneumococcus. Una complicación mortal es la invasión de la neumonia en el transcurso de la difteria. Berg (1) y Strelitz (2) en sus observaciones las han visto siempre terminar por la muerte en un lapso de tiempo bastante corto.

Con respecto al estómago é intestino hemos visto el frecuente debút con vómitos, á esto agréguese que en muchos casos la enfermedad implántase en niños que padecen desde algunos dias de infección digestiva, con fiebre, diarrea de color verdoso y fétida; otras veces en plena resolución ó en el transcurso de la enfermedad obsérvanse dichos fenómenos. El hígado y el bazo suelen estar dolorosos y aumentados de volúmen; muchos autores, entre ellos Comby, no aceptan esta hepato y esplenomegalia. Gerhard fué uno de los primeros que lo señaló, sobrepasando el hígado comunmente dos y tres traveses de dedo las falsas costillas. Tordeus (3) en un artículo de la "Revue des mala-

---

(1) H. W. Berg — «De la pneumonie au cours de la diphterie chez les enfants» - publ. en la «Semaine Médicale» pag. 127, año 1896.

(2) Strelitz – «Zur Kenntniss der Vorlaufe von Diphterie austretenden Pulmonien» publ. «Centralblatt für Kinderheilkunde» pag. 512 año 1891.

(3) Tordeus — «Pneumonie croupale et hepatomegalie» - año 1895 — «Revue des maladies de l'enfance«.

ladie de l'enfance", díce -que el higado no está aumentado de volúmen durante la evolucion de la enfermedad sinó despues de la defervescencia, cuando ya la temperatura ha caido bruscamente y que los síntomas generales han desaparecido y que el enfermo ha entrado en franca convalecencia. El hígado, dice el citado autor llega á veces hasta la fosa iliaca derecha, desapareciendo comunmente en el término de tres semanas ya solo ó por medio de purgantes; fenómenos generales suelen tener los enfermos acompañados de inapetencia y de debilidad. Como patogenia de esta hepatomegalia se atribuye al aumento de glóbulos blancos en la neumonia constatados por Hayem, Grancher y Eward y que se localizan en el hígado. Hepatomegalia existia en el caso siguiente:

(Nº 87). Carlos C., argentino, 9 años. Padres sanos. Él, tambien sano hasta la actual que empezó hace cinco dias con escalofrio, fiebre y puntada de costado. Ingresa á la Sala de Niños del Hospital San Roque cama 39 el 28 de Junio de 1898. *Estado actual.* Junio 28: Temperatura 40º, respiraciones 60, pulso 118 por'. Niño bien desarrollado, en regular estado de nutrición, con disnea y levantamiento de las alas de la nariz. Se queja de dolor en el epigastrio y en el costado izquierdo del tórax donde el dolor es considerable á la presión; tos marcada con expectoración rosada mucosa adherente al recipiente. Tipo respiratorio abdominal con ligera depresión en la inspiración de los huecos supraesternal y clavicular. *Tórax* simétrico, deformado (raquitismo). A la percusión *por*

delante lado derecho normal, lado izquierdo matitez por debajo de la segunda costilla continuándose con la matitez cardíaca; la axila de este lado igualmente mate. Vibraciones vocales abolidas en todas partes, algo aumentadas en la zona mate; percusión dolorosa en esta zona. A la auscultación, lado derecho respiración pueril, lado izquierdo respiración brónquica ligera con rales crepitantes al fin de la inspiración y sibilancias en la expiración; en el hueco supraclavicular respiración vesicular, ronchus y sibilancias. Axila mismos fenómenos que por delante, debajo quinta costilla respiración brónquica sin rales. *Por detràs* el lado izquierdo del tórax parece ligeramente retraido, submatitez desde la punta hasta la espina del omóplato y por debajo de la punta la matitez es absoluta; percusión dolorosa; lado derecho normal hasta dos traveses de dedo debajo de la punta del omóplato; á la auscultación: lado izquierdo desde la espina del omóplato para abajo respiración brónquica, acompañada en la parte superior de rales subcrepitantes finos y ronchus; lado derecho: respiración tubaria en la raiz de los bronquios, en todo el resto respiración vesicular normal.

Corazón: Punta en el quinto espacio intercostal, borde derecho sobrepasa medio centímetro el borde derecho del externon.

Abdómen: Doloroso á la presión especialmente en la region hepática; el borde inferior del hígado tres centímetros por debajo de las falsas costillas, es doloroso; bazo no se palpa. Ligero edema pretibial; lengua saburral, aliento un poco fétido y coriza. Prescripción: Digital, Calomel, Baños.

Julio 30: Crísis se inició ayer á 3 h. p.m. Temperatura hoy 36º 6, resp. 28, pulso 70 por'. Timpanismo en la fosa subclavicular izquierda y la matitez señalada ayer por detrás y por delante subsiste habiendose extendido por detrás hasta la fosa supraespinosa; persistencia de la respiración tubaria intensa, rales subcrepitantes al fin de la

expiración — por debajo de la punta del omóplato hay silencio respiratorio; broncofonia menos intensa en la base. Vibraciones vocales imposibles de percibir en ambos lados. Hepatomegalia persistente. Continúa digital.

Agosto 9: Todos los fenómenos pulmonares desaparecidos; hígado un poco grande y aún doloroso. Bienestar general. Alta. Diagnóstico: Neumonia fibrinosa pulmon izquierdo.

—

Para terminar con el aparato digestivo fáltame agregar que el peritóneo tambien es atacado por el pneumococcus de Fränkel produciéndose con no poca frecuencia las peritonitis pneumococcicas á gran cuadro y que se distinguen de las demás por ser facilmente curables.

En cuanto al sistema nervioso, existen algunas complicaciones importantes como las paralisis de miembros ya sea hemiplégica ó monoplégica, paralisis de los músculos del ojo, estas tienen por carácter de ser casi siempre fugitivas, no durando arriba de algunos dias y resultan de la imbibición del sistema nervioso por la toxina.

La meningitis es una de las complicaciones graves de la neumonia fibrinosa, atacando comunmente todo el eje cerebro- espinal presentándose el exudado concreto fibrino- purulento á lo largo de los vasos, pudiendo en algunos casos formarse como una calota completa en la convexidad del cerebro y apareciendo como complicación en el

transcurso de la afección ó durante la convalecencia. Si es ligera se presenta con delirio y pequeña rigidez del cuello, si es grave y estando el niño apirético se la reconoce por un nuevo ascenso de la temperatura, cefaléa intensa, agitación muy marcada que luego se acompaña de verdadera rigidez de la nuca, hiperestesia raquidiana, pulso duro y frecuente, estrabismo ocular y en casos muy raros, ptosis, paralisis facial, afasia ó hemiplegia pudiendo llegar en algunos casos al coma y la muerte con respiración del tipo Cheine-Stokes y grito hidrencefálico. Cuando el pneumococcus es acompañado del streptococcus piogenus y es implantado sobre la meninges á causa de la carie del peñasco ó por otitis media purulenta, el exudado en estos casos se hace menos concreto y ocupa mayormente la base del cráneo.

Nefritis neumónicas pueden observarse en la infancia, generalmente son benignas y pasan al estado normal con la convalecencia de la enfermedad, no sucede asi en otras ocasiones en que se hacen sumamente graves por acompañarse de anasarca y anuria; la hematuria es un síntoma que se nota con frecuencia en esta clase de nefritis.

Pero donde son verdaderamente mortales los casos es en las neumonias intercurrentes, es decir en aquellas que se implantan en un terreno brígh̃tico. Los dos únicos casos que he tenido ocasión de ver

morir de neumonia sero-fibrinosa eran dos niños brighticos y son:

—

(Nº 125) Rufina G. argentina 18 meses. Padres sanos, cuatro hermanos enfermos de escarlatina; ella tuvo escarlatina hace 20 dias. Ingresa al servicio el 23 de Febrero 1899 Hospital San Roque, Cama 1 por nefritis con diarrea fétida, anasarca ligera, orina escasa obscura, sanguinolenta albuminosa (?); tuvo el 28 de Febrero un ataque intenso de eclampsia. Curada de su nefritis y debiendo ser llevada de alta enfermase nuevamente el 17 de Abril, con escalofrío intensísimo y luego temperatura de 40º3, (11 h. a. m.)

Abril 18: —Temp. 40º5; resp. 40, pulso 112 por'; respiración regular no muy anhelante. Al exámen de los pulmones, rales bronquiales difusos y en la base derecha ligera submatitez y apenas disminución del murmullo vesicular. Se prescribe digital (ó 0.25 grs. diarios), alcohol y envoltura hidropática. Abril 19: — Temperatura anoche 40º4, hoy 39º2, respiraciones 60, pulso 140 por'. Al exámen, neumonia fibrinosa del lóbulo inferior derecho (matitez, respiracion tubaria, exageración de las vibraciones). En el resto de los pulmones solo rales bronquiales. Continúa el mismo tratamiento.

Abril 20: — Temperatura anoche 40º hoy 39º resp. 68, pulso 128 por'. Idéntico estado, pero mayor decaimiento; la disnea se acentúa mucho y hay numerosos rales subcrepitantes en la base izquierda.

Abril 21: -- Temp Anoche 40º hoy 39º4; resp. 75 pulso 140 por '. Gran postración: pulso muy frecuente y muy pequeño; disnea intensa pero apenas cianosis. Estado local idéntico pero hay en el mismo foco rales subcrepitantes medianos. Se prescribe inyecciones de cafeina.

Abril 22: — Temp. anoche 39º5 hoy 38º resp. 78, pulso

muy frecuente y pequeñísimo: hay aumento del decaimiento; respiración muy superficial, la cianosis se acentúa. Muere, cesando tranquilamente la respiración y persistiendo aún algunos momentos los tonos cardiacos debilísimos

Autopsia. Peritonitis supurada generalizada; en el intestino grueso en su última parte hay una cantidad de pequeñas ulceraciones circulares superficiales rodeadas de una superficie fuertemente inyectada, no perforadas. Riñones con aumento de volumen;substancia cortical aumentada y destruccion en parte de la substancia medular. *Pulmones*· Derecho: lóbulo superior: hepatización roja del tercio posterior; lóbulo medio normal; lóbulo inferior totalmente hepatizado, rojo, absolutamente sin aire. Izquierdo: normal, salvo ligera congestión en la base. Demás órganos normales. Diagnóstico anatómico. Neumonia fibrinosa del lóbulo inferior y tercio posterior del lóbulo superior derecho. Nefritis parenquimatosa doble. Enterocolitis ulcerosa. Peritonitis supurada.

—

(Nº 67) Agustin P. argentino 10 años. Ingresa al mismo servicio Cama 18 el 28 de Mayo 1899 en pléna descamación en grandes colgajos en las manos y piés (escarlatina) con edema de los párpados y maleolar. anuria; 2·50 gramos por °/₀₀ de albumina en la orina. Soplo intenso sistólico en el foco mitral con propagación hacia la axila y hacia atrás; foco aórtico, soplo intenso tambien, diastólico con propagación hácia la clavícula derecha, al foco pulmonar y á lo largo del esternon; en el foco tricuspidiano propagación del soplo mitral. Se prescribe: Digital y luego cafeina.

Junio 12:—El dia 10 hubo un ataque de eclampsia que fué combatido con baños tibios, cloral. Ayer á la tarde, escalofrio intenso y elevación grande de temperatura (40º 5)

coincidiendo con disnea, aceloración del pulso y muy poca tos. Hoy la temperatura es de 39º, resp, 42, pulso 136 por' pequeño, regular. Al exámen de los pulmones se encuentra: submatitez en la base izquierda con respiracion tubaria ruda, sin rales (neumonia fibrinosa). Se prescribe inyecciones de cafeina, pocion Todd. En la misma tarde la temperatura sube de nuevo á 40º 4, la disnea se hace muy intensa (65 á 70 resp por'), pulso frecuentísimo, incontable, irregular; cianosis. Al exámen de los pulmones, rales de congestion y edema en ambos lados, subsistiendo la respiración tubaria en el lado ízquierdo. Apesar de inyecciones de cafeína, ventosas abundantes, sucumbe á las 10 de la noche.

Junio 13--Autopsia: Adherencias pleurales ligeras en el lado izquierdo: exudado claro en pequeña cantidad del mismo lado. Pulmón izquierdo. Peso: 360 gramos. Exudado fibrinoso pleural muy escaso en la base; Lóbulo superior: congestion y edema intensos. Lóbulo inferior: hepatizacion roja bien neta. Pulmón derecho. Peso 305 gramos. Congestión y edemas difusos, siendo mayor la congestion en la base y atrás donde hay carnificación ligera.

Pericardio: normal, una cucharada de líquido en la cavidad del corazon: Peso 240 gramos—Ventrículo izquierdo en contracción completa, sin un solo coágulo, pared un poco más gruesa que lo normal. Espesamiento con granulaciones translúcidas en las valvas mitrales y en el resto del endocardio; auricula izquierda normal; válvulas sigmoideas aórticas espesadas, duras, rugosas (dejando insuficiencia, prueba del agua—y estrechez probablemente); placa pequeña de aortitis á 1 cm de las válvulas. Corazon derecho con coágulos, dilatados; espesor de las paredes aparentemente normal—Vàlvula tricúspide ligeramente espeseda, pero pareciendo poder llenar su funcion. Válvulas pulmonares normales. Abdomen—Ascitis ligera, poca grasa en el epiplon, peritóneo de aspecto normal. Hígado aumentado de volúmen (1220 gramos), consistencia normal,

algo pálido; al corte, normal—Vesícula biliar edematosa, distendida por bilis transparente. Bazo (100 grs.) normal. Riñones. El izquierdo grande, abollonado (140 grs.), de càpsula bien separable; al corte congestion intensa; falta de la substancia medular en la mayor parte y aumento de la cortical. El derecho bien congestionado, algo más pequeño pero de igual peso; aumento de la substancia cortical y congestion intensa al corte. Demás órganos normales. Diagnóstico: Nefritis parenquimatosa. Insuficiencia mitral y aórtica—Neumonia fibrinosa intercurrente.

——

Otras complicaciones pueden existir en la neumonia fibrinosa de los niños pero son de poca importancia por eso creo inoficioso entrar á descri birlas.

———

CAPÍTULO VI

Diagnóstico diferencial

Cuando se ha podido observar un pequeño número de enfermitos de neumonia sero-fibrinosa y sobretodo si se ha tenido la suerte de encontrar el caso patológico encuadrado en el ciclo de las neumonias normales, no es de un diagnóstico difícil la afección. Pero si se sale de estas para entrar en las formas anómalas en las cuales falta alguno de los fenómenos que mas la caracterizan, se trueca esta enfermedad en una de las de mas difícil diagnóstico; se duda de este, reservándolo para despues de haber observado unos cuantos dias su evolución. Agréguese á esto la indocilidad de los pacientes, su respiración tan superficial, el no poder expresar su dolor y la falta de síntomas y signos casi podria decirse evidentes como la puntada de costado y el esputo herrumbroso que se ven en el adulto y para finalizar lo incompleto de

los datos que nos suministran las madres ó amas; condiciones son estas que han obligado á tener el diagnóstico en suspenso mas de una vez, según yo mismo he visto, á especialistas distinguidos.

Con la afección que mas comunmente se la confunde es la fiebre tifoidea, sobretodo en los hospitales donde se examina el enfermito sin tener de él casi antecedentes y con solo el cuadro térmico por delante. El niño está decaido, tiene el facies tifoides, la lengua ancha, saburral en el centro, húmeda en los bordes, constipado ó diarreico, síntomas todos ellos que se presentan mas de una vez y como en estos casos es una neumonia central la que evoluciona, hasta que esta no aparezca á la superficie ó se produzca la defervescencia característica, no puede definirse por una ú otra afección; sinembargo existen algunos signos diferenciales como la relación del pulso y la temperatura que no marcha paralela en la dotienenteria, la constatación de bacilus de Eberth en las materias fecales de estos y en última instancía la acción aglutinante de Widal.

Al hablar en un capítulo anterior de la neumonia cerebral de Rilliet y Barthez hice ver la semejanza que había con la Meningítis; existen indudablemente meningitis á pneumococcus pero en este caso parece mas bien tratarse de complicaciones. Es difícil hacer el diagnóstico diferencial

entre la forma anteriormente citada y la meningitis cerebro-espinal pura, sobretodo cuando se presentan en niños predispuestos al meningismo; fiebre, evolución sintomática etc, todo se asemeja, pero existe un punto sobre el cual insiste Comby y que hay que tener muy en cuenta para no despistarse y es la frecuencia en las respiraciones. Rara vez hay disnea en la meningitis no asi en la neumonia en la que es constante, sinembargo Comby cita el caso de un niño de 3 1/2 años con todo el cuadro de meningitis sin disnea y en el cual al 6° dia de su evolución aparecieron los síntomas físicos de la neumonia lobar franca.

La pleuresia con derrame presenta mucha identidad en sus signos físicos, matitez absoluta, broncofonia ó bronco-egofonia, pero las vibraciones vocales en vez de estar aumentadas se hallan disminuidas por existir la capa de líquido interpuesta entre el pulmón y la pared toráxica, pero este es un signo que habla poco en favor del diagnóstico diferencial en la infancia; existe soplo pleurítico que se diferencia del soplo tubario de la neumonia en que es mas fuerte, mas rudo en el primero; la matitez en las pleuresias con derrame toma la forma hiperbólica mientras que en las neumonias no hay cúspide, la matitez se halla en una misma línea. En las pleuresias con gran derrame sucede que auscultando no se oye la entrada del aire pero

esto tambien puede suceder en las neumonias masivas de Grancher. En los casos de diagnóstico dudoso, la punción por medio de la jeringa de Pravaz es la que resuelve definitivamente el caso. Ya dije con anterioridad que tanto la pleuresia seca como la á derrame sero-fibrinoso eran compañeras habituales de estas neumonias, las cuales pueden por último transformarse en pleuresias purulentas.

La bronconeumonia es una afeccion en los niños de corta edad que á veces puede confundirse con la neumonia fibrinosa pero se diferencia en que presenta un período prodrómico algo largo, con fiebre remitente ó intermitente y que el exudado no se limita á todo un lóbulo sinó que lo mas constante es que la bronconeumonia toma un aspecto general, con focos diversos múltiples, localizándose mas bien en las bases que en los vértices tomando los dos pul mones á la vez; á la percusión se vé que la matitez absoluta no abarca grandes zonas sinó que se halla por focos mientras que en la neumonia la matitez es mas extensa, los vértices son los preferentemente atacados, pocas veces son tomados ambos pulmones y comunmente salvo excepciones, necesíta prodromos tan largos para declararse como la bronconeumonia que lo hace, despues de una bronquitis, sarampión ó coqueluche y en niños débiles y caquécticos.

Como existe en las neumonias fibrinosas del vér-

tice, matitez, soplo tubario, rales crepitantes y subcrepitantes finos, craquement etc., puede suponerse que se trate de una tuberculosis aguda ó sinó de una neumonia caseosa; el aspecto del niño, la curva termométrica en estas últimas que es característica, la persistencia de los signos pulmonares, los sudores, el enflaquecimiento y por último la presencia del bacillus de Koch nos permitirán hacer el diagnótico. Como los niños raramente esputan, para hallar los citados microorganismos considero un médio muy digno de tomarse en cuenta el que usa el Dr. Araoz Alfaro en su servicio del Hospital San Roque en niños de corta edad. Por medio de un algodón asido á la extremidad de un palillo ó aprisionado fuertemente en una pinza de disección ó de Pean, pasea el trozo de algodón en la parte posterior de la faringe provocando la tos por via refleja, imbibiéndose el algodón de exudados bronquiales y pulmonares que son expulsados en los accesos de tos y que son luego llevados al porta-objeto como de costumbre y examinados al microscopio.

De las congestiones pulmonares no creo deber entrar en consideraciones; óyense rales crepitantes de congestión alrededor de los focos de hepatización pero muchas de las congestiones pulmonares idiopáticas deben considerarse como ya he dicho en el capitulo de las formas anómalas, como una neumococcia atenuada.

CAPÍTULO VII

Pronóstico

Pocas palabras debo decir del pronóstico de esta afección en los niños; en tésis general es su pronóstíco benigno pudiéndose casi asegurar que de la forma franca normal pocos niños mueren, observándose sobre todo estos casos fatales en los niños menores de dos años, en los que es tomado desde el principio todo un pulmón ó ambas bases; la forma ambulatoria es considerada tambien como una de las que dá su pequeño contingente de mortalidad. De que si las neumonias del vértice son mas graves que las de la base, puede decirse que la gavedad de ambas es igual y que en la infancia es mas común observar la primera forma.

De las estadísticas de los diversos autores que he tenido ocasión de leer ninguna acusa mas de 5 por 0/0 de mortalidad, debiendo hacerse notar que

la mayor parte de ellas eran por complicaciones: pleuresia purulenta, pericarditis purulenta etc.

En los pocos casos que he visto he tenido ocasión de ver dos muertos ambos con autopsia y cuyas historias se consignan en la página 104 y 106, ambas de neumonias intercurrentes en niños brighticos. El Dr. Araoz Alfaro ha tenido la deferencia de informarme de que en su clientela tanto civil como de hospital no registra mas casos fatales que los anteriormente citados y como se sabe fueron producidos sobre un suelo patológico.

CAPÍTULO VIII

TRATAMIENTO

De lo dicho en el capítulo anterior sobre el pronóstico de la neumonia sero-fibrinosa en los niños, dedúcese que ó la medícación toma una parte activa, ó la naturaleza obra poderosamente para que los casos se resuelvan favorablemente. Afortunadamente es esta última la que pesa mas en la balanza, interviniendo la primera solo en los casos de mas gravedad y en los benignos como coadyuvante.

Está probado hasta la evidencia que la mayor parte de las neumonias francas en los niños curan solas y que la expectación armada y la higiene, sobre todo esta última que debe ser observada con rigor, son las que intervienen eficazmente para completar la acción favorable de la resistencia del organismo.

En pocas afecciones se habrán empleado medi-

caciones más diversas que en las neumonias sero-fibrinosas de la infancia, desde Hipócrates que inauguró la sangría como medio curativo hasta los famosos cáusticos usados no ha mucho, han recorrido la escala una serie de medicamentos que poco á poco han tenido que relegarse al olvido.

Hasta que no llegue á descubrirse el suero anti-neumococcico debemos instituir para la curación de nuestros enfermos, la medicación sintomática para la cual todos los autores modernos en tratados y publicaciones diversas están acordes. Desde el prín-cipio de la enfermedad debe ponerse en cama al enfermito, en un cuarto aereado y con luz, debiendo el aire ser renovado lo más frecuentemente posi-ble, la tranquilidad debe rodearlo y es necesario colocarlo de manera que pueda respirar con faci-lidad.

De si deben aislarse los niños atacados de neu-monia fibrinosa, es una precaución que no está demás por tratarse como sabemos de una afeccion contagiosa, pero no es de rígor; ¿cuántos niños he-mos visto en la sala atacados de la misma enfer-medad sin contagiar á sus vecinitos, aún cuando hay hechos que confirman el contagio en esas con-diciones, como el caso citado en capítulos anterio-res de G. Variot, sobre el de un niño de 12 años en una sala de hospital; es indudable que se nece-sita una predisposición para que el pneumococcus

pueda germinar en el organismo y entonces colocados los niños en esas condiciones el contagio no es dificil.

En los casos en que el debút de la afeccion se hace con convulsiones y sobretodo en aquellos de forma eclámptica, debe ordenarse baños templados generales con afusiones frias á la cabeza; estas afusiones han de prolongarse durante el dia y renovarse con frecuencia, si el ataque fuera intenso unas gotas de cloroformo en inhalacion estarian muy indícadas.

Si es la forma meningea la que toma principio, fuera de los baños templados generales y de la bolsa de hielo en la cabeza que están tambien muy indicados, debe administrarse el hidrato de cloral al interior á la dósis de 1 á 3 gramos por dia segun la edad del niño.

Contra los vómitos del principio, nada de particular debe hacerse, pero si se prolongaran tomando la forma de incoercibles, el lavaje de estómago seria muy eficaz en estas ocasiones. Si existiera constipación convendría un purgante de aceite de ricino ó de calomel, ó ambos asociados.

Para combatir la puntada de costado y al hablar de ella me refiero á los niños ya mayores que saben expresar sus dolencias, el mejor medio son las ventosas; el clorhidrato de morfina en inyecciones subcutáneas (1 á 3 miligramos por inyección, se-

gun la edad del paciente) en número de 1 á 2 en el dia la recomiendan con ardor Aufrecht, Baruch (1), Dürck y otros. La bolsa de hielo es tambien empleada en estos casos pero no es muy usada por la posicion incómoda que hay que colocar al niño.

Con la revulsion por medio de las ventosas lo mismo que con la morfina en inyecciones subcutáneas se combate la fuerte disnea que ataca en algunos casos á los niños; el oxígeno (2) empléase tambien, el cual al mismo tiempo que alívia al enfermito tonifica el corazón.

Si el músculo cardiaco es afectado, lo cual no hay que temer como en el adulto, si el collapsus se produce la digital llena su cometido (3). Franck (de Sarlat) (4), Gingeot y Deguy (5) y otros la usan bajo forma de digitalina cristalizada al 1 por 0/00; de esta solución dan 0.0005 gramos á 0.001 gramo ó sea 25 á 50 gotas segun la edad del niño enfermo y el estado del pulso, en una sola vez, abs-

---

(1) S. Baruch—Une methóde de traitement de la pneumonie—publ. en la Semaine Medicale pag. 515 año 1897.

(2) Oppenheimer—Sauerstoffenatmungen bei der crouposer Pneumonie, publ. en el Centralblat für Kinderheilkunde pag. 264 año 1896.

(3) Nothnagel y Rossbach — Matiére médicale et de thérapeutique pag 816 año 1889.

(4) Franck — Traitement de la pneumonie par la digitale á haute dose publ. Semaine Medicale pag. 383 año 1895.

(5) Gingeot et Deguy — La digitale dans la pneumonie et la grippe — Semaine Medicale pag. 107 año 1897.

teniéndose por completo de toda otra medicación; desde el día siguiente los enfermitos acusan sensación de bienestar especial, en los casos que el delírio existe cesa por completo, el pulso se hace menos frecuente pero de mas tensión, la diuresis aumenta, las congestiones se disipan y los exudados neumónicos se reabsorben mas rapidamente que en los casos en que no se emplea este medicamento.

He visto emplear bajo la misma forma la digitalina de Mialhe, pero la forma mas usual de la digital es la infusión ó la maceración de sus hojas (0.15 á 0.40 gramos por día) en una poción de 60 gramos de agua y 40 de jarabe, durante dos ó tres días pudiendo asociarse á la fórmula del primer día el sulfato de esparteina á la dosis de 0.05 gramos á 0.15 gramos. Tambien puede sustituirse al anterior medicamento la cafeina, ya sea al interior (0.50 gramos á 1 gramo por día) ó en inyecciones subcutáneas (0.20 gramos en cada inyección, tres veces por día).

Si la postración y la adinamia fueran intensas, las inyecciones de aceite alcanforado (alcanfor puro 3 gramos, aceite de olivas esterilizado 24 gramos — 1/2 á 1 jeringa de Pravaz), de eter, prestarian ayuda eficaz. En estos casos tambien el alcohol bajo forma de Poción Todd (40 á 80 gramos por día) ó de Cognac (10 á 30 gramos por día) ayu-

dan como tónicos, estando contraindicado en los casos de delirio y en las formas cerebrales.

Los baños frios tienen una eficacia muy marcada sobre la temperatura, pero esta no es más que pasagera porque pocas horas despues de él vuelve á ascender, sinembargo puede usarse en los casos en que la temperatura es muy elevada porque alivia al mismo tiempo mucho al enfermito. La envoltura hidropatica tibia ó mas bien fria al rededor del torax, renovadas constantemente y aromatizadas con unos gramos de vinagre aromático produce un efecto sedante poderoso. Lo mismo puede decirse de los antitermicos químicos, quinina, antipirina (0.10 á 0.50 gramos por día) que se emplean en algunos casos para combatir además de la fuerte hipertermia, la cefaléa intensa que acompaña en la mayor parte de los casos.

Pero en general basta la higiene de la boca ya sea con agua pura esterilizada ó hervida, ó timolada al 0.10 gramos por 0/00 y al interior los expectorantes tales como el benzoato de sodio (2 á 3 gramos por dia) al cual se agrega el acetato de amoníaco (1 á 2 gramos por día) como estimulante difusible para tonificar el corazón, en una poción de 70 gramos de agua gomosa y 30 gramos deTolú.

Como expectorantes tambien se emplean la codeina, la polígala etc. La creosota empleada por

Casati (1) obra como estimulante cardiaco y antiséptico al mismo tiempo. Se formula: Creosota de haya 25 gramos, tintura de genciana 50 gramos; comenzar por 25 gotas en el dia hasta llegar progresivamente hasta 75 gotas, disimulando el gusto de la creosota con un poco de jugo de naranjas.

De manera que en resúmen la medicación higiene y expectante es la medicación por exelencia en la neumonia sero-fibrinosa de los niños. La envoltura hidropática con vinagre aromático y los expectorantes asociados á los tónicos cardiacos al interior prestan ayuda eficaz en la curación de este padecimiento.

Buenos Aires Agosto 7 de 1899.

GERMÁN ANSCHÜTZ.

---

(1) A. Casati – La créosote dans le traitement des pneumonies aigües — publ. Semaine Médicale pag. 132 año 1897.

Agosto 10 1899.

Nómbrase á los Sres. Académicos Dr. Manuel Blancas Profesor Suplente Dr. Facundo Larguía y Profesor Suplente Dr. Horacio G. Piñero para que constituidos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis,

J. T. BACA.

Luis Acuña.

Agosto 28 1899.

Señor Décano.

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno señor Germán Anschütz.

"En el local de la Facultad, á 28 de Agosto de
" 1899, reunidos los que subscriben, encargados
" de dictaminar respecto de la admisibilidad de

" la tésis presentada por el ex-alumno Sr. Germán
" Anschütz que versa sobre "Neumonia fibrinosa en
" los niños" resolvieron admitirla—Con lo que ter-
" minó el acta.

"Firmados: Manuel Blancas—Facundo Larguia
" —Horacio G. Piñero—Zenon Aguilar.

LUIS ACUÑA.

Agosto 28 1899.

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaria el dia que haya de ser sostenida.

J. T. BACA.

LUIS ACUÑA.

Proposiciones Accesorias

En andrología, la mejor sonda permanente es la sonda Pezzer sin refuerzo.

En el tratamiento mercurial de la sífilis no debe optarse exclusivamente por un solo método.

Para el ataque de hemicránea el mejor tratamiento es el reposo.
