Año 1903 N.° 1369

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

NEUMONIA FIBRINOSA EN LOS NIÑOS DE PECHO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSE J. MASSÍA

Ex-practicante de Hospitales

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras, de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

Año 1903 — N.° 1868

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LA

NEUMONIA FIBRINOSA EN LOS NIÑOS DE PECHO

TESIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA

POR

JOSÉ J. MASSIA

Ex-practicante de Hospitales

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras de Emilio Rosetti

737 — CALLAO — 737

1903

Año 1903 N.° 1369

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA NEUMONIA FIBRINOSA EN LOS NIÑOS DE PECHO

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

JOSÉ J. MASSÍA

Ex-practicante de Hospitales

BUENOS AIRES

La Semana Médica, Imprenta de Obras, de Emilio Spinelli

737 — CALLAO — 737

1903

La Facultad no se hace solidaria de las opiniones vertidas en las tesis.

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

Dr. D. EUFEMIO UBALLES

Vice Decano

Dr. D. PEDRO LAGLEYZE

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 CANTÓN
" " GREGORIO N. CHAVES

Académicos Honorarios

Dr. D. ERNESTO ABERG
" " EDUARDO WILDE
" " MARTIN SPUCH
" " TELÉMACO SUSINI
" " EDMUNDO NOCARD
" " EMILIO R. CONI
" " OLYNTHO DE MAGALHAES

Secretario

Dr. D. ZENÓN AGUILAR

Pro-Secretario

Dr. D. CARLOS ROBERTSON

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología Médica	Dr. Pedro Lacavera
Física Médica	„ Jaime R. Costa
Química Médica	„ Atanasio Quiroga
Botánica Médica	„ Lucio Durañona
Química aplicada á la Medicina	„ Pedro N. Arata
Histología teórico-práctica	„ Rodolfo de Gainza
Anatomía Descriptiva	„ Juan José Naon
Patología General y ejercicios clínicos	„ Roberto Wernicke
Anatomía Topográfica	„ Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	„ Pedro J. Coronado
Anatomía Patológica	„ Telémaco Susini
Bacteriología	„ Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	„ Enrique Revilla
Materia Médica y Terapéutica	„ Justiniano Ledesma
Patología Externa	„ Obdulio Hernandez
Medicina Operatoría	„ Adalberto Ramaugé
Clínica Ginecológica	„ Enrique Bazterrica
„ Oto-rino-laringológica	„ Eduardo Obejero
„ Dermatológica y Sifilográfica	„ Baldomero Sommer
„ Epidemiológica	„ José Penna
„ Quirúrgica	„ Julian Aguilar
„ Neurológica	„ José M. Ramos Mejia
„ Médica	„ Luis Güemes
„ Médica	„ Francisco A. Sicardi
„ Oftalmológica	„ Pedro Lagleyze
Patología Interna	„ Marcial V. Quiroga
Medicina Legal	„ Francisco de Veyga
Clínica Quirúrgica	„ Antonio C. Gandolfo
„ Médica	„ Gregorio N. Chaves
„ Obstétrica	„ Samuel Molina
Toxicología Experimental	„ Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	„ Manuel Blancas
Clínica Médica	„ Abel Ayerza
„ Genito-urinaria (hombres)	„ Federico Texo
„ Psiquiátrica	„ Domingo Cabred
„ Quirúrgica	„ Vacante
„ Obstétrica	„ Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas		Catedráticos sustitutos
Zoología Médica	Dr.	D. J. GREENWAY
Física Médica	„	JUAN JOSE GALIANO
Química Médica	„	FRANCISCO B. REYES
Botánica Médica	„	ROBERTO S. KOLBE
Química aplicada á la Medicina	„	FRANCISCO P. LAVALLE
Histología teórico-práctica	„	SAMUEL DE MADRID
Anatomía Descriptiva	„	JUAN D. PIÑERO JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Patología General y ejercicios clínicos	„	GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica	„	AVELINO GUTIERREZ FRANCISCO LLOBET
Fisiología General y Humana	„	HORACIO G. PIÑERO MARIANO ALURRALDE
Anatomía Patológica	„	JOSÉ BADÍA MARCELO VIÑAS
Bacteriología	»	JUAN CÁRLOS DELFINO LEOPOLDO URIARTE
Higiene Pública y Privada	„	VACANTE
Materia Médica y Terapéutica	„	ENRIQUE E. DEL ARCA ANGEL M. CENTENO
Medicina Operatoria	„	NICOLÁS REPETTO (en ejer.) LEANDRO V. VALLE
Clínica Ginecológica	„	ALFREDO LAGARDE JOSÉ F. MOLINARI
„ Oto-rino-laringológica	„	WENCESLAO TELLO ELISEO V. SEGURA
„ Dermatológica y Sifilográfica	„	M. ABERASTURY
Patología externa	„	PASCUAL PALMA DANIEL J. CRANWELL
Patología interna	„	VACANTE
Clínica Oftalmológica	„	FRANCISCO C. BARRAZA TEÓFILO A. MORET
Clínica Médica	„	PATRICIO FLEMING
„ Epidemiológica		VACANTE
„ Quirúrgica	„	JUAN B. JUSTO ENRIQUE CORBELLINI
„ Neurológica	„	JOSÉ A. ESTEVES JOSÉ R. SEMPRUN
„ Médica	„	RICARDO COLON
Medicina Legal	„	DOMINGO S. CAVIA PEDRO BARBIERI (en ejer.)
Clínica Quirúrgica	„	DIÓGENES DECOUD
Clínica Médica	„	JULIO MENDEZ IGNACIO ALLENDE
Clínica Obstétrica	„	FANOR VELARDE ENRIQUE A. PARDO
Toxicología Experimental	„	J. ALBA CARRERAS
Clínica Pediátrica	„	FACUNDO LARGUÍA ANTONIO F. PIÑERO
„ Médica		VACANTE
„ Génito-urinaria (hombres)	„	PEDRO BENEDIT (en ejer.)
„ Psiquiátrica	„	BENJAMÍN T. SOLARI JOSÉ T. BORDA
„ Quirúrgica		VACANTE
„ Obstétrica	„	ENRIQUE ZARATE

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas		Cated. titulares
Botánica sistemática aplicada á la Farmacia.	Dr.	ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada . . .	„	MIGUEL PUIGGARI
Farmacognósia vegetal y animal . . .	„	JUAN A. BOERI
Química orgánica aplicada á la Farmacia .	„	PEDRO N. ARATA
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica) .	„	J. MANUEL IRIZAR
Higiene	„	RICARDO SCHATZ
Química Analítica y Toxicológica . . .	„	ATANASIO QUIROGA
Ensayo y determinación de drogas . .	„	J. MANUEL IRÍZAR

Asignaturas		Cated. sustitutos
Botánica sistem aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Química inorgánica aplicada.....		VACANTE
Farmacognósia vegetal y animal.....	Sr.	JUAN A. DOMINGUEZ
Química orgánica aplicada á la Farmacia.....		VACANTE
Farmacia galénica (Técnica farmacéutica)...		VACANTE
Higiene.....		VACANTE
Química Analítica y Toxicológica.....		VACANTE
Ensayo y determinación de drogas.....		VACANTE

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Cated. titulares
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. .	Dr. JUAN R. FERNANDEZ
Partodistócico y Clínica Obstétrica . .	

Asignaturas	Cated. sustitutos
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica.....	MIGUEL Z. O'FARRELL (en ejer.
Parto distócico y Clínica Obstétrica.....	VACANTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Cated. titulares
Anatomía, Fisiología, Patología, . . .	Dr. LEON PEREYRA
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal . .	„ NICASIO ETCHEPAREBORDA

Asignaturas	Cated. sustitutos
Anatomía, Fisiología, Patología, ...	VACANTE
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	VACANTE

PADRINO DE TESIS

Académico titular

Doctor MANUEL BLANCAS

A MIS PADRES

Eterna gratitud

A MIS AMIGOS

A MI QUERIDA HERMANA

A LOS MÍOS

A MIS AMIGOS

A LOS MÍOS

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Estudiando las diferentes afecciones pulmonares en los niños, encuentro una que ha sido descrita muy poco, sobre todo, en el nourrissón (1) y es la *Neumonia fibrinosa, franca ó lobular;* y el hecho de ser asi, no debe llamarnos tanto la atención, pues, es idea muy difundida que ésta no existe en esa edad de la vida. Presento á vuestra consideración este trabajo el cual contiene varias historias de casos clínicos estudiados detenidamente en el servicio del Dr. Araoz Alfaro en el Hospital San Roque, y en él trataré de demostrar que, á pesar de no ser común, es frecuentemente observada y si esto lo consigo habré llenado mis modestas aspiraciones.

Al abandonar la vida de estudiante tengo el honor de agradecer las provechosas lecciones que he recibido de mis distinguidos maestros; y muy especialmente al Dr. Manuel A. Santas, actual jefe del servicio de niños en el Hospital San Roque, que galantemente me ha iniciado en este trabajo y al Dr. Manuel Blancas que me honra acompañándome en este acto.

---

(1) Entiendo por nourrisson los niñitos comprendidos en los dos primeros años de la vida.

CAPÍTULO I

Definición

Cuando en un pulmón se desarrolla y sigue sus diferentes fases un proceso inflamatorio, ya sea en el órgano entero ó en un lóbulo, ó en una porción de éste, extendiéndose ganando terreno hacia las partes vecinas revistiendo los caracteres de la hepatización, decimos que existe una neumonía lobular (*) ó más bien una neumonía franca.

Frecuencia de esta enfermedad.—Si recorremos las estadísticas de las diferentes clínicas europeas, encontramos por ej: la de Yürgensen que dá un 4,5 °/₀ de casos de neumonía en niños menores de un año. Rillet y Barthez dicen haber observado casos en niñitos de un mes y medio, de dos, de cuatro, y seis meses—Grisolle en un niño de 8 meses—Billard en niños al primer mes de nacer, datos que nos demuestran que la afección es observada con regular frecuencia en los nourrissons.

Entre nosotros, tomando solamente algunas estadís-

(*) Las designaciones (pneumonie lobaire) y (lobulaire) deben vertirse en opinión nuestra en neumonía lobular y lobulillar.

ticas de nuestras clínicas de niños, vemos que, en los 2 primeros años de la vida han sido atendidos en el Hospital San Roque un número total de catorce enfermitos; esto prueba, que el número de los casos que presentamos no es nada despreciable, y podemos decir, que si no es muy común la enfermedad no es tampoco del todo rara.

Por otra parte, encontramos distinguidos tratadistas que niegan la neumonía fibrinosa en niños menores de un año, entre estos al gran pediatra francés Marfan, que cree no se trata de aquella enfermedad sino de Bronco-neumonía, no podemos quedar impasibles ante tales revelaciones si nos guiamos por los datos que nos dan otros pediatras que se han dedicado á estudiar el asunto tales como Comby, que nos presenta dos observaciones, una en un niñito de 6 meses, otra de 7 meses, otra de 9, dos de 11 y una de 12 meses; Baginsky que la ha encontrado más de una vez en niñitos de pecho y Schlesinger en 173 casos que ha estudiado encuentra gran número comprendidos entre 6 meses y 1 año.

Haushalter ha observado en 100 casos, 10 en niños menores de 1 año.

Tenemos más aun; autores como Netter y Vitti nos dicen que puede ser esta enfermedad congénita y hereditaria, y para atestiguarlo nos presentan casos en niños muertos á los 5 días y otros á las 36 horas de haber nacido, y cuyas madres una se curó y la otra murió de esta misma enfermedad como se comprobó en la necropsia.

Entre nosotros, preciso es mencionar á los Dres. Aráoz Alfaro y Manuel Santas que nos describen, el primero, dos casos de neumonía fibrinosa en 2 niñitos, uno de 11 meses y otro de 13 meses de edad, y el segundo, un caso de neumonía doble en un niñito de 1 año; pudiendo agregar, que aunque no se tenga la autopsia, la evolución clínica nos lo prueba suficientemente, para no dejar la menor duda al respecto.

Como podemos ver en la historia que adjunto, que se trata de un niñito de 5 meses y medio atacado de neumonía, viene á confirmar conjuntamente con los restantes casos, lo expresado anteriormente.

CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

Observación I

L. T. 5 meses y medio.—Se le asiste en el consultorio por infección digestiva (apirética) desde hace algún tiempo.

Abril 6/903.—Fiebre elevada: 39 °7. Disnea 56, expiración quejosa, con movimientos de las alas de la nariz; pulso 144.

Pulmón, vértice izquierdo.—Disminución de la sonoridad por delante, y por detrás aumento de las vibraciones; no hay respiración tubaria, ni resonancia del grito, regular número de crepitaciones, lo mismo en la base del mismo pulmón, tos húmeda.

Abril 7.—Temperatura 39°.4, pulso 138, respiraciones 76.

En el vértice izquierdo, por detras submatitez, vibraciones; respiración tubaria, y uno que otro ral, por delante casi mátitez; resp. tubaria en la parte externa de la fosa infraclavicular, crepitaciones finas y uno que otro ral grueso.

Abril 8.—Fosa infraclavicular mátitez, resp. tubaria suave en la parte más externa de la misma, uno que otro ral grueso, disminución de la entrada del aire. Pulso 140, Temp. 38.2. Mueve el vientre regularmente.

Abril 9.—Fosa infraclavicular izquierda, resp. tubaria intensa, mucha resonancia del grito. Sin rales, el soplo comprende toda la fosa. Por detras, vértice izquierdo: respiración tubaria suave, uno que otro ral grueso, matitez muy franca. Temp. 36.°4, respiraciones 80, pulso 122, buena tensión. Estado general bueno, duerme y mama bien.

Abril 13.—El niño no es traído al consultorio á pesar de nuestra orden, en vista de que continúa muy bien.

Alta.

Observación II

E. V., de 11 meses.

Se presenta al consultorio el 15 de Abril de 1903 acompañada por la madre, dice que hace 6 ó 7 días empezó fruscamente la enfermedad con fiebre, consti-

pación, vómitos, fatiga, hoy día tiene 39º4 de temperatura, 150 pulso, respiración 84.

Pulmón.—Fosa supra é infra espinosa: sub-matitez, disminución de sonoridad en la base. Respiración tubaria en el vértice y algunos rales gruesos.

Por debajo de la espina, hay respiración tubaria intensa sin rales.

Por delante existe disminución de sonoridad en la fosa infraclavicular izquierda, y algunos rales gruesos á la auscultación.

Abril 16.—Temp. 37º.6. Resp. 65. Pulso 126.

Pulmón izquierdo los mismos síntomas, solo hay que agregar rales gruesos y finos. Resonancia del llanto. Diarrea abundante.

Abril 17.—Temp. 38º.3. Pulso 120. Resp. 54.

Soplo tubario muy suave, algunos rales gruesos. Estado general bueno.

Abril 18.—Temp. 38º.5,no hay disnea. Resp. tubaria muy suave, solo cuando llora se oyen algunos rales gruesos.

Abril 20.—En el vértice derecho hay sub-matitez, respiración tubaria; en algunas fuertes inspiraciones rales finos.

Temp. 36º.2. Pulso 116. Resp. 44. Alta.

CAPITULO II

Bacteriología y Anatomía Patológica

El agente especifico de la neumonía fibrinosa fué descrito por Friedlander en el año 1882.

Talamón y Fraenkel han permitido rectificar esta opinión demostrando que el agente patógeno verdadero dc esta afección era el Micrococcus pasteuri ó neumococo de Talamón Fraenkel.

Presenta formas variadas, á veces ovalares, otras en bastoncitos cortos y gruesos con extremidades redondeadas, encapsulados.

Se cultiva fácilmente sobre todos los medios á partir de la temperatura de 15°.

Friedlander inyectando productos de cultura diluidos en agua en los pulmones de ratones, sucumbieron todos á la inoculación, presentando síntomas pulmonares evidentes. La inoculación intravenosa á la dosis de 1/2 á 1 centímetro cúbico acarrea la muerte en 24 horas.

Según Netter vive habitualmente en la boca de individuos sanos, encontrándosele en la proporción de 4 5 °/₀, se le encuentra también en el mucus nasal y en

el mucus brónquico de personas en plena salud. Su presencia en estas condiciones no tiene ninguna significación patológica. Se deja colorear por el método de Gram (solución alcohólica saturada de violeta de genciana, luego solución iodo iodurada, alcohol, y para terminar eosina), apareciendo los microbios de color violeta sobre fondo rosa.

Anatomopatológicamente, la neumonia fibrinosa sana generalmente en los niños de la primera infancia, es por este motivo que rara vez tenemos oportunidad de estudiar las lesiones producidas por esta enfermedad.

Se observan los tres períodos, infarto, hepatización roja y hepatización gris; en lo que se refiere á esta última es excepcional en los niños. La neumonia es frecuentemente acompañada de pleuresía seca, otras veces ésta se hace sero-fibrionosa, otras, purulenta.

Rilliet y Barthez han presentado seis casos de neumonía lobar que han terminado por gangrena; á pesar de todo estas observaciones puede considerarse como una rareza.

En el primer periodo el pulmón es algo mas pesado que al estado normal; cortado en pequeños trozos y echado en el agua se mantiene entre dos aguas, está distendido, crepita á la presión y conserva la impresión digital.

El segundo período de hepatización roja, el pulmón es rojo, pesado, echando un trozo en el agua va al fondo, es de consistencia parecida al hígado. En el in-

terior de los alveolos encontramos exudado fibrinoso.

El tercer periodo ó hepatización gris se caracteriza porque todos los alveolos y casi simultáneamente aparecen enjurgitados de células linfáticas, muy amenudo grasientas y ya no tenemos por delante el bloc fibrilar que observábamos en la hepatización roja.

Hay un 4.º período que los alemanes llaman periodo de infiltración purulenta, de dehiscencia ó resolución, el pulmón es fácilmente desgarrable, de color amarillento; haciendo un corte deja salir un líquido mucoso turbio que no es otra cosa que fibrina transformada; esta es más ó menos la evolución anatomopatológica de la neumonía fibrinosa, debiendo observarse que en los niños rara vez pasa del segundo periodo.

CAPÍTULO III

Etiología

CAUSAS EXTRÍNSECAS QUE PREDISPONEN Á ADQUIRIR LA NEUMONÍA FIBRINOSA

Estaciones.—Se ha dicho muchas veces que es una enfermedad á frigore, poniendo mucha voluntad tal vez podamos agregarle este factor á las personas adultas, pero tratándose de niños de la primera infancia en que no pensamos generalmente desde el primer momento en el diagnóstico, es más difícil hallar este factor, no por esto debemos dejar de reconocerle cierta acción; observemos en nosotros mismos y veremos que no es precisamente en los meses más fríos que se encuentran el mayor número de atacados; por ejemplo, la del Hospital San Roque, meses:

Cálidos.—Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero—15 casos.

Templados.—Marzo, Abril, Septiembre, Octubre—13 casos.

Fríos.—Mayo, Junio, Julio, Agosto—12 casos.

Podemos admitir con estos datos que la influencia atmosférica no tiene gran participación en la etiología de la enfermedad.

Distribución geográfica.—No obedece á ninguna ley; encontramos la misma proporción en países colocados en diferentes latitudes como ser las Antillas, Hamburgo, Buenos Aires, etc.

Causas intrínsecas.—Edad. Ya he citado en otro lugar que á medida que uno se acerca hacia los primeros años de la vida esta enfermedad se hace cada vez menos frecuente.

Sexo.—Si debemos guiarnos por las estadísticas de Rilliet y Barthez dan un número mayor de varones que de mujeres y Haushalter opina de la misma manera, lo mismo ocurre con la del Dr. Araoz Alfaro donde encontramos.

Varones . . . 34.

Mujeres. . . . 6. (Hospital San Roque) (1).

Contagiosidad.—Conociendo la existencia del neumococo y su desarrollo en el organismo y su propagación, es hoy día universalmente aceptada. Según Grisolle en su célebre tratado dice «que se ve neumonías aparecer en mayor ó menor número presentando todos los caractéres de una enfermedad epidémica; en apoyo de esto tenemos epidemias de cárceles por ej: la de Francfort que sobre 700 individuos hubo 118 casos. Epidemias en casas de familia, en que los atacados fueron los que habitaban la misma pieza: un

(1) Véase mas adelante nuestra estadistica.

niño es atacado de una neumonía franca que empieza por un escalofrío, sigue su curso habitual y se termina al octavo día, dos días después, dos de sus hermanitos se sienten súbitamente atacados con los mismos síntomas; al cuarto día de su enfermedad, la madre que estaba ocupada en prestarles la asistencia como también un hermanito mas pequeño se sienten de pronto atacados, el niñito sana, mas la madre muere al quinto día.

Por lo que se refiere á nuestra observación no tenemos casos bien comprobados de contagio.

CAPITULO IV

Sintomatología

En el niñito lo mismo que en el adulto los síntomas son mas ó menos parecidos en sus rasgos generales por lo que no me detendré mayormente, pasando á investigar las particularidades que nos presenta la invasión en los dos primeros años de la vida. Muy raro es el escalofrío y tanto mas raro cuanto mas jóven es el enfermito, encontramos mas á menudo sustituyéndole á aquél un ataque convulsivo, abriendo la escena mórbida en plena salud, como podemos ver en la historia que adjunto.

CONSULTORIO EXTERNO DEL HOSPITAL SAN ROQUE

Observación III

M. D. B. de 18 meses de edad, se nos presenta en nuestro consultorio traída por la madre la que nos dice que el miércoles 14 de Agosto se inició bruscamente la enfermedad con alta fiebre, algunas convulsiones y mucha fatiga y tos ronca, algunas arcadas sin vómito, más tarde constipación y mucha sed:

El 17 pareció tener una remisión pero fué pasagera y hoy 18 tiene 40°4 de temperatura, pulso 152, y respiración (difícil de contar) alrededor de 70; no se han reproducido las convulsiones.

Al examen físico encontramos en la región torácica posterior del pulmón derecho: respiración tubaria y resonancia del grito y matitez.

Como tratamiento: baños, envolturas húmedas y una poción con acetato y benzoato.

Agosto 20 de 1901.—Temperatura 39°1, pulso 160, respiraciones 68.

Agosto 21.—Se ha efectuado la crisis; encontramos 36°5 y su estado general ha cambiado muchísimo, es en general bueno.

Agosto 22.—Persiste la apirexia, la matitéz va desapareciendo, acercándose cada vez mas del pulmón normal (Se le da el alta).

Diagnóstico.—Neumonía fibrinosa del lóbulo superior derecho.

Vemos otras veces iniciarse la enfermedad con alta temperatura 40°, 40°5, vómitos, malestar general; podemos decir que son fenómenos casi constantes por lo que se refiere á los vómitos, agregaremos que al principio son alimenticios y si se repiten varias veces pasan á ser biliosos; estos datos podemos comprobarlos en casi todas las historias clínicas que acompañan este trabajo.

Otro punto velado en la sintomatología es la falta de tos al principio, no sucediendo así á medida que

evoluciona la enfermedad en la que generalmente ésta aparece.

Otras veces, lo que mas llama la atención de las madres es el contínuo y profundo sueño.

Temperatura. — La neumonía es una de las enfermedades que eleva más alta la temperatura del cuerpo, esta hipertermia es rápida, brutal, pero de corta duración, teniendo un ciclo de mas ó menos de siete días, después del cual la temperatura baja.

Hay autores que han visto descender la columna termométrica con una rapidez notable, entre otros tenemos á Cadet y Gassicourt; que la han visto decrecer en el espacio de tres horas de 40° á 36.°; es bueno tener esto siempre presente para no pensar muchas veces que ha llegado á la verdadera defervecencia, y sin embargo, no tener lugar sino al siguiente día, ó al tercero, llevándonos como dice Jules Simón á la sanación; otras veces, sucede lo contrario, que en vez de bajar sube y tenemos lo que los autores han dado en llamarle «perturbación crítica»; algo parecido ha pasado en la historia que va á continuación en que ha tenido dos defervecencias siendo la segunda la que ha marcado el verdadero camino de la curación.

Observación IV

A. S. de 14 meses, es traído á este consultorio el día 6 de Febrero de 1901; cuenta la madre que está enfermo desde hace tres dias y se enfermó de repente. En el momento de revisarlo le encontramos tem-

peratura 40°5. Respiración 65 y pulso 140. Se le recetan baños, envolturas frias, alcohol y una poción con benzoato de soda, acetato de amoniaco y jarabe de tolú.

Observación diaria.

Febrero 8.—La temperatura ha disminuido algo, el termometro no marca sino 38°9. Pulso 140. Rep. 68.

Notamos una agitación contínua é intranquilidad, á la auscultación hay en la base izquierda abundantes rales, lo mismo en el costado y en el del lado opuesto; la base derecha es oscura á la percusión.

Febrero 9.—Poca variante se sigue con el tratamiento instituido.

Febrero 11.—Más ó menos á las 3 de la tarde del día 10 tuvo abundantes sudores, que se continuaron aun esta mañana; la fiebre ha desaparecido, el sueño es agitado é intranquilo,tiene vómitos frecuentes. Más ó menos sigue en este estado hasta el día.

Febrero 13.—En que apareció nuevamente fiebre 39°6. Malestar general, decaimiento y diarrea. Respiración 50 y pulso 148.

Febrero 15.—Se le prescribe un purgante de aceite de ricino: tiene 39°4. Pulso 156. Resp. 45.

Febrero 16.—Fiebre alta: 39°9. Resp. 52, pulso 140.

En la axila derecha encontramos una matitéz muy pronunciada, respiración tubaria, y algunos rales. Lo mismo notamos un pequeño foco en la base izquier-

da. Se continúa con las envolturas frias, los baños, y una poción con digital.

Febrero 18.—En la fosa supra é infraespinosa derecha como también en la axila hay respiración tubaria intensa y rales subcrepitantes. Por delante del pulmón hay matitéz, (continúa la fiebre), 38°9.

Febrero 19.—Se produjo la crisis con sudores profusos.

Temperatura 36°8, pulso 110 y resp. 40.

Febrero 20.—Se le prescribe una poción con tintura de canela, acetato de amonio, yoduro de potasio y jarabe de tolú, sigue con este tratamiento hasta el 23 de Febrero en que la zona mate ha desaparecido, apenas si se nota una submatitéz. Respiración vesicular y rales subcrepitantes.

En esta fecha sale de alta.

Tenemos un tercer tipo de curva termométrica bastante rara pero que algunas veces la hemos observado: El termómetro marca en un principio 40°5, va bajando de una manera gradual para llegar á 36°5 donde termina el foco neumónico.

Conjuntamente con este fenómeno aparecen otros denominados críticos; es decir sudores más ó menos profusos, relativa calma, sueño tranquilo, vuelven á reaparecer los cloruros que se habían ausentado casi del todo en el curso de la enfermedad, la respiración es menos frecuente, como también el pulso; esta unión de la bradicardia á la hipotermia es uno de los mejores indicios de sanación. Por lo que se refiere á

la crisis, autores como Rilliet y Barthey dicen que sobreviene habitualmente entre el sexto y octavo día.

Consultando la estadística del Dr. Araoz Alfaro, encontramos que se ha producido.

3	veces	el	4º		día
8	id	»	5º		id
16	id	entre el	6	y 8º	día
6	id	el	9º		id
2	id	»	10		id
1	id	»	12		id (1).

En la historia clínica que á continuación transcribo vemos que nos encontramos con un caso en que el descenso de la temperatura tuvo lugar el quinto día de la evolución.

Observación V

J. D., argentino, nació en B. Aires, alimentación materna hasta los 12 meses y luego mixta.

Aparecieron los primeros dientes á los 8 meses.

Antecedentes de familia.—Sin importancia, y respecto á posibles contagios, no hay ninguno.

Enfermedades anteriores del niño y padecimiento actual.—Ha tenido únicamente una supuración en los oídos á los 8 meses que aún hoy conserva.

La enfermedad actual ha comenzado súbitamente con fiebre á 40º ayer, según la madre. Luego ha tenido vómitos y desde el principio diarrea. Entra en el

(1) Véase nuestra estadística al final.

servicio el dia 10 de Octubre con 39º5 de temperatura.

Del examen deducimos que el estado general no es malo aunque parece que se ha enflaquecido, mucosas de un color rosa pálido, lengua limpia, pulso regular, mediana tensión, 136 puls. por minuto.

Pulmones.—Izquierdo (por delante) vibraciones un poco aumentadas. En la axila parecen algo disminuidas.

Percusión.—Mate en toda la extensión hasta el 5.º espacio; luego sonoridad.

En el resto del pulmón y en el otro, á la percusión nada de anormal, por detrás encontramos que la percusión es sub-mate en la fosa supraespinosa y normal en la infraespinosa, en el resto del pulmón como en el derecho normal.

Auscultación.—Soplo tubario franco, no hay rales en el pulmón izquierdo por delante, en el vértice de la axila un soplo, por detrás, fosa supra espinosa, soplo tubario, en la infraespinosa uno que otro ral grueso.

Corazón.—Normal.

Abdomen.—Tensión aumentada, forma aplanada.

Timpanismo, excepto en la fosa ilíaca derecha que es ligeramente oscura.

Los demás órganos normales.

Sistema nervioso.—Presenta un estado de agitación muy marcado, hay rigidez del tronco y de la nuca, hay llanto continuo y está muy inquieto. Tiene vómitos frecuentemente.

Observación diaria.—El día 11 por la noche la temperatura subió á 40°, misma rigidez, vómitos, agitación, pulso 128.

Prescripción.—Baños y envolturas frías, leche, agua esterilizada, poción con benzoato de soda y acetato de amonio.

Octubre 12.—Tenemos la temperatura á 37°.8, hay menos rigidez, pulso difícil de tomar por la agitación del niñito.

Octubre 13.—Sigue bajando la temperatura, el estado del pulmón va desapareciendo, la sub-matitez haciéndose sub-mate, la rigidez de la nuca y del tronco van disminuyendo.

En los dias 14 hasta el 18 inclusive la temperatura se mantiene entre 37 y 37°.2 y desde esa fecha hasta el 24 el termómetro oscila entre 37.2 y 37°.5. El enfermito sigue mejorando paulatinamente, todos sus síntomas van desapareciendo y es dado de alta el 25 de Octubre.

Hemos observado varias veces que después de la crisis se produce la aritmia que nos ha infundido cierta alarma por el lado del miocardio, pero ésta queda sin razón de ser siempre que esté en relación la bradicardía con la hipotermia. Comby y Paumelle lo atribuyen á perturbaciones de la inervación de origen tóxico.

Rash neumónico.—Lo señalan Cadet y Gassicourt, Riliet y Barthez, Arnaud, Lop, describiéndolo como un erítema que acompaña en ciertos casos la neumonía,

asemejándose á la que precede la escarlatina, pero Besnier nos dice que no es dato suficiente para hacernos suponer su etiología.

He tenido oportunidad de observar la rubicundez de los pómulos conjuntamente ó por separado, fenómeno atribuído á parálisis vasomotrices, siendo menos frecuente en el niño que en el adulto. La historia que acompaño nos demuestra la existencia de lo expuesto; acompañada de otros síntomas que anteriormente he hecho mención.

Observación VI

P. M. L. 2 años de edad, argentino.

Antecedentes hereditarios.—Son sin importancia.

Estado actual.—Es traído á nuestro servicio el 7 de Diciembre de 1901; obsérvase piel de color rosada, placas rubicundas en ambos pómulos. Mucosas rosadas. En buen estado de nutrición.

Se observa en la boca algunas fuliginosidades y lengua saburral—tiene los dientes de la primera dentición bien implantados.

Aparato circulatorio.—Pulso.—Regular, igual, frecuente: 150 pulsaciones por minuto. La punta del corazón no se ve latir; á la palpación la encontramos en el 4.º espacio intercostal. A la percusión área normal Auscultación, foco mitral, triscuspidiano, aórtico, pulmonar, normales.

Aparato respiratorio.—Observamos un tipo respiratorio costal; estos movimientos son iguales, regula-

res, superficiales, pequeños, 62 respiraciones por minuto.

Derecho por delante.—La escursión respiratoria es regular é igual, con sus vibraciones aumentadas; á la percusión tenemos una matitez que se extiende; desde el vértice hasta el tercer espacio intercostal, el resto del pulmón sonoro.

A la auscultación oímos soplo tubario intenso. El límite hepatopulmonar lo encontramos en el 6.º espacio.

En la axila encontramos en el vértice del hueco, aumentadas las vibraciones, y una matitez que deciende hasta el 5.º espacio intercostal, y á la auscultación soplo tubario que se hace más marcado en la espiración.

Por detrás.—Las vibraciones están aumentadas en la región supraespinosa lo mismo que se observa un sonido percutorio mate y soplo tubario intenso.

Por lo que se relaciona con la región infraespinosa tenemos vibraciones normales, y á la percusión una submatitez sobre la escápula, sonido auscultatorio, algunos rales gruesos y respiración vesicular.

Izquierao (por delante).—La escursión respiratoria es igual y regular. Vibraciones disminuidas. Sonido percutorio submate. A la auscultación tenemos soplo tubario suave.

Axila, vibraciones, percusión y auscultación. — normales.

Por detrás.—Reg. supraespinosa.—Las vibraciones algo disminuídas á la percusión, obscuridad no muy pronunciada hacia la columna vertebral. A la auscultación soplo tubario intenso también cerca de la columna.

El enfermito tiene por momentos accesos de tos bastante intensa.

Abdomen.—Nada de anormal.

Deyecciones.—3 veces diarias, de color verde obscuro, fétido y algo diarreicas.

Orina.—Micciones frecuentes, color subido.

Sistema nervioso.—Hay una marcada excitación nerviosa, rigídez de la nuca, tronco, miembros superiores é inferiores, exageración del reflejo patelar, un poco de sobresalto al despertarlo.

CUADRO TÉRMICO DE P. M. L. (2 AÑOS DE EDAD.)

Diciembre	7	entrada—	40°8	
»	8	»	40°7	
»	9	»	40°9	
»	10	»	40°8	
»	11	»	40°8	
»	12	»	40°6	
»	13	»	40°—	
»	14	»	37°—	
»	16	»	38°4	desde esta fecha hasta el 21 se mantiene la temperatura entre 37 y 37.5

Diciembre 21 entrada 38°—desde hoy hasta el 4 de Enero entre 37 y 37.8

Enero 6 » 36°2

» 13 » 37°—Alta.

Por lo que se refiere al herpes labial ó nasal es tal vez una rareza en los dos primeros años de la vida, no sucediendo así, despues de este período.

Signos físicos.—Sabemos cuan difícil es el exámen que nos permiten hacer los niñitos, desprendiéndose las condiciones realmente desfavorables para la investigación de laslexiones pulmonares por ej: la agitación y la movilidad del sujeto que nos impiden hacer una percusión y una auscultación prolija.

No está á la voluntad del Médico hacerlo toser ó respirar, todos estos inconvenientes nos inducen á no darnos perfecta cnenta de las vibraciones vocales teniendo que contentarnos mas de una vez con los gritos del paciente.

Tomemos un enfermito á las 10 ó 12 horas de iniciado su padecimiento y observaremos algunas modificaciones reveladas por la percusión, Jacoud insiste sobre la *exajeración de la Sonoridad* atribuída á la menor tensión del aire en los alveolos que estan ocupados por el exudado, pero lo que mas comunmente se observa es una sub-matitez. Debemos tener en cuenta que en los niñitos, las vibraciones solo existen en la parte media inter-escapular y algo en la parte superior del tórax, es pues en esta región que precisamente encontraremos las vibraciones exajeradas.

La percusión debe ser muy suave, muy poco intensa, porque siendo el tórax del niño poco expeso y muy elástico, con la percusión fuerte podríamos hacer vibrar zonas vecinas, que nos ocultarían masas oscuras. Debemos tener igualmente en gran valor la sensación de resistencia que experimenta el dedo percutido, pues es ella que nos permite frecuentemente establecer el comienzo de solidificación pulmonar, ante quizá que las diferencias de sonoridad sean suficientemente apreciables. En efecto cuando se percute un pulmón bien aereado, el dedo percutido siente que la pared toráxica es elástica dá una especie de vibración mientras que en los casos de condensación de tejido pulmonar, el dedo siente que la pared resiste, no vibra, y con mayor razón en los casos de derrame pleural; en nuestros casos hemos podido comprobar que este síntoma bien buscado no ha fallado jamás.

La auscultación da generalmente signos más tardíos y menos demostrativos, pues los niños respiran muy superficialmente y solamente si viene un golpe de tos ó una inspiración fuerte consecutiva al grito ó llanto, nos permitirá constatar signos más ó menos importantes, oiremos una respiración tubaria más intensa en la expiración, encontramos también rales subcrepitantes finos ó medianos correspondientes á zonas congestivas ó de bronquios vecinos al foco neumónico. Otras veces debido á la atelectasia hemos percibido una disminución del murmullo vesicular. Tenemos un hecho frecuentemente observado que la auscultación deja de revelarnos signos importantes; y en favor

de esto puedo citar un caso que en este servicio desde el primer momento sospechábamos una neumonía y solamente al 4.° ó 5.° día oímos una respiración tubaria más ó menos intensa; casos análogos he tenido oportunidad de observar en enfermos que asistían los Dres. Aráoz Alfaro y Arraga.

La respiración tubaria de un lado enfermo puede ser transmitida al otro sano por la columna vertebral é inducirnos en error.

Debemos estar prevenidos como lo hace notar J. Simón y Laclautre que algunas veces percibimos el ruido tubario exclusivamente ó con mayor intensidad del lado sano y que solo la evolución ulterior permitirá rectificar el error de sitio, atribuible solamente á la auscultación; aun más hacernos pensar en localizar únicamente la hepatización en el lado sano.

Un dato importante que debido á la gentileza del Dr. Santas he podido notar, ha sido la broncofonía (1) exagerada, aun en casos en que la respiración parecía normal ó apenas modificada, había una exageración en la repercución dei grito y de la tos.

La evolución de los signos pulmonares en el curso y al final de la enfermedad es la misma que en el adulto, pasando el proceso por las diferentes fases hasta obtener un murmullo vesicular más ó menos fisiológico.

Debo llamar la atención en un hecho comunmente observado y es que cuando el niñito se deja hacer un

---

(1) Véase historia que adjunto.

examen detenido percibimos la disminución dela entrada del aire en el pulmón afectado.

Observación VII

D. M. de 2 años de edad, nacido en la provincia de Santa Fé, residiendo en Buenos Aires desde hace un año.

Fué alimentado hasta los 10 meses de edad con leche materna y mixta desde de esa edad hasta los 17 meses.

Aparecieron los primeros dientes á los 5 meses, habiendo seguido la evolución de una manera normal y rápida. Caminó á los 13 meses.

Padecimiento actual.—El niño ha sido sano hasta ahora, salvo ligeras indisposiciones.

Hará más ó menos una semana que notó la madre que estaba algo resfriado, tenía un poco de fiebre que se atribuyó á la vacuna en erupción, pero hace cinco días tuvo escalofríos, la fiebre se hizo alta y se acentuaron la fatiga y la tos, no hay apetito y poca sed. Con estos antecedentes viene á la sala, con 39.°4.

Estado actual.—Disnea no muy intensa, no hay gran levantamiento de las alas de la nariz, pulso frecuente, regular, de mediana tensión, fiebre alta, muy poca tos; no parece haber dolor expontáneo intenso porque el niño queda tranquilo. Apetito regular. Constipación. Lengua húmeda normal. Broncofonía exagerada.

Pulmones.—Por delante, lijera matitez en la fosa supra é infra clavicular izquierda, con disminución del murmullo vesicular y rudeza. En el resto de este pulmón y en el opuesto la percusión y la auscultación no dejan percibir nada de anormal sino algunos rales bronquiales.

Àxilas normales.

Por detrás, submatitez en la fosa supraespinosa izquierda que se continúa un poco por debajo de la espina, con respiración tubaria intensa y repercusión exagerada de la tos y del grito. No hay rales finos.

El resto de este pulmón y del opuesto están normales, solo oímos algunos rales bronquiales gruesos.

Corazón. — Normal á la palpación, percusión y auscultación.

Abdomen.—Nada de anormal.

Prescripción.—Poción con benzoato de soda, acetato de amonio y alcohol, envoltura hidropática templada, régimen lácteo, baños templados si la temperatura pasa de 39°.

Observación diaria.—Junio 21.—El estado general y local es idéntico al de ayer. Continúa con el mismo tratamiento.

Junio 22.—Hoy por la mañana la temperatura alcanzó por vez primera 40°2, la disnea y la frecuencia del pulso han aumentado igualmente.

Se da un baño bajando la temperatura á 39°.

El estado local, es idéntico pero hay en la zo-

na mate, por detrás, algunos rales subcrepitantes muy finos; por esto y por la exageración de los fenómenos funcionales y la fiebre, se supone que pueda iniciarse la crisis.

Junio 23.—Efectivamente, la crisis se ha producido con sudores abundantes, constipación, mejor estado general. Mejilla izquierda roja. Es idéntico el estado local, pero hay abundantes rales subcrepitantes finos.

Junio 24.—Ayer después de medio día, la temperatura subió rápidamente, acompañada de malestar, gritos y rubefacción intensa de la piel; á las 2 p. m. la fiebre alcanzó 40°, bajó á la noche á 38°4, y hoy á 37°; pulso algo más frecuente (120); la disnea es menor (40).

La submatitez es menos acentuada, por detrás y por delante; la respiración tubaria ha desaparecido casi por completo, los rales son numerosos, subcrepitantes.

El hígado está grande, sobrepasando dos traveses de dedo el reborde costal. Se prescribe un purgante de calomel y jalapa (0.25 y 0.10 respectivamente).

Junio 26.—El purgante produjo ayer y anteayer deposiciones abundantes. La temperatura continúa normal (de 36°2 y 37°); respiraciones 38 y pulso 100.

Estado general, bueno.

Estado local.—A la percusión normal y á la auscultación, rales subcrepitantes.

Junio 27.—Anoche la temperatura subió á 40°5 y hoy alcanza 40°. El ascenso se inició con un nuevo

escalofrío. Hoy la respiración es de 44 y el pulso de 120. Hay un poco de agitación.

Al examen físico, encontramos *submatitez en la basc y axila izquierda*, debajo de la punta del omóplato, respiración vesicular fuerte y rales subcrepitantes. Se prescribe aceite de ricino y nuevamente la envoltura hidropática.

Junio 28.—Temperatura de anoche: 39º; hoy 36º2. Respiraciones 36 y pulso 96. 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 excelente, alimentación mixta bien tolerada. Apirexia desde el día 28. Al examen de los pulmones no se constata sino algunos rales gruesos, sin modificación á la percusión.

Se da el alta el 5 de Julio en excelente estado, con temperatura todavía por debajo de 37º, pulso 96 respiraciones 38.

CAPÍTULO V

Diferentes formas de la neumonía

Tenemos en primer lugar la *forma ordinaria* que puede atacar los diferentes territorios del pulmón, estos son el vértice, la base, ó en todo el órgano indistintamente. La lesión puede ser simple ó doble, pero de todas, la más interesante y frecuente á la vez es la del vértice. Tomando la estadística de Rilliet y Barthez encontramos que el vértice es el más frecuentemente atacado, sigue en orden decreciente la base y por fin el lóbulo medio.

La estadística nuestra nos da:

| | | |

Notamos en el primer ó segundo día un soplo y matitez, que se oyen con mayor intensidad en la fosa supraespinosa, ó más bien en el ángulo externo de la espina del omóplato, pero lo mas común es que el vértice sea el atacado.

También puede suceder como lo ha demostrado Escherich que el foco neumónico haya sido central y abortivo.

Observacion VIII

Diagnóstico: neumonía fibrinosa en resolución

D. F. de 15 meses de edad viene al consultorio externo traído por la madre, que nos suministra los datos siguientes: Dice que el día 16 de Mayo, por la tarde estando en el patio jugando, se arrima á la madre y se duerme, al despertarse lo nota con bastante fiebre, presentando esa misma noche vómitos de «flemas» había constipación y un poco de disnea. Continuó con remedios caseros durante todo el tiempo de su enfermedad, excepto unos papelitos de calomel que le suministró un médico. Al cabo de siete ó 8 días no tiene tanta fiebre y aparece la diarrea.

Hoy día 25 de Mayo tiene 38º2; respiración 62 y pulso 116. Diarrea de color obscuro, 4 deyecciones diarias. Se le prescribe un purgante de calomel y aceite de ricino.

Mayo 27.—Al examen físico se encuentra en el vértice del pulmón derecho una zona de submatitez bien marcada, respiración tubaria, uno que otro ral

grueso, aumento de vibraciones, todo esto por la región toráxica anterior, pasando idéntica cosa por la región toráxica posterior. Se le prescribe benzoato de soda, acetato de amonio y tónicos, benzonaftol y carbonato de cal como desinfectante intestinal.

Marzo 29—A la percusión existe todavía la zona mate, en la región posterior no se percibe soplo.

Por delante las cosas han cambiado poco, se oyen mayor cantidad de rales húmedos, temperatura 37°5, pulso 118; respiración 46; se continúa con el mismo tratamiento.

Forma tifoidea.—Está bien estudiada por Cadet y Gassicourt y nos dicen que al principio de la enfermedad no se observa ningún síntoma pulmonar; no hay tampoco escalofríos, que si los hubiera estarían acompañados de postración, estupor, cefalalgia intensa, delirio, dolor y gorgoteo en la fosa iliaca derecha. Algunos autores entre otros Yürgensen, Thomas, nos dicen que esta forma se observa más comunmente en las neumonías de vértice; en lo que á mi toca no he podido observar ninguna de una manera tan clásica como la describen los autores.

La forma cerebral.—Sabemos que toda afección febril intensa en los niños, produce casi siempre convulsiones ó más bien trastornos seudo-meningíticos, y más acentuados en los dos primeros años de la vida y aun recargados algunas veces por la tara hereditaria. A pesar de todo, comunmente observamos convulsiones en los niñitos por causas verdaderamente

insignificante, por ej. en indigestiones, vermes intestinales, en cuyas manifestaciones reconcentramos toda nuestra atención, haciéndonos descuidar el verdadero diagnóstico; será tal vez por esto que muchas neumonías han pasado y pasan aun desapercibidas, siendo necesario tener estos datos presentes para evitar el error.

Encontramos lo más comunmente dos formas: la *meningitica* y *la eclámpsica*, caracterizándose la primera por sopor, delirio, cefalalgia, vómitos, teniendo además el enfermito la facies propia de los atacados de afecciones cerebrales; con ó sin estrabismo. No es raro ver estas lesiones acompañadas por el vientre en *bateaux* y constipación.

La segunda se encuentra principalmente en niñitos de la primera infancia, es relativamente benigna si nos debemos guiar por diez casos observados por Rilliet y Barthez en que hubo solamente uno fatal.

Neumonía doble.—Hemos dicho más arriba que no era muy frecuente la neumonía franca en los nourrissons, y tanto más rara la neumonía doble, agregando á esto, que en nuestro sujeto, la segunda neumonia adoptó la forma *cerebral eclámpsica;* tenemos un conjunto de circunstancias que nos deben llamar doblemente la atención, como podemos verlo en la Historia Clínica que á continuación se expresa: Caso estudiado y diagnosticado bajo la dirección del Dr. M. Santas y publicado en los Anales del Círculo Médico Argentino.

Observación IX

Servicio del Dr. M. A. Santas

P. M. de un año de edad; alimentación materna; ha sido siempre sano.

El 16 ó el 18 de Enero se siente súbitamente atacado de vómitos, fiebre elevada, agitación, escalofríos? Diarrea no ha tenido.

En nuestro servicio el enfermito ha continuado con alta temperatura, cesaron los vómitos, más la agitación persiste, acompañada de insomnio; aparece fatiga.

Hay disnea, frecuencia del pulso, tiene 38º8 de temperatura.

Examen del pulmón izquierdo: En el vértice y por detrás encontramos una zona mate; respiración tubaria intensa, resonancia en el grito, existen vibraciones; no se encuentran rales.

Haciendo el examen de este mismo pulmón por delante, hallamos en el vértice matitez absoluta, presencia de vibraciones, respiración tubaria intensa, resonancia del grito y pocos rales gruesos.

En todo el resto del pulmón como en el derecho, nada de particular.

Estado general, bueno.

Prescripción.—Poción estimulante, baños á 28º si la temperatura llega á 39º ó la pasa; fomentaciones hidropáticas cada dos horas.

Observación diaria.

Enero 24.—Síntomas pulmonares iguales al día anterior, ha cambiado por delante la zona de matitez; hoy ocupa totalmente la fosa infra y supraclavicular. Hay insomnio y agitación. Se continúa con el mismo tratamiento.

Enero 25.—El enfermito está más calmado, ha habido sudores. Mama bien. El pulmón sigue en el mismo estado que el día anterior.

Enero 26.—Persiste el insomnio y agitación; hay elevación de temperatura (véase el cuadro que adjunto). Aparece en el *vértice derecho* por detrás *matitez*, *resonancia del grito*, *respiración tubaria intensa*, *sin rales*. Por delante y en el resto del pulmón no hay modificación, no hay tampoco diarrea.

Enero 27.—Ha habido una convulsión generalizada, que duró de 20 á 30 minutos. Hay insomnio; ha aparecido diarrea de color verde.

Pulmón, vértice izquierdo, por delante: persiste la matitez, por detrás, submatitez y respiración tubaria suave.

Pulmón derecho, vértice, por detrás *matitez absoluta*, *exageración de las vibraciones*, *respiración tubaria muy intensa sin rales ni resonancia del llanto.*

Por delante, disminución de la sonoridad, y entrada del aire, algunos rales gruesos.

Enero 28.—Sigue la agitación, ha tenido dos convulsiones de media hora cada una, hay *vagueaad en la mirada*, miembros algo rígidos.

Pupilas iguales, no hay rigidez de la nuca, no hay signo deKernig.

Pulmón derecho por delante, vértice.—Matitez absoluta, respiración tubaria muy intensa, vibraciones exageradas, broncofonia; no hay rales. Por detrás, los mismos caractéres que el día anterior.

Al tratamiento instituido anteriormente se le había agregado hasta hoy cafeína y digital; se suspende ésta y en su reemplazo se le suministra bromuro de potasio.

Enero 29.—Ha tenido otra convulsión mucho más corta que las anteriores, pues no ha durado sino 10 minutos.

Hay vómitos y diarrea. Hay un poco de rigidez de la nuca y de los miembros. Estado local igual al de los días anteriores. Se le vuelve á dar digital.

Enero 30.—Este es el cuarto día de su segunda neumonía, mucha agitación, hay raya meningítica; hay *vómitos* y diarrea. Rigidez algo más pronunciada de los miembros y de la nuca.

No ha habido convulsiones.

Enero 31.—Estado local igual, hay menos agitación, aparece el sueño, no hay convulsiones ni vómitos.

Febrero 1.º y 2.—Duerme mejor, está mas calmado que los días anteriores.

Febrero 3.—(Octavo día de la segunda neumonía), la enfermedad ha hecho crisis. Pulmón, vértice dere-

cho (por delante) respiración tubaria menos intensa y algunas crepitaciones finas. (Por detrás), respiración tubaria suave y alejada. (Suprímese la cafeína).

Febrero 4.--Persiste un poco la rigidez de la nuca y de los miembros. En los ojos nada de particular. Pulmón, vértice derecho (por delante): Hasta el segundo espacio intercostal, desde la clavícula, matitez, hacia abajo timpanismo agudo, respiración tubaria y algunos rales.

Febrero 6.—Vértice derecho: sub-matitéz pronunciada, broncofonia y muchos rales finos. Por detrás respiración vesicular disminuída y algunos rales.

Febrero 8.—Estado general bueno, local, id., los fenómenos pulmonares desaparecen progresivamente en los días sucesivos, y el enfermito es dado de alta.

CUADRO TÉRMICO DE P. M. DE UN AÑO DE EDAD.

FECHA	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACIÓN
23 Enero de 1903 . .	38°9	140	40
24 » » » . .	38°8	—	—
25 » » » . .	38°2	—	—
26 » » » . .	40°1	160	80
27 » » » . .	39°8	164	81
28 » » » . .	40°2	156	80
29 » » » . .	40°4	180	92
30 » » » . .	39°7	160	64
31 » » » . .	30°3	160	70
1° » » » . .	39°6	146	64
2 » » » . .	39°1	144	84
3 » » » . .	37°4	120	58
4 » » » . .	37°	120	40

La neumonía fibrinosa no siempre es primitiva sino que algunas veces es secundaria de otra enfermedad como podemos observarla en la historia que sigue de E. D.

Observación X

E. D. de 8 meses, nacida en Buenos Aires, fué alimentada hasta esta época por la lactancia materna.

Enfermedades anteriores y *padecimiento actual*:

Refiere la madre que la niñita ha gozado siempre de buena salud hasta el 25 de Mayo de 1902, que se enfermó, teniendo fiebre y una convulsión que duró un cuarto de hora con rigidez de los miembros y nuca; ese mismo día vuelve á tener otra, y luego á los tres días una más de mayor duración.

Entra en nuestro servicio el 20 de Junio. Con 38°, la temperatura oscila entre 37° y 38°, el 28 tenemos 26°2, sube nuevamente para presentarnos el 3 de Julio 38°8; sigue entre 37 y 38 $^1/_2$ hasta el 7 de julio que tenemos á la vista la evolución de su *meningitis cerebroespinal*, agregándose hoy mayor malestar, mas agitación, disnea, se niega á tomar el pecho; respiración quejosa. En la mejilla izquierda presenta una placa rojiza, en la derecha nada. Temperatura 38°, pulso frecuente 160, respiración 40.

Pulmón. — En el lóbulo inferior matitez absoluta, las vibraciones están aumentadas, la respiración es francamente tubaria, intensa, sin rales, con resonancia manifiesta del grito. En el vér-

tice del mismo lado tonalidad bastante elevada, hay una pequeña zona de auscultación donde á la par del soplo tubario (propagado?) se oye claramente el murmullo vesicular.

Por delante del lado derecho hay respiración vesicular.

Tratamiento.—Baños á 32º, envolturas húmedas, benzoato de soda, etc.

Julio 8.—El pulmón hállase mas ó menos con los mismos signos; ha descendido la temperatura á 37º9; el pulso es muy frecuente; se le prescribe 0.10 centígramos de polvo de hojas de digital.

Julio 9.—El pulso ha mejorado algo: 140 pulsaciones por minuto. Encontramos rales sub-crepitantes muy finos, inspiratorios.

Toma el pecho, se nota relativa tranquilidad.

Julio 10.—A las doce de la noche, se empieza á agitar, hay sudores fríos y muere sin convulsiones.

Protocolo de la autopsia

Pulmón y pleura derecha profundamente alteradas, *lóbulo inferior* y *medio*, completamente hepatizados, cubiertos en su periferia de gruesas membranas *purulentas* que pasan como puentes sobre las cisuras lobulares, prolongándose bien arriba sobre el lóbulo superior.

Hay en la cavidad pleural del mismo lado un pequeño derrame purulento que no pasa de 100 c.c.

El pulmón izquierdo no revela mayores alteraciones.

Corazón.—Pericarditis purulenta con derrame escaso, falsas membranas, nada en el endocardio. En la pelvis renal también hay un poco de pus bastante fluído.

Meníngeas.— Derrame seroso, lactescente (véase análisis). El examen del pus y membranas de la pleura hecho directamente sin cultivos, revela un micro-organismo encapsulado: neumococo.

Diagnóstico.—Meningitis cerebroespinal, neumonía intercurrente del lóbulo inferior y medio derecho, peuresía derecha con falsas membranas y pericarditis purulenta:

Examen del líquido de la pleuresía

Preparaciones dirèctas.—Se encuentran gran cantidad de microorganismos, predominando bacilus delgados.

Cultivos é inoculaciones.—En los cultivos en agar se encontró un diplococus, dispuesto según su pequeño eje, de tamaño irregular que no se decolora por el Gram.

En inoculaciones practicadas en lauchas, chanchitos y conejos, se ha encontrado el mismo diplococo, que por sus caracteres se identifica con el meningoco-co de Weichselbaum.

CAPÍTULO VI

Complicaciones en diferentes órganos

La neumonía que tiene comunmente como localización el parenquima pulmonar, puede generalizarse, habiendo tenido el neumococo por punto de partida, el pulmón; dirijirse desde aqui á las diferentes partes que componen el organismo de donde se desprende la frecuencia de lesiones extra-pulmonares en la neumonía franca.

En primer lugar, encontramos por órden de frecuencía atacada la pleura, pudiendo decir que siempre que la neumonía no sea central estará interesada en mayor ó menor grado, la encontraremos recubierta por una falsa membrana grisásea formada de fibrina.

Encontraremos después en segunda línea las pleuresías con derrame sero fibrinoso ó purulento limitándose á ocupar la región que corresponde á la hepatización pulmonar, es lo que comunmente acontece; otras veces pasa lo contrario encontrándosela á la izquierda cuando la neumonía estaba á la derecha.

Los ganglios linfáticos del mediastino están ata-

cados á menudo, presentando una verdadera tumefacción.

El corazón de los nourrissons no es atacado de la misma manera que el del adulto, el miocardio no se lesiona comunmente teniendo su razón de ser por el pasaje rápido de la enfermedad que no deja trás de sí huellas en la fibra muscular cardíaca, cosa muy semejante acontece con el endocardio. No así con el pericardio que es el que sufre más, pudiendo presentarnos pericarditis secas, ó con exudado serofibrinoso y á veces purulento.

De los casos que voy estudiando, encuento uno cuya historia va á continuación, en que se ha desarrollado una pleuresía purulenta consecutiva á una neumonía fibrinosa.

Observación XI

N. N. niña de 13 meses.—Antecedentes individuales buenos, como también los hereditarios, ha sido criada con leche materna.

Veo la enferma el 15 de Agosto de 1898 y cuenta la madre que el día anterior por la tarde se enfermó casi repentinamente, con fiebre elevada desasosiego, fatiga con respiración un poco quejosa.

Constató al examen, un pulso de más de 140 pulsaciones por minuto, disnea cerca de 60 respiraciones por minuto temperatura 40°, nada del lado del vientre, no había diarrea.

El examen físico del pulmón, no da nada digno de

notarse. Ninguna modificación tampoco del lado de los otros aparatos. Prescribo un purgante.

Agosto 16.—El purgante produce abundante efecto, el estado general sigue lo mismo, hoy fiebre alta, pulso frecuente, hay dísnea. En la base del pulmón derecho hay sub-matítez, y disminución de entrada del aire. Poción estimulante y béquica.

Agosto 17.—Próximamente el mismo estado en cuanto al pulso, respiración y temperatura.

Pulmon base derecha.—Matitez, respiración tubaria intensa, resonancia del grito, vibraciones sin rales.

Prescripción: baños, fomentaciones hidropáticas, etc. El diagnóstico *de neumonía fibrinosa* se impone. Las cosas continúan sin mayor variación hasta el día 24 del mismo mes (10 días de enfermedad) en que la temperatura cae alrededor de 38°, el estado general mejora un poco, hay menos dísnea y el pulso es menos frecuente.

Pulmon derecho.—Base, encontramos matitez respiración tubaria atenuada, rales finos, hay vibraciones.

En los días subsiguientes la temperatura es hiponormal por la mañana y de 37°5 á 38° por la tarde, rara vez 38° y algunas veces de 37°2 aún por la tarde.

Los rales desaparecen, persistiendo la *respiración tubaria suave,* hasta después de varios días de la crísis, observándoselos principalmente al nivel del ángulo de la escápula; desapareciendo progresivamente hacia la base. La matítez persiste y se hace muy neta (hídrica); se constatan vibraciones. Por delante y á la derecha,

skodismo muy neto, resaltando de una manera notable la diferencia de sonido con el lado opuesto.

Se diagnostica *pleuresia meta neumónica*, una punción exploratriz saca pus bien ligado, de color amarillo verdoso. Se hace una punción extractiva que da 200 gramos de pus.—Vuelve á reproducirse el pus, otra punción extractiva dá mas ó menos la misma cantidad. Nueva reproducción del pus. En vista de esto resolvemos, actuando como operador el Dr. Santas efectuarle una pleurotomía con resección costal, drenaje, sin lavaje de la cavidad. Curación completa. Hoy la niña casi de seis años, es el encanto de sus padres, no habiendo tenido desde entonces ninguna enfermedad.

Aparato digestivo.—Las complicaciones de la neumonía sobre este aparato son poco conocidas, una de la que más datos se tiene es la *angina* que puede en un primer examen hacernos pensar en la difteria; ella puede presentarse al principio, en el medio ó al fin de la neumonía. La *parotiditis* es una complicación rara.

Cuando el estómago ó los intestinos están complicados, se presentan desde un principio vómitos y si el niñito tiene ya una infección digestiva estará acompañada por fiebre y diarrea.

La peritonitis es relativamente frecuente en la infancia, de pronóstico relativamente benigno pudiendo sanar algunas veces espontáneamente.

Por lo que se refiere al hígado, Tordens en su artículo *Des Maladies de l'Enfance*, dice que el hígado no está aumentado de volúmen durante la evolución

de la enfermedad sino después de la defervescencia cuando el enfermo ha entrado en plena convalecencia.

Hay algunas complicaciones del lado del sistema nervioso observándose monoplegías y paraplegías de los miembros.

Grisolle, Immermann, Heller, Verneil, etc., nos dan casos bien comprobados de neumonías con meningitis cerebro espinal. Como teoría patogénica Gubler nos dá una parálisis refleja vasomotriz, otros nos dan por razón una estasis sanguinea bajo la dependencia de la impermeabilidad pulmonar. El agente figurado puede atacar exclusivamente las meningeas cerebrales ó invadir al mismo tiempo las meningeas raquideas y tendremos establecida la meningitis cerebro especial.

Del lado del riñón encontramos las nefritis que son generalmente benignas, á pesar de que algunas veces sucede lo contrario y las vemos acompañarse de anasarca, anuria y hematuria.

CAPITULO VII

Diagnóstico

El diagnóstico de la neumonía franca es relativamente fácil en el adulto, pero no así en los primeros años de la vida ó en la vejez en que en estas dos épocas extremas de la existencia, el organismo reacciona de un modo diferente bajo la influencia de la infección neumococica. He aquí el porque en medecina infantil es necesario desplegar todo el saber, para llegar al descubrimiento del verdadero diagnóstico.

Tenemos que vencer muchos obstáculos para encontrar signos que nos sirvan para poder descubrir la verdadera enfermedad en estos niñitos. Hay que luchar en primer lugar con la indocilidad, la exageración del murmullo respiratorio que perturban los signos que se podrían sacar de la auscultación; agregando á esto la resonancia exagerada del torax, hace muchas veces fracasar los datos que nos daría la percusión; en esta época de la vida no escupen los enfermitos, lo que contribuye á hacer más difícil el diagnóstico.

Cuando se le presenta al médico un enfermito, en que la madre cuenta que fué atacado de fiebre eleva-

da, con ó sin vómitos rubicundez de la cara, debe enseguida pensarse en la neumonía, si faltasen signos físicos nos serviremos de la disnea que nos revelará que se está desarrollando un proceso pulmonar que no tardará en mostrarse con mayor claridad. Tanta importancia dan á este dato que Comby, Marfan, muestran ejemplos en que no existiendo ésta podemos descartar la neumonía. (1)

Entre otras enfermedades tenemos á la pleuresía que acompaña habitualmente á la neumonía, si queda seca se nos presentará por ligeros frotes superficiales, oyéndoseles en los dos tiempos respiratorios. Otras veces, el derrame líquido que se distribuye por las partes más declives da también una zona más ó menos grande de matitez con soplo ó silencio respiratorio. Traube nos da ejemplos en que la neumonía estaba en el vértice y el derrame en la base viniendo así á complicar la hepatización, dando la ilusión de dos focos distintos el uno del otro.

Cuando se nos presenta una neumonía masiva extendida á todo un lóbulo, podemos hacer el diagnóstico difrencial con la pleuresia, pero si tenemos presente la brutal invasión, la hipertermía, y la disnea serán datos suficientes para hacernos pensar en el primer diagnóstico.

Con la *congestión pulmonar* el diagnóstico se hace menos difícil si tenemos en cuenta que encontramos algún ral crepitante, soplo, tendremos derecho de pen-

(1) Véase la historia que adjunto.

sar que tal vez se trata de una neumonía abortiva, pero su duración y resolución rápida y el retorno á la integridad anatómica y funcional del pulmón desecharán estas ideas.

La bronco-neumonía, tan frecuente en los dos primeros años de la vida, es amenudo confundida con la neumonía franca.

Hay que tener presente que la bronco neumonía es generalmente una afección secundaria, que sigue el proceso empezado primeramente por el sarampión, tos convulsa, etc. Cuando es primitiva, como sucede amenudo en los nourrissons, encontraremos investigando bien que ha existido anteriormente un resfrío, ó una simple bronquitis. No es así en la neumonía franca en que es un proceso casi siempre primitivo. Otro signo importante es la localización: la bronconeumonía tiene focos diseminados y ataca con predilección las bases, en vez que la neumonía prefiere generalmente localizarse en el vértice y también es unilateral, no pretendo con esto decir que no pueda haber excepciones.

Encontramos algunas veces complicada con la neumonía, la tuberculosis; Marfan nos da el siguiente ejemplo: «Hizo la autopsia de un niñito de dos años y medio y encontró una hepatización roja total del pulmón derecho, ganglios tuberculosos del mediastino, hígado grande.

Este niño con tuberculosis latente desde un tiempo más ó menos largo, había tomado una neumonía franca que lo ha fulminado en pocos días».

Observación XII

A. L. de 14 meses de edad, se enfermó repentinamente el viernes 12 de Abril de 1901. En la noche, presenta alta fiebre, fatiga, y al siguiente día aparecen vómitos y disnea.

El día 15 tiene 40°2 de Temp. Resp. 68 y pulso 168
El » 17 » 39.5 » » » 54 » » 140

notamos este mismo día y de una manera mas clara, el sonido percutorio mate en el vértice izquierdo del pulmón y respiración tubaria en este mismo.

El día 18, la zona mate ó sub-mate ha aumentado y llega hasta cerca de la base, pasa idéntica cosa con la respiración tubaria. No se encuentran rales. La axila izquierda esta libre, por delante encontramos skodismo y ligero soplo tubario.

En este día la temperatura es de 39°2, respiración 68 y pulso 165.

Abril 19.—Por la parte posterior del vértice encontramos rales finos; es menor la matítez, se hace más suave el soplo, pero dirigiendo nuestra exploración hacia la base es también mate y hay respiración tubaria, no se encuentran rales, por delante no hay soplo si sonoridad elevada.

Abril 20.—Se produce la crísis, con muchos sudores y vómitos, la temperatura ha descendido á 36°7, el pulso se hace difícil de contar porque el niño se agita continuamente, lo mismo pasa con la respiración.

Los signos físicos han sufrido una notable modifi-

cación hacia la mejoría. La matítez solo persiste en la base, no se oye soplo en ningún punto y en su lugar hay rales.

Abril 21.—El estado general del enfermito va cada vez acentuándose más hacia la sanación, hoy ya no existe soplo ni matítez, habiendo en su lugar respiración vesicular en el vértice y rales hacia la base.

Temperatura 36°4, pulso 128, respiración 56.

Abril 23. — Apirexia, pulso 120, respiración 40, buen estado general, de los signos físicos no quedan sino lijera sub-matítez en la base izquierda y algunos rales subcrepitantes medianos. (Se le da el alta).

CAPÍTULO VIII

Pronóstico

Si nos debemos guiar por lo que nos dicen ciertos autores, encontramos algunos puntos completamente contradictorios, unos hacen de esta una enfermedad benigna en toda la infancia, es decir desde el nacimiento hasta los 12 años, otros, por el contrario describen cierta gravedad y acentuada en los nourrissons, pero todos reconocen que en la primera infancia están predispuestos á complicaciones, debido á la dentición laboriosa, que da motivo para que aparezcan accidentes cerebrales más ó menos graves, pleuresias purulentas, etc.

En cuanto á nuestra estadística, diré en honor de la verdad que no ha habido ningún caso fatal en todos los enfermitos que hemos tenido oportunidad de ver, con lo que me inclino hacia un pronóstico benigno siempre que no se complique de circunstancias agravantes.

CAPÍTULO IX

Tratamiento

Es reconocido desde mucho tiempo que la neumonía franca evoluciona dentro un ciclo regular y que abandona á las propias tendencias, fuera de toda acción terapéutica, recorre su trayectoria siempre con la misma precisión; por eso no quiero decir que nuestra medicación será la *expectación*, no, debemos ayudar á la naturaleza con cuidados higiénicos que llevarán al enfermo á su más rápida curación.

Como primer cuidado debemos hacer lo posible para que el enfermito ocupe una pieza bien aereada, pudiendo con facilidad renovar su aire interior, si el aire es demasiado seco se podrá hacer hervir agua de manera que el vapor sature su atmósfera.

Deberán ocupar la pieza del enfermito el menor número de personas.

Los cuidados personales que debemos tener siempre presentes son los de la piel, mucosas etc. lavarlas con agua tibia, baños generales, limpieza de la boca por medio de lavages frecuentes con solución de ácido borico al 4 °/₀ ó ácido tímico al 0,50 °/₀₀ ó agua hervida puramente.

Debe prescribirse la dieta, dar en abundancia líquidos para lavar sus tejidos y favorecer la diuresis, darles laxantes para vaciar el intestino.

Medicación sintomática.—En los casos de neumonía de poca intensidad en la que se nos presenta de una manera más ó menos benigna, tendremos suficiente con el tratamiento higiénico anteriormente expuesto, pero en los casos graves deberemos emplear una medicación sintomática más activa.

Debemos dejar constancia desde ya, que no tenemos que emplear esas revulsiones enérgicas que antiguamente ningún enfermito se escapaba, quiero hablar de los causticos, tópico peligroso por los trastornos que pueden traer en el organismo sirviendo á la vez de puerta de entrada para nuevos gérmenes; más bien podremos aplicar ventosas secas que nunca tendrán efectos contraproducentes.

Como revulsivo que conviene más á los nourrisson son las envolturas frías, baños á 30 ó 28 grados que pueden repetirse uno cada una ó 2 horas, dándonos remisiones térmicas de 1 á 2 grados, disminuyendo la disnea, regularizando el pulso, aumento la secreción urinaria y á la vez sedante del sistema nervioso; si los niñitos no pudieran soportar el baño frío d'emblé es conveniente sumergirlos en agua templada y enfriarla poco á poco. Si el enfermito presentara colapsus cardíaco podremos poner una bolsa de hielo sobre la región precordial.

Si nuestro enfermito presentara manifestaciones

nerviosas, podremos prescribir, bromuro de potasio, cloral, sulfonal que calmarán estos fenómenos.

Cuando el corazón flaquea emplearemos polvo de hojas de digital 0.05, ó 10 cnt. en infusión, podemos hacer inyecciones de cafeína, 0.50 centig. por dia, prescribiremos en el curso de la enfermedad el benzoato de soda, el acetato de amonio, jarabe de tolú, y como evacuante intestinal enemas.

La medicación mas aceptada hoy día, es la de proporcionar al enfermito el menor número de medicación activa, de recurrir mas que todo á los cuídados *higiénicos y á la balneación* como podemos observarlo en el caso de *neumonía doble* en que se calmaron prontamente los síntomas alarmantes.

ESTADÍSTICA

De los casos estudiados en los nourrisons afectados de neumonía fibrinosa en el Hospital San Roque obtenemos los siguientes datos. Años 1901, 1902, 1903:

	Edad		*Sexo*
1	caso de	5 meses 1/2	
1	» »	10 »	masculino
1	» »	11 »	15 casos
3	» »	12 »	
2	» »	13 »	femenino
3	» »	14 »	6
1	» »	15 »	
1	» »	16 »	
3	» »	18 »	
5	» »	24 »	

En los 14 casos que estudio en este trabajo encontramos que la defervescencia se ha efectuado:

1	vez	al	3.er	día
2	»	»	4.º	»
3	»	»	6.º	»
2	»	»	7.º	»
4	»	»	8.º	»
1	»	»	10.º	»
1	»	»	12.º	»

José J. Massia.

Buenos Aires, Junio 8 de 1903.

Nómbrase á los Sres.: Académico Doctor José Penna, Profesor titular Dr. Abel Ayerza y Profesor suplente Dr. Ricardo Colón, para que constituídos en Comisión se sirvan dictaminar respecto de la admisibilidad de esta tésis.

E. Uballes
Zenón Aguilar

Buenos Aires, Junio 19 de 1903.

Señor Decano:

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tésis presentada por el ex-alumno Don José J. Massia: «En el local de la Facultad á 18 de « Junio de 1903, reunida la Comisión que suscribe, « encargada de dictaminar respecto de la admisibi- « lidad de la tésis del ex-alumno Señor José J. Massia « que versa sobre «Neumonía fibrinosa» resolvió ad- « mitirla. Con lo que terminó el acto.

Firmados: J. Penna.—A. Ayerza.—R. Colon.—*Carlos Robertson*, Pro-Secretario.

Zenón Aguilar.

Fecha ut supra

Entréguese esta tésis al interesado para su impresión, debiendo fijarse por Secretaría el día en que haya de ser sostenida.

E. Uballes
Zenón Aguilar

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Diagnóstico diferencial con la bronco neumonía.

—

Importancia del estado de la circulación, como pronóstico de la neumonía fibrinosa.

—

Complicaciones meníngeas de la infección neumónica.

BIBLIOGRAFÍA

JURGENSEN. . . . . Artículo «*Neumonia*» *del tratado de patologia medica y terapéutica de Ziemssen.*

BARTH. . . . . Artículo «*Pneumoniee*» *du Dictionaire enciclopédique des sciences médicales de Dechambre.*

RILLET, BARTHEZ Y SANNÉ *Traité clinique et practique des maladies des enfants.*

BILLARD . . . . . *Traité des maladies des enfants nouveaunes et á la mamelle.* Paris, 1828, cit. par Comby.

JACCOUD . . . . . *Traité de patologie interne.*

J. SIMON . . . . . *Conférences cliniques et therapeutiques.*

VARIOT. . . . . *Contagion hospitaliere de la pneumonie, Journal Clinique et Therapeutique,* année 1898.

GRISSOLLE. . . . . *Traité de la pneumonie.*

KALER, JEANDELIIE ET LEFEBRE. . . . . *Cent cas de peneumonie franche chez l' enfant.*

BAGINSKY. . . . . *Traité des maladies des enfants.*

GRANCHEZ, COMBY, MARFAN *Maladies de l' enfance.*

NETTER. . . . . *Societé biologique de París.*

VITTI. . . . . *Archivio Italiano di Pediatría.*

CADET Y GASSICOURT. . . *Traité clinique des maladies de l' enfance.*

ARNAULT ET LOP . . . . *Erithême au début de la pneumonie lobáire infantile.*

LAOLAUTRE . . . . . *Difficultés du diagnostic de la pneumonie au debut chez l' enfant.* These, París, 1897.

CHARCOT . . . . . *Maladie du poumon.*

D' ESPINE. . . . . *Pneumonie rudimentaire.*

G. SEE. . . . . *Des maladies especifiques (non tuberculeuses du poumon).*

DEBOVE ACHARD.. . . . *Clinique Medicale.*

HENOCK. . . . . *Maladies de l' enfance.*

E. ANISSET. . . . . *Maladies des enfants.*

BARD. . . . . *Anatomie patologique.*

ARAOZ ALFARO. . . . . *Anales del Círculo Médico,* 1900.

MANUEL SANTAS. . . . . Id. id. id. 1903.