Año 1903 N° 1388

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Consideraciones sobre algunas formas clínicas de afecciones pulmonares y pleurales

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CASIMIRO LIAUDAT

INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA.

« LAS CIENCIAS »

Libreria y Casa Editora de NICOLAS MARANA

AVENIDA DE MAYO 620

BUENOS AIRES

1903

Año 1903 Nº 1388

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Consideraciones sobre algunas formas clínicas de afecciones pulmonares y pleurales

TESIS

PRESENTADA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

CASIMIRO LIAUDAT

INTERNO POR CONCURSO DEL HOSPITAL RIVADAVIA.

« LAS CIENCIAS »

Libreria y Casa Editora de NICOLAS MARANA

AVENIDA DE MAYO 620

BUENOS AIRES

—

1903

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

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DECANO

Dr. D. Eufemio Uballes

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 Guemes
» » 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. Zenon Aguilar

PRO-SECRETARIO

Dr. D. Carlos Robertson

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS TITULARES
Zeología Médica	Dr.	Pedro Lacayera
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 Patologica	»	Telémaco Susini
Bacteriología	»	Carlos Malbran
Higiene Pública y Privada	»	Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	»	Justiniano Ledesma
Patología Externa	»	Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	»	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.ª Ramos Mejía
» Médica	»	Luis Güemes
» »	»	Francisco Sicardi
» Oftalmológica	»	Pedro Lagleyze
Patologia 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
» Médica	»	Abel Ayerza
» Génito-urinarias	»	Federico Texo
» Psiquiátrica	»	Domingo Cabred
» Quirúrgica	»	Vacante
» Obstétrica	»	Eliseo Cantón

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS		CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr.	D. J. Greenway
Física Médica	»	Juan José Gallano
Química Médica	»	Francisco B. Reyes
Botánica Médica	»	Vacante
Química aplicada á la Medicina	»	Roberto S. Kolbe
Histología teórico-práctica	»	Francisco P. Lavalle Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	»	Juan D. Piñero
Patología General y Ejercicios Clínicos	»	Joaquin Lopez Figueroa Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	»	Avelino Gutierrez
Fisiología General y Humana	»	Francisco Llobet Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	»	José Badia
Bactereología	»	Marcelo Viñas Juan C. Delfino
Higiene pública y privada	»	Leopoldo Uriarte
Materia Médica y Terapéutica	»	Enrique E. del Arca Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	»	Nicolás Repetto Leandro Valle
Clínica Ginecológica	»	Alfredo Lagarde José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	»	Wenceslao Tello Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	»	Maximiliano Aberastury
Patología Externa	»	Pascual Palma Daniel J. Cramwell
Patología Interna	»	Vacante
Clínica Oftalmológica	»	Francisco C. Barraza Teófilo A. Moret
» Médica	»	Patricio Fleming
» Epidemiológica	»	Vacante
» Quirúrgica	»	Juan B. Justo Enrique Corbellini
» Neurológica	»	José A. Esteves José R. Sempran
» Médica	»	Ricardo Colón
Medicina legal	»	Domingo S. Cavia Vacante
Clínica Quirúrgica	»	Diógenes Decoud
» Médica	»	Julio Mendez Ignacio Allende
» Obstétrica	»	Fanor Velarde Enrique Pardo
Toxicología Experimental	»	J. Alba Carreras
Clínica Pediátrica	»	Facundo Larguia Antonio F. Piñero
» Médica	»	Vacante
» Génito-urinaria	»	Pedro Benedit
» Psiquiátrica	»	Benjamin T. Solari
» Quirúrgica	»	José T. Borda
» Obstétrica	»	Enrique Zárate

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistemática aplicada á la Farmacia...		**Vacante**
Química inorgánica aplicada.....		**Vacante**
Farmcoagnósia vegetal y animal..... ...	Sr.	**Juan A. Dominguez**
Química orgánica aplicada á la Farmacia;.....		**Vacante**
Farmacia galénica (Técnica farmaceutica)		**Vacante**
Higiene..... ...		**Vacante**
Quimica Analítica y Toxicológica.....		**Vacante**
Ensayos y determinacion de drogas		**Vacante**

ESCUELA DE FARMACIA

Botánica sistemática aplicada á la Farmacia . ..	Dr.	**Adolfo Mugica**
Químico 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.....	»	**Atanacio Quiroga**
Ensayos y determinación de drogas.....	»	**J. Manuel Irizar**

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisiológico y Clínica Obstétrica	**Vacante**
Parto distócico y Clínica Obstét ica.....	**Vacante**

ESCUELA DE PARTERAS

Parto fisio'ógico y Clínica Obstátrica	Dr.	**Juan H. Fernandez**
Parto distócico y Clínica Obstétrica		

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología Patología.....	Dr.	**León Pereyra**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Tetapéutica dentarias, Medicina Legal.....	»	**Nicasio Etchepareborda**

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Anatomía, Fisiología, Patología.....	**Vacante**
Cirugía Protética, Higiene, Materia Médica y Terapéutica dentarias, Medicina Legal....	**Vacante**

PADRINO DE TESIS

ACADEMICO TITULAR DR. ENRIQUE DEL ARCA

A mi Padre

ETERNO AGRADECIMIENTO

A LA MEMORIA DE MI BUENA MADRE

A mis Hermanos, Cuñado

y los mios todos

A la memoria de los grandes cirujanos Dres.

Alejandro Castro y Posadas

Señores Académicos:

Señores Profesores:

Cual primavera en que la naturaleza nos engalana con los vivos y matizados colores de las flores; así podriamos nosotros llamar á la vida estudiantil, en que el pensamiento tan solo se remonta á las elevadas aspiraciones de un porvenir risueño; en que el espíritu se regocija con los placeres que nos brinda esa vida desprovista de toda preocupación moral y que uno tan solo ve colmados sus anhelos en el feliz éxito con que vé coronado los esfuerzos del año que ya pasó, y que ufano y orgulloso puede esclamar; me he elevado un escalón más, para llegar al tan deseado fin de mi carrera.

Ahora bien, extinguidos los últimos destellos de la bulliciosa vida estudiantil; aparece otra no ya desprovista de preocupaciones como la anterior, sino muy al contrario, vida nueva, que como la espada de Damocles, solo pende de un hilo para no verse aplastado por el cúmulo de las respon-

sabilidades y de los cuales uno debe esperar el fallo irrevocable de sus semejantes, constituidos en jueces de sus acciones.

Pero poniendo en práctica, con el reposado y sereno juicio que merece, todas las sábias lecciones tanto teóricas como prácticas que en largos años de estudio habeis tratado de inculcarme al lado del enfermo y no temiendo recurrir en caso de necesidad á consultar vuestros sanos consejos; espero siempre salir victorioso de cualquier tropiezo que no dejarán de presentarse, en la árdua y pesarosa carrea de la medicina.

Por eso al presentar á vuestro juicio este modesto trabajo uno de los frutos de mi Internado en el Hospital Rivadavia, seame permitido, primero agradecer á todos y á cada uno de mis profesores sus sábias lecciones, las cuales han contribuido á aquilatar en mi cerebro y ha hacer más comprensibles los puntos escabrosos y múltiples de esta difícil y larga carrera y con el que espero optar, contando con la benevolencia que en todo tiempo me habeis dispensado al grande y al par honroso título, de doctor en Medicina.

Pero antes de terminar faltaría á un deber, que me impone la sana y extricta justicia, sino manifestara mi sincero y eterno agradecimiento hacia el Médico Director del Hospital, el Doctor Samuel Molina y á su distinguido Médico Interno al amigo, el Doctor Eduardo Beláusteguí, quienes durante el

espació de cuatro años, á más de contribuir con sus inagotables conocimientos hacia mi educación médica, han sido sábios consejeros.

Mi agradecimiento tambien, hacia los demás médicos del establecimiento, que más de una vez fueron intérpretes algunos de ellos de mis dudas, Los Dres. José M. Escalier, Arturo Zabala, José M. Caballero, Carlos Lloveras, Silvio Tatti, Adalgiso Bozetti, Juan De María, José Ayerza, Francisco de la Vega.

Los compañeros todos de este Hospital de feliz recuerdo, ocuparán per in eternum un lugar preferente en el libro de mis recuerdos.

Obliga mi gratitud, la ayuda espontánea y generosa que me ha prestado en este trabajo el Doctor Rodolfo Lemos quien ha sido además, mi primer maestro de clínica.

A mi padrino de Tésis, Académico Titular Doctor Enrique Del Arca, quien me honra al acompañarme en este acto, mi sincero y profundo reconocimiento.

EXPOSICION

—

Leyendo el capítulo sobre *escarlatina* de la clínica del Gran Trousseau, donde empieza por hacer notar las grandes variantes que hay en la gravedad de esta infección en las diferentes epidemias que se presentan á menudo en las multiples regiones del globo habitado; creí encontrar ciertas analogías con las series de pulmonares y pleurales que había visto y observado de cerca, en el Servicio del Dr. del Arca en el Hospital Rivadavia durante mi internado en los años 1901 y 1902.

No exclusivamente bajo el punto de vista de la gravedad, (pues, como se puede ver por la series de Historias que presento á vuestra consideración, en que ha habido muchas con afecciones cuya evolución ha seguido completamente su curso normal,) sino tambien, en cuanto á ciertas formas clínicas fué que me sentí impresionado.

La presentación de enfermas entradas al Servicio con lesiones más ó menos semejantes, diré; si se me permite el término de epidemias, se me vino á la mente.

Dos autopsias con pocos días de intervalo y con lesiones muy iguales me causaron impresión.

La asociación casi constante de lesiones pleurales á las pulmonares en la serie del año 1902 tenía que interesarme tanto más, cuanto que signos al parecer clásicos de derrame, se presentaban en enfermos que no lo tenían.

En una de las historias que presento, si el espacio de Traube no hubiera estado libre la existencia de un derrame era flagrante, en la parte posterior. La autopsia confirmó la observación clínica que negaba tal derrame.

La analogía, en la marcha de dos neumonias escalonándose los focos congestivos y en una de ellas produciéndose dos crísis, una trás la otra como se verá, en la Historia núm. 1 y 2 de la serie primera; me mostraron lo interesante, que sería estudiar en conjunto estas enfermas.

Como se verá siguiendo el estudio de las historias adjuntas, ha habido verdadero predominio de algunas formas. La epidemia de 1901, es muy diferente de la de 1902; esta, es casi exclusivamente de pleuro-pulmonares; y digo de pleuro-pulmonares, tomándolo en el concepto clínico, pues, como se verá, una autopsia nos muestra una pleura sana, en una enferma, que clínicamente acusaba fenómenos pleurales. La epidemia de 1901, es casi exclusivamente de pulmonares, exceptuando una sola pleural.

Yo sé, que este trabajo de conjunto está lleno de dificultades. Sé, todos los peligros de generalizar, se, que es del dominio del talento esta facultad; pero, me ha parecido tan clara la semejanza entre los casos de esta epidemia de pleuro-pulmonares, que creo ser una oportunidad para un principiante el comunicarlas. Hubiera deseado presentar un trabajo de comparación, con datos, estadísticos que se refirieran á las influencias telúricas, pero me ha sido imposible conseguir historias de regiones con climas muy semejantes á aquellos en los cuales se ha desarrollado nuestra epidemia.

No desconozco el atrevimiento de este plan fracasado, pero, en el transcurso de este estudio, se verá la brusquedad con que han concluido la entrada de pulmonares al Servicio. Por otra parte, conocidos son las neumonias de diferentes regiones, para justificar un estudio en ese sentido.

Historias Clínicas

—

Año 1901.

Rosa V., cama 10, 35 años, española, profesión ninguna, casada, blanca: entrada al servicio el 23 de Enero de 1901.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Regló por vez primera á los 18 años, con toda regularidad y así ha continuado hasta el presente. No recuerda haber tenido enfermedad infecciosa alguna en su infancia ni en su adolescencia. El sábado 21 de Enero del actual, se acostó sana y á eso de las 11 de la noche, sintió brúscamente un malestar general seguido de naúseas para continuar despues con vómitos biliosos y una puntada agudísima debajo de la mama izquierda. El día siguiente lo pasó con los mismos síntomas y con una sofocación general debido á la fiebre. Resuelve venir al Hospital, en el cual ingresa el 23, con gran decaimiento general, fatiga intensísima, 40 respiraciones por minuto, 39° de temperatura, 110 pulsaciones por minuto, cara inyectada, ojos brillantes lengua seca y pastosa, voz breve.

Exámen: Buen estado de nutrición. regular cantidad de panículo adiposo, piel y mucosa normales. *Aparato respiratorio:* Pulmón izquierdo: Por detrás matitez en el vertice á la percusión, hasta llegar al nivel del ángulo del homóplato. Demás parte del pulmón, sonoridad conservada en parte. A la *auscultación* de este mismo lado se oye un foco con respiración tubaria en *é*, rales crepitantes finos al fin de la inspiración, voz clara pero no articulada. Broncófonia. *Pulmón derecho:* El día de entrada completamente normal tanto á la percusión como á la auscultación. Al día siguiente de su ingreso, por la percusión se descubre un foco de matitez al nivel del ángulo del homóplato y á la auscultación del mismo, fenómenos idénticos al izquierdo y en este ya se oyen rales sub-crepitantes de retornos á la inspiración y expiración.

Aparato circulatorio: Tanto á la percusión, como á la palpación, auscultación, é inspección, normal. Pulso; frecuente, regular, igual, buena tensión.

Aparato digestivo: Herpes labial, lengua saburral y seca. *Estómago* normal, hígado y bazo idem.

La enferma tiene un embarazo de 8 meses. *Riñón*, Análisis de orina, escasa cantidad, color algo oscura, reacción ácida, densidad 1020 Urea 20 $^{180}/_{1000}$ Urobilina hay, Albúmina 0.30 $^{0}/_{00}$, Cloruros 4 $^{0}/_{00}$, Fosfatos 1 $^{0}/_{00}$. *Sedimentos*, Escaso epitelio vesical, algunos leucocitos, númerosos cilindros hyalinos y granulosos. *Análisis del esputo*, regu-

lar cantidad, muco purulento, ligeramente hemorrágico. No se encuentran bacilos de Koch, regular número de Fräenkel.

Diagnóstico: Neumonia doble á forma franca.

Tratamiento: Ventosas escarificadas en ambos pulmones, tónicos, expectorantes, etc.

Curso de la enfermedad: A los dos días del tratamiento y 5 de enfermedad la temperatura cae casi á la normal; la fatiga ha disminuido mucho; las rales de retornos marcadísimos en ambos pulmones. Al 8 día de enfermedad, temperatura normal, respiración idem; fenómenos pulmonares casi desaparecidos. Al décimo día la enferma es dada de alta completamente restablecida.

Consideraciones sobre el caso—Esta enferma es la 1ª neumonia de vertice que se nos presenta al servicio en el año 1901. Como se puede ver por la Historia que antecede es una neumonia de vértice franca á principio brusco—Dos días después de su comienzo, ingresó con un foco en el vértice izquierdo y al día siguiente, nuevo foco se produce en el pulmón derecho—Lo pleura no da señales de estar tomada, su evolución ha sido de 7 días. Esta historia me ha llamado la atención, pués, lejos de haber sido como lo dicen los clásicos una neumonia de las más graves, una neumonia que lleva amenudo al colapso, al estado tifoideo ó la adinamia (Dieulafoy 1ᵉ tomo pag. 228) que suele llevar rápidamente ó la hepatización

gris, en nuestra enferma no ha sucedido tal cosa. El segundo foco duró solo 3 días y el 1e tres, pués los rales de retorno eran francos ya al 3er día, aunque la neumonia respeta generalmente el embarazo; en nuestro caso tratándose de una lesión doble y de localización en el vértice, no deja de tener importancia la indiferencia en este caso. Nuestra enferma ha tenido puntada, que no es frecuente en las neumonias de vértice. Siento no disponer de las historias de dos casos análogos al descripto; el uno en este mismo servicio, en una anciana de 72 años curada, y el otro en el público, caso que me refirió el Dr. R. Lemos, Jefe de Clínica del servicio del Dr. Del Arca en el Hospital Rivadavia; que es donde he observado, esta séries de casos de neumonia, en el transcurso de los años 1901 y 1902 y que han dado motivo á este humilde trabajo. Se trataba de un hombre de 55 años, fuerte y sano. El es, padre de un estudiante de medicina. Se podía copiar la historia anterior tan semejante era el caso. Hoy esta perfectamente sano y sus dos vértices no presentan la menor lesión. La enferma de la cama 10, no volvió al Hospital y no pudimos saber en que estado siguieron sus vértices.

Albertina S., Cama 10, 39 años, Alemana, Casada, Costurera. Entrada al servicio el 25 de Abril de 1901.

Anteced. heredit.: Su padre dice haber muerto

de una afección al hígado. Su madre también ha muerto no recuerda de que, pero sufría de asma.

Anteced. individuales: Sarampión en su infancia. No recuerda haber tenido otra enfermedad infecciosa. Regló á los 15 años, habiendosele establecido regular, un poco más bien abundante. No ha tenido hijos, ni abortos. Refiere que su esposo hacia tres años que se separó de ella y que estaba padeciendo de una afección cerebral probablemente específica, según datos de las enferma. Su actual enfermedad data según ella desde hacen 15 días. Comenzó por cefalalgias, escalofríos, que se repetían casi á la misma hora, sudores profusos, inapetencia, diarrea. Orinas escasas. Hacen 4 día que sintió una puntada fuerte, (acompañada de chuchos) al nivel del mamelón derecho y desde entonces comenzó á tener algunos vómitos biliosos, calor, fatiga, postración y en este estado ingresa al servicio. Dice haber tenido hacen 7 años, glucosa en la orina, según se lo refirió el médico que la asistió.

Estado actual: Postración suma, tos, expectoración muco purulenta, cefalalgía, disnea. *Examen*, A la inspección, enferma bien constituida, buen penículo adiposo. No hay manchas ni cicatrices. Mucosas coloreadas.

Aparato respiratorio: Pulmón derecho. Por detras en el vértice, á la palpación, vibraciones conservadas. Percusión; sonoridad normal; en la base, las

vibraciones estan aumentadas y á la percusión hay sub matitez en un foco limitado, en el cual á la auscultación se oyen rales crepitantes finos y un soplo tubario en *é*, algo velado. *En el pulmón izquierdo*, el día de entrada normal. Cuatro días después, aparece en la base del mismo, un foco con fenómenos idénticos al derecho. Expectoración sanguinolenta.

Aparato digestivo: Lengua saburral, muy mal aliento en la boca. No ha tenido vómitos. Abdomen doloroso ó la palpación. Bazo ligeramente aumentado de volúmen, hígado normal en sus límites, pero si algo doloroso.

Análisis de orina: Existe albúmina pero no se encuentran elementos renales. Los demás elementos normales. Un poco de urobilina.

Análisis de esputo: No se encuentran bacilos de Koch, ni neumococus — Regular cantidad de diplococus—Sero reacción de Widal-negativa—Diazo-reacción de Erlich, positiva.

Diagnóstico: Bronco-neumonía.

Tratamiento—Ventosas— Tónicos— Expectorantes y Réjimen lácteo.

Curso de la enfermedad: Durante 8 días persiste el foco del pulmón derecho. 4 días antes de resolverse este, se nota otro, en el pulmón izquierdo. A los trece días de entrada al servicio, cae la temperatura y se resuelve el 2º foco. La temperatura ha oscilado entre 39º y 37º. A los 12 días

de enfermedad, cae á la normal y se da de alta curada.

Consideraciones: Es este el 2° caso de neumonia aguda que se nos presenta al Servicio. Como se ve, por la historia que antecede, que tiene mucha analogía con la 1ª, si bien el principio no es tan brusco. Pero los antecedentes de esta enferma, dejan mucho que desear; su diabetis anterior, la cual no puede menos que tener una influencia, sobre el estado general del enfermo. Este caso como el anterior, tiene de particular, por la forma escalonada la sucesión de focos. Primero se produce uno en el pulmón derecho y á los 4 días, cuando ya hay rales de retornos francos, otro foco aparece con fenómenos análogos en el lado izquierdo. Quiero hacer resaltar tambien, de una manera palpable, la falta de lesión pleural como en el caso anterior y subsiguiente historias, de estas séries que he observado en los primeros meses del año 1901. Digo primeros meses, porque quiero hacer notar, otra série que aparece á fin del mismo año y principio de 1902 en que predominan las lesiones pleurales y que se carácterizan además por su gravedad; siendo la 1ª série relativamente todos benignas. Este 2° caso á pesar de su doble lesión, de haber evolucionado, en el doble del tiempo normal, la enferma fué dada de alta completamente restablecida.

María N. V., cama 9, 40 años, italiana, casada, profesión ninguna, blanca. Entró al servicio el 9 de Agosto de 1901.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Ha sido siempre muy sana en su infancia. Tiene dificultad de expresarse por el idioma. Su enfermedad actual, comenzó hacen 13 días, con un escalofrío intenso, puntadas de costado y vómitos.

El mismo día empezó ha tener tos seca; al quinto de enfermedad ha tenido esputos erumbrosos.

Estado actual: Disnea, mejillas rosadas, lengua saburral y seca. Embarazo de 8 meses.

Aparato respiratorio: Matitez en el pulmón izquierdo en todo el vértice superior. Soplo tubario inspiratorio y rales crepitantes finos en todo el lóbulo superior, algunos rales de congestión en la base, broncofonia.

Pulmón derecho: Respiración ruda; á la palpación, vibraciones conservadas. *Percusión*, sonoridad normal.

Aparato circulatorio: Pulso regular, igual frecuente, 140 pulsaciones por minutos. Primer tono en la mitral algo apagado. 2° tono sonoro. Demás focos normales, aparato digestivo; lengua saburral, inpetencia, vómitos, sed intensa.

Riñones: Análisis de orina. Reacción ácida, densidad 1026, albúmina 0.10 $^{0}/_{00}$, sangre vestígios, urea 20 $^{275}/_{1000}$, sedimentos ladrillo rojo, de urato ácido de sodio, algunos glóbulos rojos y blancos, abundantes micro-organismos.

Análisis de esputos: Esputos erumbrosos, se en-

cuentran regular cantidad de Neumococus de Fräenkel, no hay bacilos de Koch.

Diagnóstico: Neumonia franca del lóbulo superior izquierdo y congestión de ambas bases.

Tratamiento: Ventosas, alcóhol, balsámicos. Salió de alta curada el 15 de Agosto de 1901.

Consideraciones: Este es el 3er caso que presento á vuestra consideración; se trata como lo veis de una neumonia de vértice franca en una enferma ya de edad algo avanzada; neumonia que ha tardado mucho más que lo normal en evolucionar y llegar á término, á pesar de este periodo alargado, de tener un embarazo de 8 meses, de ser de vértice y por lo tanto, lo que equivale á decir grave; vemos el embarazo respetado y la enferma completamente restablecida á los 20 días de enfermedad.

Dolores S., cama 9, 33 años, española, soltera, mucama, blanca, entró el 2 de Agosto 1901.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes individuales: Sarampión en su infancia. Regló por vez primera á los 12 años habiéndosele establecido con toda regularidad. No ha tenido hijos, ni abortos. Su actual enfermedad, comenzó desde hacen 8 días por un chucho, vómitos y puntada de costado del lado izquierdo, debajo del mamelón. Inmediatamente después de su chucho, sintió fiebre y fatiga. Ha sufrido de tos seca ya anteriormente á su enfer-

medad actual, y la conserva. Ha sido siempre constipada. Entra al servicio con 40 respiraciones 39° de temperatura y 110 pulsaciones.

Exámen: Regular estado de nutrición, piel y mucosas algos pálidas. Ojos brillantes, disnea y sed intensa.

Aparato respiratorio: No hay deformaciones de la región, la excursión costal se hace regularmente, vibraciones normales á la palpación; en el pulmón derecho, se encuentrán aumentadas, en el izquierdo desde la espina del homóplato hacia la base, más aproximándose hacia la columna vertebral. *Percusión:* Sonoridad en el pulmón derecho, esta sonoridad aumenta á medida que uno desciende, hacia la base. En el pulmón izquierdo; sonoridad de alta tonalidad en el vértice, que se va haciendo sub-mate cuando uno desciende; pero dejando sin embargo puntos donde se conserva la sonoridad. El punto máximo de la sub-matitez se encuentra en el borde externo del homóplato á la altura de la 5ª costilla.

A la auscultación: Pulmón izquierdo. En los dos tiempos de la respiración, se oyen una lluvia de rales sub-crepitantes finos y gruesos. En la región mate además de los rales, hay un soplo tubario inspiratorio un poco alejado. La auscultación de la voz broncofonia en el mismo punto citado. Pectoriloquia áfona bien articulada.

Pulmón derecho: Respiración ruda muy marcada

en todo el pulmón. Vibraciones conservadas. *Por delante:* El izquierdo, gran cantidad de rales secos y húmedos de todos tamaños. *El derecho:* Respiración ruda y unos que otros rales subcrepitantes finos.

Aparato circulatorio: Percusión, inspección, palpación y auscultación: normal.

Aparato digestivo: Hérpes labial, lengua muy saburral y húmeda. Hígado, ligeramente doloroso á la palpación. Bazo aumentado de volúmen. Alternativa de diarrea y constipación.

Análisis de Orina: No hay elementos anormales. Los esputos no dan neumococus, ni bacilos de Koch.

Diagnóstico: Foco de neumonia lobar pulmón izquierdo. Tratamiento, expectorantes, ventosas, quina y tónicos reconstituyentes.

Curso la de Enfermedad: A los 12 días de enfermedad, cae completamente la temperatura á la normal. Expectoración mucosa y abundante, vientre regular. Sale curada el 22 de Agosto de 1901.

Juana O., cama 12, 80 años, argentina, casada, planchadora, trigueña, entró el 16 de Agosto de 1901.

Antecedentes hereditarios: Su madre ha muerto de hidropesía, su padre no recuerda de qué.

Antecedentes individuales: Ha tenido viruela en su infancia. Regló á los 14 años presentándose con regularidad y sin dolor. Ha tenido 4 hijos, cuyos partos han sido normales. Desde la edad de

10 años dice padecer del corazón, habiendo sufrido siempre de dolores en la región precordial y de ataques de disnea. Hacen 8 años, dice haberse visto obligada á abandonar sus tareas habituales, por agravación de sus dolencias y obligada á guardar cama durante unos cuantos días. Desde entonces á cada dos ó tres meses de intérvalo, es sorprendida durante su trabajo, por un malestar brusco y acompañado de una somnolencia invencible que la obliga á acostarse, perdiendo el conocimiento durante algunas horas. Su actual enfermedad, data desde hacen 10 días; comenzó por un vértigo, escalofríos, puntada de costado no muy intensa y localizada en la región precordial, disnea y fiebre. En este estado ingresa al servicio.

Exámen físico: Buen estado de nutrición, piel y mucosas ligeramente pálidas, disnea marcada.

Aparato respiratorio: 35 respiraciones por minuto.

Pulmón izquierdo. Por detrás: A la palpación, vibraciones conservadas en el vértice; en la base del mismo muy aumentadas. *Percusión:* Sonoridad de alta tonalidad en el vértice y á medida que uno desciende se hace sub-mate y en la base la matitez es franca. *Auscultación:* Soplo tubario inspiratorio y expiratorio, rales crepitantes finos y broncofonia.

Pulmón derecho: Percursión normal: Auscultación, respiración ruda supletoria, palpación; vi-

braciones aumentadas, expectoración, muco purulenta abundante y color ligeramente hemorrágico.

Aparato circulatorio: Tonos en la mitral ligeramente debilitados. 2° tono pulmonar reforzado. Latidos frecuentes 110 puls. por minuto, pulso regular igual, débil tensión.

Aparato digestivo: Lengua saburral y seca. Estómago normal. Hígado ligeramente aumentado de volúmen y doloroso. Bazo normal.

Riñón: Análisis de orina. Reacción ácida, densidad 1028, albúmina 0.20 °/₀₀, Urobilina abundante, urea 23 $^{964}/_{1000}$, cilindros hyalinos y granulosos, células epiteliales y leucocitos.

Diagnóstico: Neumonia franca de la base del pulmón izquierdo.

Tratamiento: Idéntico al anterior. Curso de la enfermedad. A los 6 días de haber ingresado al servicio, la temperatura cae á la normal; disminuye el soplo, lo mismo que la disnea, la expectoración es muco purulenta y más abudante; pero los rales finos crepitantes del foco, se conservan, en vista de lo cual se le aplica un revulsivo poderoso, un cáustico, después de dos días los rales sub-crepitantes de retorno son francos y la enferma continua en mejoría para dársele de alta á los 28 días de enfermedad, completamente curada de su afección pulmonar y muy mejorada de su estado general.

Consideraciones sobre este caso: Esta 5ª Historia

nos presenta, otra enferma de una edad sumamente avanzada 80 años cardiaca, con antecedentes pocos satisfactorios en pleno padecimiento de ataque sucesivos del corazón, es presa de una neumonia franca, con lesión solo del pulmón sin atacar la pleura acompañándola una nefritis aguda intensa, como lo demuestra el análisis y sin embargo después de un periodo si bien alargado (28 días) en comparación con la evolución normal de la neumonia franca se consigue darle de alta, tal cual lo he mencionado al hablar del curso de la enfermedad.

Zoila C. cama 6, 55 años, argentina, profesión ninguna, blanca; entrada al servicio el 28 de Agosto de 1901.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes individuales: Regló á los 15 años habiéndosele establecido con regularidad. No recuerda haber tenido enfermedad alguna, en su infancia, casada, con 7 hijos cuyos partos han sidos normales. Hace un año que viene padeciendo de dolores reumáticos, habiendo ya estado en un servicio de clínica de este Hospital donde fué dada de alta mejorada de una fatiga al corazón. Hacen 4 días tuvo un escalofrío intenso y puntada de costado, al mismo tiempo que se sintió con mucha fatiga, edema de los miembros inferiores y fiebre intensa; en este estado ingresó al servicio.

Exámen: Buen estado de nutrición, regular can-

tidad de paniculo adiposo, piel y mucosas algo pálidas, idem en los miembros inferiores.

Aparato respiratorio: A la palpación del pulmón derecho, vibraciones aumentadas en la base, resto normal. Percusión, sonoridad algo exagerada, en el vértice y matitez en la base.

A la auscultación, Soplo tubario inspiratorio y rales crepitantes finos, broncofonia. Esputos sanguinolentos, tos frecuente.

Pulmón izquierdo: Por detrás, en el vèrtice fenómenos idénticos al derecho. En la base idem si bien no tan pronunciados.

Aparato circulatorio: Latidos cardiacos irregulares, tonos muy debilitados, no hay ruidos sobre agregado. Pulso irregular, poca tensión, 90 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo: Lengua saburral y seca, herpes labial. *Estómago* normal, hígado algo aumentado de volumen y doloroso á la palpación, bazo normal. *Riñón:* Análisis de orina, reacción neutra densidad, 1010, Albumina, $0.20^{1}/_{00}$, Urea $14\,^{344}/_{40\,0}$. Sedimentos, células epiteliales planas, escasos leucositos, cilindros hyalinos y granulosos, microorganismos. En los esputos no se encuentran neumococus.

Diagnóstico: Neumonia franca y miocarditis.

Tratamiento: Tónicos cardiacos, expectorantes, ventosas secas. *Curso de la enfermedad.* A los 8 días de enfermedad la expectoración que era san-

guinolenta deja de serlo, aquella es más abundante, muco purulenta, aparecen á los 10 días los rales de retorno y á los 15 días sale de alta curada de sus dos bases y mejorada de su corazón, sin edemas, estado general más satisfactorio.

Es la última historia de la série de 1901 que presento á vuestra consideración: trátase de una neumonia con lesiones exclusivamente pulmonares, en una paciente cuyos antecedentes son pésimos; reumática cardiaca, en estado casi de asistolia y con todo una neumonia doble de las bases viene á aumentar este cuadro grave, por ser además en una enferma de edad y de tener sus riñones en mal estado, como nos lo demuestra el análisis; sin embargo por un tratamiento que es el normal y tónicos cardiacos, con régimen lacteo, vemos á la enferma salir triunfante de su lesión pulmonar doble y mejorado su estado general á los 30 días de estar en el servicio.

Silveira M. cama 16, 18 años, argentina, soltera, blanca, costurera; entró el 11 de Octubre de 1901.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión á los 10 años, regló á los 15, siempre normal; hacen tres días que sintió bruscamente una fuerte puntada en el epigástrio, que á las 12 horas se localizó en el costado izquierdo, escalofrío y fiebre. A los 3 días de enfermedad ha tenido esputos sanguinolentos.

Cara rubicunda, disnea, tos; con estos síntomas ingresa al servicio.

Estado actual. Enferma bien constituida, regular panículo adiposo. No tiene manchas, ni cicatrices.

Aparato respiratorio: A la palpación, dolor en la base del pulmón izquierdo, las vibraciones disminuidas en la misma región. *Percusión.* Sonoridad en el vértice y matitez en la base y á la auscultación; respiración ruda, parte superior y soplante en la base donde se oyen además rales sub-crepitantes finos y frotes. *Pulmón* derecho, vibraciones más bien aumentadas, respiración ruda y á la percusión, sonoridad normal. En la axila izquierda respiración soplante. A la auscultación de la voz broncofonia moderada en el vértice del pulmón izquierdo; en la base bronco - egofonia y pectoriloquia afona mal articulada, 40 respiraciones por minuto, espacio de Traube libre.

Aparato circulatorio: A la percusión, límites del corazón normal: los tonos á la auscultación normales á exepción del aórtico donde el 2º tono está un poco reforzado. Pulso regular, igual buena tensión. Esfigmanometria 14 en ambas radiales, 120 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo: Herpes labial, lengua saburral seca, mejillas congestionadas, pérdida del apetito. *Estómago normal.* Hígado y bazo idem. *Riñón.* Análisis de orina, rección ácida. Densidad 1026, Albúmina 1 °/₀₀, Urea 21, Fosfatos 1.^{50}, Cilindros

hyalinos y granulosos, Esputos erumbrosos, no se encuentran neumococus ni bacilos de Koch.

Diagnóstico, Pleuro neumonia, de la base izquierda.

Tratamiento: Calomel, tónicos, ventosas, expectorantes.

Curso: A los 8 días cae la temperatura á la normal. El foco se hace permeable y marcha hacia la curación, dándosele de alta al mes de ingresar completamente sana.

Consideraciones del caso: Este es el primer caso de la segunda série que presento y que mencioné en la exposición con lesiones muy distintas de las anteriores; en estas no se contenta con atacar el pulmón solo y de ser benignas como en los casos, anteriores, pues todas han evolucionado hacia la sanación; sino que esta 2ª série son casi todas pleuro-pulmonares á forma infecciosa, si es que así se le puede llamar y grave, puesto que la mayor parte llevaron á la paciente á una terminación fatal. El foco neumónico, de la historia que antecede, no tiene el carácter típico de las anteriores y lejos de tener una evolución corta, lo que le dá un carácter, adopta una marcha más lenta, que no se puede atribuir en este caso á la gravedad de la infección, sino más bien á la participación de la pleura que en este caso alarga el proceso (exepto en el reumatismo.)

Angela F. cama 9, 26 años, argentina, casada, blanca, profesión ninguna. Entró el 25 Febrero 1902.

Antecedentes hereditarios: El padre vive y es sano. La madre murió de infección puerperal. Sus hermanos son sanos.

Antecedentes personales: Sarampión en su infancia, ganglios en el cuello que conserva actualmente sus cicatrices. Regló á los 13 años siendo escasa en su comienzo, despues se hicieron regulares. No ha tenido hijos ni abortos. Ha tenido neunomia á los 15 años. Hacen 5 años tuvo dolores en el hipogastrio, micciones muy dolorosas, anemia; fué operada en este hospital por cálculos vesicales. Hace 4 años fué operada de un quiste hidatico del hígado, á los 3 meses se notó otro en formación, el cual también se abrió. Conserva sus dos cicatrices. Después de estas intervenciones quedó bien, aumentó de peso y ha seguido sin trastornos. Hacen 40 días que sintió brúscamente un dolor intenso por debajo de la clavícula izquierda estando planchando en un día caluroso. El dolor se hizo más intenso, aumentaba con la respiración; sintió escalofríos contínuos; con el dolor, le aparece después tos seca, ligera hipertermia. Continuó varios días así, fué vista después por un médico el cual le practicó una toracentesis extrayendo 1 litro de líquido, color citrino. Después quedó bien y empezó á levantarse. A los pocos

días vuelve á sentir dolores en la región precordial y palpitaciones y continuan los dolores del costado izquierdo.

Estado actual: Enferma bien constituida, buen estado de nutrición. Mucosas bien coloreadas. *Aparato digestivo.* Lengua limpia. Estómago con límite normales. Hígado y Bazo idem.

Aparato Circulatorio: Corazón de tamaño normal. Auscultación idem. Pulso regular, igual, buena tensión. *Aparato respiratorio:* A la palpación del pulmón izquierdo, vibraciones disminuidas en todo él. Percusión, sonoridad en el vértice, resto sub-matitez. *Auscultación:* Respiración ruda en la base izquierda, frotes en regular número y algunos rales sub-crepitantes. Pulmón derecho. Respiración ruda supletoria solamente. Tos seca, no hay expectoración. No hay alteración de la voz. *Análisis de orina:* Color ambarina, reacción ácida, densidad 1028 Urea 19. 185 °/₀₀ No hay albúmina niglucosa.

Diagnóstico: Pleuresia sero fibrinosa en convalescencia.

Tratamiento: Untura de salicilato de metilo y salicilato de soda en poción.

Curso: A los pocos días de haber ingresado, la tos se hace menos frecuente, los frotes disminuyen y en 20 días sale de alta curada.

Consideraciones del caso: Esta historia nos lleva en presencia de un segundo caso de afección, no

ya puramente pulmonar, sinó pleural; afección que han sido muy numerosas durante el año 1902 y en el intermedio de los cuales hemos tenido 4 casos de pleuro-pulmonares graves pues, tres de ellos tuvieron una terminación fatal. Trátase en la presente historia de una enferma relativamente jóven, que gozaba de una salud envidiable y que durante su ocupación en el mes de Febrero, es presa súbitamente de una pleuresia con derrame, debida sin duda á un cambio brusco de temperatura por el medio en que estaba la enferma á causa de su profesión. Esta manera de comenzar es muy frecuente en las pleuresia y la denominación de pleuresias á frigore tan vulgar, si bien este no es más que una causa ocasional, no se le puede menos que atribuir la mayor parte del rol y son las que se producen durantes las grandes variantes atmosféricas. El proceso evolutivo de la enfermedad del presente caso, no se ha podido hacer por ingresar la paciente ya en día de convalescencia.

Casos idénticos al que acabo de describir se han presentado 7 más al servicio en el transcurso de los meses de Junio, Julio y Agosto, de los cuales 3 los cito solo de paso para aumentar la estadística y cuyas historias estan detalladas en el libro del servicio. El 1er caso de J. S. española. cama 17, mucama, soltera, entrada el 20 de Junio de 1902. Diagnóstico Pleuresia seca. Sin-

fisis pleural izquierda. Se dió de alta el 5 de Agosto completamente restablecida.

2º Caso, A. M. 37 años, cama 15, casada, costurera, entrada el 20 de Junio de 1902. Diagnóstico, Pleuresia de la base derecha. Tratamiento, el ordinario. Dada de alta el 6 de Agosto, restablecida.

El 3er caso de T. M. 20 años, cama 10, argentina, lavandera. Diagnóstico. Pleuresia de la base derecha con derrame. Alta curada á los 2 meses de ingresar. Los otros casos que son en número de cuatro y que insertaré á continuación, tienen su importancia por haber cedido inmediatamente al salicilato y no hubo necesidad de punción como en las anteriores, si bien los síntomas eran idénticos á los otros.

Rufina S. 24 años, argentina, cama 9, soltera, trigueña, mucama, entró el 18 de Julio de 1902.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sarampión y tos convulsa en su infancia. Regló á los 12 años, siempre normal. Hacen 5 días que comenzó á sentir dolor de cabeza y caimiento del cuerpo; dos días después sintió una puntada en el costado derecho, tos seca, disnea y temperatura, con estos síntomas ingresa al servicio.

Estado actual: Regularmente constituida. Poco penículo adiposo, no hay ganglios ni cicatrices; conjuntivas y mucosas pálidas.

Aparato respiratorio : Excursión torácica derecha, á la inspección, disminuida. Sonoridad normal á la percusión en el vértice; y matitez en la base.

Auscultación: En el vértice respiración ruda, y en la base hay casi silencio, se oyen numerosos frotes y las vibraciones abolidas. A los poco días después, hay en este mismo punto matitez hídrica, soplo inspiratorio y pectoriloquia áfona llegando hasta nivel del ángulo del homóplato. Timpanismo de Skoda en la parte superior.

Aparato circulatorio: Normal á todos los medios de investigación.

Aparato digestivo : Lengua saburral. Estómago normal. El hígado descendido, sobrepasa dos traveses de dedo el reborde costal. Inapetencia.

El análisis de orina no da elementos anormales.

Diagnóstico: Pleuresia con derrame derecha.

Tratamiento : Salicilato de soda 8 gramos el primer día. Diminuyendo por mitad cada día en vista del buen resultado obtenido, pués, al siguiente de su administración, había descendido de una manera notable la matitez á la percusión y á los 4 había ya frotes de retornos y la enferma continúa en una mejoría franca aunque muy lenta. Fué dada de alta el 30 de agosto completamente mejorada.

B. P. 17 años, argentina, cama 1, soltera, blanca, planchadora, entró el 31 Julio de 1902.

Antecedentes personales: Sana en su infancia. Dice que su enfermedad actual comenzó hace 1 mes, con dolores de vientre primero, después dolores en las espaldas y cadera. Al mismo tiempo de tener sus dolores al vientre, fué atacada de diarrea que le duró tres días.

Con gran decaimiento, fiebre y dolores en todo el cuerpo ingresa al servicio. Dice sufrir resfrío frecuente desde hacen un año.

Estado actual: Buena constitución, poco panículo adiposo, conjuntivas y mucosas bien coloreadas.

Aparato respiratorio: Palpación. Exursión Toráca menor del lado derecho. Percusión. Sonoridad casi timpánica del vértice derecho, descendiendo hacía abajo; al nivel del ángulo del homóplato hay matitez absoluta hasta llegar á la base.

Del lado izquierdo ligera sub-matitez. Las vibraciones se sienten sólo en el vértice, en el resto silencio absoluto. Respiración ruda en la parte superior á la auscultación. Soplo expiratorio en *é* desde el ángulo hacia abajo. Del lado izquierdo entra poco aire. Voz, broncofonia, en el vértice derecho; en la base egofonía, pectoriloquía áfona bien articulada. No hay tos ni expectoración, 24 respiraciones por minuto.

Aparato digestivo: Lengua saburral, resto normal. El hígado sobrepasa ligeramente el reborde costal.

Aparato circulatorio: Corazón normal. Pulso pe-

queño, poca tensión, 140 por minuto, regular, igual.

El análisis de orina no da elementos ninguno patológico.

Diagnóstico: Pleuresia con derrame (derecha).

Tratamiento: Salicilato de soda. Revulsión. El salicilato á alta dósis. Pasa igual fenómeno que en la anterior.

AGUSTINA F. 23 años, argentina, cama 12, soltera, blanca, mucama, entró el 12 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios: Su madre murió de escrofulosis y el padre de tuberculosis. Un hermano dice estar enfermo como la madre; demás hermanos sanos.

Antecedentes personales: En su infancia tuvo fiebre gástrica. A los 16 años viruela y á los 18 difteria. Regló á los 16 años siempre mal. Se resfriaba continuamente. El año pasado ha tenido una fiebre infecciosa. Ha esgarrado sangre negra y de olor fétido contínuamente. Su enfermedad actual comenzó el 5 de Agosto, con una fuerte puntada al costado izquierdo, fiebre y fatiga. Con estos síntomas ingresa al servicio.

Estado actual: Un poco de postración; escaso panículo adiposo, cicatrices de viruela. Mucosas y conjuntiva bien coloreadas.

Aparato respiratorio: Exursión costal izquierda disminuida. Sonoridad vértice izquierdo; dismi-

nuye desde el ángulo del homóplato. Vibraciones abolidas en la base.

Auscultación: Respiración ruda en la parte superior; desde el nivel de la matitez, la cual comienza en el ángulo del homóplato, hay silencio respiratorio, soplo expiratorio prolongado: egofonía y pectoriloquía áfona. Espacio de Traube sub-mate. No hay desviación de la punta. Pulmón derecho, respiración ruda.

Aparato circulatorio y digestivo, fuera de la lengua saburral; normal.

Diagnóstico: Pleuresía izquierda con poco derrame.

Tratamiento: Idéntico al anterior. Curso de la enfermedad. Al día siguiente de suministrar una alta dósis de salicilato, el derrame baja, se producen á los 4 días síntomas de gastritis, se disminuye la dósis y al 3er día el derrame que era poco ha desaparecido. Hay frotes.

Agosto 22. Estado satisfactorio, han desaparecido los fenómenos del lado del estómago y la enferma es dada de alta muy mejorada.

El 17 de Agosto se presenta por último no ya una pleuresia franca, sino una influenza, pero no deja por eso de atacar la pleura bajo forma de congestión pasagera.

Josefa F. cama 17, 50 años, argentina, soltera, blanca, costurera, entró el 20 de Marzo de 1902.

Antecedentes hereditarios: Su madre murió de cancer, su padre tambien ha muerto, no recuerda de qué.

Antecedentes individuales: No da datos claros por su estado intelectual embotado. Regló á los 21 años. Ha tenido solo un aborto, y hacen 5 años fué operada de un tumor al vientre. Su actual enfermedad comenzó, hacen 7 días con un resfrío, puntadas en todo el cuerpo, cefalalgía y esputos sanguinolentos, escalofríos y puntada de costado derecho. En este estado ingresa al servicio. Al día siguiente de su entrada la temperatura sube y la enferma tiene un acceso de delirio con ideas incoherentes y gran exitación; se levanta del lecho y huye; desde ese momento queda en un estado comatoso.

Exámen fisico: Buena constitución, buen panículo, cicatrices de quemaduras en la cara. Resto normal. Color sub-ictérico de la piel en general. Cara congestionada labios y nariz con hérpes. Pupilas normales. Conjuntiva idem. Reflejos normales. Petequias en las manos y en la pierna.

Aparato digestivo: Mucosa labial y de las mejillas descamadas y con un lisere blanquizco dejando la impresión de los mismos, lengua muy saburral con impresión de los dientes en sus bordes. *Estómago* doloroso á la presión de tamaño normal, hígado; sobrepasa el reborde costal, bazo ligeramente aumentado de vulúmen. Resto del abdo-

men ligeramente doloroso. Deposiciones normales.

Aparato respiratorio: Soplo tubario en *é* con rales crepitantes y algunas rales expiratorios más gruesos en el vértice del pulmón derecho y parte del lóbulo medio, vibraciones disminuidas bronco-fonia no muy clara. Frotes pleurales del mismo lado, esputos muco-sanguinolentos, 29 respiraciones. En la base del pulmón izquierdo, respiración soplante y numerosos rales de congestión.

Aparato circulatorio: Límites del corazón normales, 1er tono de la mitral muy apagado y ligeramente soplante, 1er tono pulmonar idem, pulsaciones 130, pulso igual, regular, buena tensión.

Riñón: Análisis de orina; color rojiza, reacción ácida. Densidad 1024, Albúmina si hay, Urea 15 $^{649}/_{1000}$, Cloruros 3.900 $^{o}/_{oo}$, Fosfatos 2.500 $^{o}/_{oo}$. Numerosos cilindros hyalinos y granulosos.

Análisis de esputo: Esputos ligeramente hemorrágicos. No se encuentran neumococus, ni bacilos de Koch.

Diagnóstico: Neumonia de vértice derecha, pleuresia seca del mismo lado, nefritis aguda.

Tratamiento: Calomel purgante, poción Todd y cafeina, tónicos cardiacos, ventosas escarificadas.

Curso de la enfermedad: Al día siguiente de su entrada, la temperatura sube á 39° para continuar en su elevación, un delirio agudo se apodera de la enferma, tiene gran postración y sus síntomas todos se agravan para morir á los 8 días de estar

en el servicio, con gran hipertermia 41°, hemorragias múltiples. En la autopsia se encuentra un foco ocupando el lóbulo superior y medio, pleuresia de este mismo lado y nefritis aguda.

Consideraciones sobre este caso: Por tratarse de un caso que tiene mucha analogía con el que continuará al final de este, haré un resúmen de ambos haciendo resaltar los puntos que más llaman la atención.

Amelia A. : 24 años, argentina, cama 2, casada, blanca, profesión ninguna; entró el 17 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes individuales: Sarampión en su infancia, regló á los 13 años irregulares, se resfriaba con mucha frecuencia; su primer parto fué á los 21 años; su enfermedad actual comenzó por un decaimiento despues de una semi-afixia por ácido carbónico. Al día siguiente sintió, tos, fiebre y mareos, en este estado ingresó al servicio.

Exámen: Regular constitución, poco panículo adiposo, conjuntiva y mucosas bien coloreadas.

Aparato respiratorio: Pulmón izquierdo, por detrás; á la percusión, matitez en todo el vértice, en la base hay sub-matitez, vibraciones abolidas; auscultación; soplo inspiratorio tubario en *é.* Algunos rales finos lejanos, soplo expiratorio que vá en aumento hasta llegar á la base. Egofonia, pectoriloquia-áfona bien articulada en la región mate,

espacio de Traube libre. Pulmón derecho algunos rales diseminados, 38 respiraciones, expectoración muco-purulenta.

Aparato circulatorio: Tonos debilitados, corazón tamaño normal, 120 pulsaciones, pulso regular, igual y pequeño, poca tensión, con 40°. al ingresar

Aparato digestivo: Lengua saburral, estómago ligeramente doloroso, hígado y bazo normal.

Riñón: Análisis de orina, existe albúmina y cilindros hyalinos y granulosos. Hay urobilina 24. Urea $^0/_{00}$.

Diagnóstico: Pleuro-neumonia del lóbulo superior izquierdo.

Tratamiento: Envolturas de Render. Cafeina etc.

Curso de la enfermedad: Al 2° día de entrada, se nota en la base fenómenos idénticos á los del vértice, soplo tubario, rales crepitantes, bronco-fonia, la temperatura en vez de bajar sube hasta llegar á 41°; un delirio se declara, la enferma no está un momento tranquila, continúa en este estado hasta el 6° día que decae, y llega á la postración muriendo á los 12 días de estadía en el servicio.

Consideraciones: Estos dos casos últimos son interesantes bajo el punto de vista de la gravedad de la infección.

En ambos se trata de enfermas relativamente jóvenes y regular estado general, con antecedentes buenos, sin embargo vemos que con rapidez el mal á avanzado. Los signos físicos del lóbulo

superior del 2º caso eran tan clásicos de una pleuresia, que. á no ser porque el espacio de Traube estaba claro y porque no se podía admitir una pleuresia enquistada tan aguda, se hubiera hecho punción. En esta enferma se produjo el mismo fenómeno que en la enferma de la primera série, ataques sucesivos del lóbulo inferior. Como se verá por la autopsia, una caverna se encontró en el centro del foco. La pleura no presentaba lesión que explique los signos físicos que daba en vida, pues como dice la necropsia, no estaba depulida, estaba lisa.

Autópsia: Citaré solo el pulmón, que es lo que nos interesa, pleura parietal y visceral izquierda rojizas, lisas, no depulidas, pulmón del mismo lado, salvo el borde que es enfisematoso; se desgarra con facilidad. Al corte, tanto el lóbulo superior como el inferior, presentan una superficie rojo amarillenta, llenas de puntos grisáceos, que por su número casi llegan á ser confluentes. A la presión sale un líquido espeso purulento; en el vértice existe una caverna; pulmón derecho congestionado, pleura sana.

Sixta P. : 24 años, argentina, cama 4, soltera, trigueña, profesión ninguna, entró el 15 de Agosto de 1902.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Ha sido sana en su infancia. Regló á los 14 años siempre con regularidad. Se sabía resfriar con frecuencia. Su ac-

tual enfermedad comenzó hacen veinte días, con un resfrio; ha tenido á los dos días una fuerte puntada de costado, disnea, escalofríos y temperatura alta. Ha seguido con estos síntomas, expectoración sanguinolenta. En este estado ingresa al servicio.

Estado actual: Enferma bien constituida, muy poco panículo adiposo. No hay ganglios, ni cicatrices. Mejillas rosadas y hérpes labial.

Aparato respiratorio: Vibraciones exageradas, en todo el pulmón izquierdo, normal en el derecho á la percusión: sub-matitez en toda la base del pulmón izquierdo y ligera disminución de sonoridad en el derecho, tendiendo también á la submatitez.

Auscultación: Respiración soplante en la parte superior del pulmón izquierdo, soplo tubario en la parte inferior, acompañado de rales finos y gruesos, en algunos puntos, signos cavitarios. Hay broncofonia marcada. En el pulmón derecho, también hay rales finos y gruesos y la respiración es ruda y soplante, gran disnea, 40 respiraciones por minuto, tos y expectoración muco-purulenta.

Aparato circulatorio: Taquicardia, tonos muy debilitados, no hay soplos, pulso pequeño, irregular, 120 pulsaciones.

Aparato digestivo: Lengua saburral, estómago ligeramente doloroso, vómitos, hígado y bazo normales.

Riñon: Análisis de orina, color ambarina, reacción ácida, densidad 1021, úrea $23\,^{400}/_{1000}$, cloruros $5\,^{800}/_{1000}$, fosfato $2\,^{800}/_{1000}$, albúmina $0.50\,^{0}/_{00}$, sedimentos, celulas vesicales, algunos leucocitos, cilindros hyalinos y granulosos en pequeños números.

Esputo: Muco-purulento, no hay bacilos de Koch, regular cantidad de neumococus de Fräenkel.

Diagnostico: Neumonia en hepatización gris.

Tratamiento: Tónicos cardiacos, revulsivos, bebidas alcohólicas.

Curso de la enfermedad: Sigue la enferma en el mismo estado, la disnea ha aumentado, tos y expectoración abundante, temperatura elevada, el pulso muy frecuente y pequeño. Muere á los diez días de haber ingresado al servicio y á los 31 del comienzo de su enfermedad.

Autopsia: Pleura izquierda visceral espesada, pulmón casi totalmente transformado en una masa blanca, que se va al fondo, sumerjido en agua; en algunos puntos, se observan cavernas llenas de pus espeso y amarillento con bacilos de Koch abundantes; pulmón derecho, con lesiones casi idénticas pero mucho menos pronunciadas. La pleura está libre de este lado, se encontraron también dos cavernas en medio del pulmón.

Corazón: Paredes flascidas, tejido muscular muy friable, ventrículo derecho algo dilatado. Hígado: su cápsula espesada y congestión intensa, bazo idem, riñón idem.

Diagnóstico anátomo-patológico: Hepatización gris en ambos pulmones, pero mucho más marcado y extendido en el izquierdo, miocarditis aguda, congestión hepática, esplénica y renal.

Amelia V.: 22 años, casada, cama 4, cocinera, argentina, trigueña, entró el 7 de noviembre de 1902.

Antecedentes hereditarios: El padre murió de una afección pulmonar con vómitos de sangre, su madre de una afección cardiaca, tiene siete hermanos y todos dice ser sanos.

Antecedentes personales: Sarampión en su infancia, regló á los 12 años, presentándose y continuando con toda regularidad. Se casó á los 17 años, ha tenido cuatro hijos cuyos partos han sido normales, sus hijos son sanos. La enferma refiere, que la mayor parte del tiempo estaba resfriada, con tos y expectoración abundante, no ha tenido hemóptisis. Desde hace tiempo, la enferma se ha dado cuenta que viene adelgazándose y sin apetito. Hace un mes que tuvo que guardar cama, por un ataque de influenza, del cual curó; pero durante su convalescencia, es presa de escalofríos frecuentes, tos, disnea y sudores nocturnos, agravándose estos síntomas, resuelve ingresar al servicio.

Estado actual: Enferma bien constituida, regular panículo adiposo, mucosas pálidas. No hay ganglios ni cicatrices,

Aparato respiratorio: Vibraciones conservadas en ambos pulmones. Percusión; por detrás, submatitez en todo el pulmón derecho é izquierdo. Auscultación, soplo inspiratorio y expiratorio en la base del pulmón derecho y en ambos vértices. En el resto de los dos, se oyen gran cantidad de rales húmedos y secos, desde los crepitantes, hasta los de tamaño mayor. Se oyen algunas frotes pleurales. Hay broncofonia y pectoriloquia áfona bien articulada, sobre todo en la base del pulmón derecho.

Aparato circulatorio: La punta late en el 5° espacio sobre la línea mamaria. Auscultación. Tonos apagados en todos los focos. Percusión. Borde derecho, línea esternal derecha demas límites normales. Pulso regular, igual frecuente poca tensión, 110 pulsaciones por minuto.

Aparato digestivo: No hay fenómenos dignos de mencionar. *Riñón.* El análisis de orina da albúmina en regular cantidad. Cilindros hyalinos y granulosos. Urea 20 $^{464}/_{1000}$. Urobilina existe y los esputos de aspecto muco-purulento abundantes, dan gran cantidad de bacilos de Koch. Neumococus no existen.

Diagnóstico: Neumonia caseosa.

Tratamiento: Envolturas frías del torax. Ventosas. Quinina. Poción toda. Inyecciones cafeina tónicos cardiacos y estimulantes.

Curso de la enfermedad. La enferma continua

por espacio de algunos días con los síntomas ya enumerados; para después agravarse todo y venir á morir, el 17 del mismo mes.

Autopsia: Aparato respiratorio. En la cavidad de la pleura derecha existen gruesas adherencias La pleura visceral ha perdido su brillo y pulidez, está espesada.

Pulmón derecho. Todo el lóbulo inferior y medio es duro y resistente á la presión. Al corte presenta una superficie lisa, homogénea, formadas por porciones; las unas de una coloración grisácea, otras amarillo parduscas. En el vértice, existe una caverna del tamaño de un huevo de gallina y en el resto del pulmon, tubérculos miliares.

Pulmón izquierdo: Pleura visceral normal. En la superficie de un corte del pulmón, aparecen granulaciones grises. Corazón y de más órganos congestionados.

Diagnóstico : Pleuresia adhesiva del pulmón derecho. Neumonía caseosa del lóbulo pulmonar medio, con caverna tuberculosa.

Son estas dos últimas historias, los dos últimos casos de pleuro-pulmonares que se nos presentaron al servicio durante el año 1902, y son también los que cierran, las séries de historias, las cuales tan importante rol desempeñan en esta tesis. La penúltima historia, como la anterior se declaró en una enferma jovén en plena flor de edad, bien constituida, con antecedentes bastantes buenos; y

sin embargo, quien hubiera dicho y asegurado que pocos días le restaban de existencia? Y asi ha pasado; á los 31 días de enfermedad, muere en hepatización gris sus pulmones, con hipertermia gran postración y tuberculosa.

El último caso no se puede tomar como una neumonía agravada en un terreno tuberculoso, sinó de una neumonía tuberculosa en el sentido rígido de la palabra. La inserto, porque entre la série de neumonia del año 1901, hay enfermas como se verán por las historias, que tenían tan malos antecedentes y más malos aun que esta y sin embargo las terminaciones de las cuales ha sido siempre satisfactorias.

Corolario

—

De las séries de historias, de lesiones pleuro-pulmonares, que presento, se deducen las siguientes concluciones.

Que todas las afecciones pulmonares de 1901 fueron, salvo el último caso, esclusivamente pulmonares, sin tocar para nada la pleura. Neumonias clásicas todas en enfermas algunas cuya edad escluia toda esperanza de salvación. ¿Que causa? Como esplicar, esta preferencia tan exclusiva? Recien al finalizar el año, se presenta una pleural en la sala, que aunque fué en una enferma debilitada, gozaba de excelentes condiciones higiénicas, que la ponían al abrigo de una afección del aparato respiratorio. Gran diferencia con las de 1902; predominio pleural y estas cuando entraban al servicio con derrame, accedian inmediatamente al salicilato en alta dósis, sin tener el carácter de la pleuresia reumática; pues entre las que vinieron de afuera, sin derrame, había una que tal vez por no habérsele prescripto este medicamento, necesitó punción. La mayor parte fueron, pleuresias derechas.

Todas las pulmonares del mismo año, presentaban fenómenos pleurales y hasta una gripal conjestiva solamente tenía frotes. Excepción de una, todas murieron; una en hepatización gris y en caisificación; otras muertas por gravedad de la infección; pues se trataba de una enferma, con excelentes antecedentes y id. estado general de nutrición. No se encontraron lesiones tuberculosas en sus pulmones. (Autopsia) Si la infección, no hubiera sido grave en general (epidemia grave), esta enferma, no debía haberse muerto, como no se murieron el año anterior, enfermas con más malos antecedentes y peores estados generales. Como esplicar esa fisonomía especial de cada epidemia; la benignidad de microbio en unos y la maligni-dad en otros; el porqué esa preferencia de atacar solo y esclusivamente un órgano limitado, respetando los vecinos, como ha sucedido en las séries habidas en el servicio.

Labbé y F. Bezançon, en un artículo publicado *dans le déterminisme de localisation microbiennes* parece dar una explicación bastante interesante y muy demostrativa por ir acompañada de ejemplos de esa electividad del microbio.

Comienza diciendo qué: Un microbio que ha permanecido en un tejido y que ha determinado una lesión patológica, ha, por este hecho solo adquirido una cierta tendencia á localizarse de nuevo, en un tejido similar. Las observaciones clínicas nos

muestran la transmisión en série, con localizaciones semejantes, de ciertas infecciones, debida á microbios no específicos; por ejemplo; en las epidemias de anginas, meningitis cerebro espinal, bronconeumonías y en otros, como bien lo ha hecho notar recientemente M. Lermoyez.

La experimentación nos enseña por otra parte, que ciertos virus aislados, de una lesión humana, pueden, cuando se le inocula á un animal, determinar en él, localizaciones mórbidas semejantes: Gilbert y Lyon nos citan el caso siguiente:

De que un microbio, tomado de una vejetación del endocardio, ha podido reproducir una endocarditis por simple inoculación intra-venenosa, sin traumatismo valvular.

Labbé y Bezançon, han llevado á cabo una série de experiencias, sobre muchos conejos, de inoculaciones de estafilococus, tomadas ya de una articulación ó ya de la sangre. Para no ser demasiado extenso, al querer incertar aquí todas ellas, daré solamente una idea, del resultado final obtenido.

Un estafilococus proveniente de una artritis purulenta humana, apesar de inoculaciones sucesivas, conserva siempre la propiedad de localizarse en las articulaciones; el estafilococus inoculado, era cada vez tomado de una de las articulaciones del conejo de la série precedente. Al contrario, un estafilococus que, en el 2º conejo había pasado en la sangre

del corazón, ó inoculado á otro había perdido la propiedad de localizarse en las articulaciones y no dió más que lesiones supuradas, viscerales ó septisémicas.

Los ejemplos de esta naturaleza están lejos de ser aislados en la ciencia. La aptitud á la localización en série, de un mismo virus, sobre los mismos órganos, en el hombre y en los animales, resulta de una manera clara, en un cierto número de observaciones, de las cuales voy á citar solamente tres.

Dreschfeld; habiendo aislado, de unas vejetaciones de endocarditis infecciosa, un estreptococus que él creyó especial á la enfermedad, obtuvo por dos veces consecutivas endocarditis, inoculando este microbio al conejo, sin lesionar mecánicamente las válvulas aórticas.

M. Rous y Lannois, habiendo podido obtener un estafilococus de los ganglios de un sujeto atacado de adenia, vieron que aquél, inoculado á conejos manifestaba una tendencia marcada á localizarse sobre los ganglios linfáticos y á determinar su hipertrofía á tal punto, que creyeron haber reproducido la adenia infecciosa.

En un caso de adenopatía tuberculosa M. Auché inoculó fragmentos de ganglios á un chanchito, y produjo en este, una tuberculosis general de los ganglios, pero sin ninguna localización visceral.

Se comprende así que bacterios banales tales como el estafilococus, el neumococus, el colibacilo y otros,

habiendo tomado posesión permanente, en una parte de la economía, pueden reproducir en una série de individuos, afecciones análogas, como ha pasado en los casos de neumonía de 1901, transmitiéndose por contagio.

La mayor predilección de estas localizaciones similares, son debidas sin duda á causas complejas é influenciadas en gran parte, por el microbio ó el terreno.

La importancia de estos dos factores, virulencia y terreno, tan grande de ordinario para explicar el determinismo de las localizaciones mórbidas, se extingue, ante el rol del hábito del microbio á los terrenos orgánicos.

Este rol resulta de los hechos que acabamos de recordar y de aquellos ya observados. Parece en efecto, que germinando en un órgano y determinando una lesión en él, el microbio tomara cualidades particulares que conserva aún en las generaciones sucesivas. Parece que acostumbrado ya á defenderse como los fagocitos ó á sufrir la acción de los humores de un tejido particular, adquiere cualidades de resistencia con respecto á ese tejido, de tal manera que se localiza y pulula más voluntariamente que en los otros.

Podemos comparar este fenómeno de adaptación para los medios vivos, á lo que pasa con los medios de cultivos artificiales, donde observamos que; un microbio habituado á desarrollarse en un cier-

to medio, experimenta dificultades á aclimatarse sobre un medio de naturaleza diferente, y aunque este medio fuera más favorable que el primero para el desarrollo de la especie microbiana en causa. (Experiencias hechas por Haffkin, para el bacilo de Eberth.)

Demostrado en parte por lo que antecede, la predilección ó electividad del microbio á manifestarse bajo ciertas y determinadas formas, nos queda por demostrar, el porqué, unas veces, la virulencia de aquel es exaltada hasta un punto tal, que ni respeta los órganos circunvecinos (epidemias graves) y en otras vemos que el mismo microbio se nos presenta en ciertas epidemias (1901) del todo benigna respetando los órganos que le rodean.

Es precisamente, lo que nos ha pasado en las observaciones del presente trabajo. Vemos que en el año 1901, todas las neumonias entradas al Servicio, que fueron exclusivamente pulmonares, como ya lo he dicho anteriormente, aunque fueran en enfermas, las unas en edad muy avanzada, otras con pésimos antecedentes y peor estado general, complicado con embarazo otras; algunas con neumonias de vértice y por lo tanto grave por la edad y, sin embargo, no tuvimos que lamentar ninguna pérdida.

El año 1902 ha sido muy diferente, exceptuando unos cuantos casos de pleuresia con derrame, curados todos; los demás que fueron pulmonares

acompañadas de lesión de la pleura y cuyo número fueron de 5, y á los que he tenido oportunidad de observar de cerca; tres de ellos eran enfermas en plena juventud, todavía con buenos antecedentes y con salud excelente, sin embargo vemos con gran asombro, el progreso rápido que ha seguido el mal en su destrucción, que en pocos días había derribado por tierra, lo que poco ha parecía rebozar de vida.

Podemos atribuír la causa principal, que ya es citada por los autores clásicos, á las grandes variantes, observadas en los cambios atmosféricos y en el terreno preparado por aquellos mismos.

A continuacióu presento un cuadro, que nos demostrará de un modo claro y evidente, los cambios que ha habido al comienzo de cada caso de los presentados, con respecto á la presión atmosférica, temperatura y estado higrométrico.

1901

NEUMONIA FRANCA		BARÓMETRO	TERMÓMETRO Maxim. y Mini.	HIGRÓMETRO Maxim. y Mini.
1° Caso	1° Enero	758.5	22—21	60
2° »	25 Abril	766.2	18— 9	40
3° »	9 Agosto	771.3	14.5—12.5	70
4° »	16 »	769.2	12.3—3 5	40
5° »	2 »	767.5	13.3—10	30
6° »	28 »	752.6	14.5—12.5	60
7° Pleuresia	17 Octubre	765.2	28—15.5	40

Vemos por este cuadro, que, durante el año 1901, que es en el que se nos presentaron la série de casos de neumonias francas, todas con lesiones exclusiva del pulmón y que fueron en general de caracteres benignos; las variantes del barómetro no se han apartado mucho de la normal y lo mismo ha pasado con la máxima y mínima del termómetro.

Gran diferencia con los de 1902, como lo podeis ver en el cuadro que á continuación insertaré.

En él vemos que de los cinco casos de pleuropulmonares que he tenido oportunidad de observar de cerca, todos han sido con caracteres graves, como bien nos lo demuestran las historias respectivas; y todo ha coincidido, con grandes alternativas; tanto con respecto á la presión barométrica como con la máxima y mínima del termómetro y acompañados de un estado higrométrico sumamente bajo.

1902

PLEURESIAS			PRESIÓN	TEMPERATURA Maxim. y Mini.	HIGROMETRIA
1°	Caso	28 Febrero	760.8	28 –15.5	30
2 y 3	»	20 Junio	766.6	11.2—5.5	40
4°	»	18 Julio	767	11.2–5.5	30
5°	»	31 »	761	11.05 –1.5	50
PLEURO NEUMONIAS					
6°	Caso	2 Agosto	770	9.2—0	30
7°	»	17 »	771	10.5 –05	18
8°	»	17 »	773	9.2— 0	40
9°	»	15 »	770	10.6—1	30
10	»	1° Setiembre	766.5	20—11	25

Deduzco de estos cuadros, que las variantes atmosféricas, unidas al terreno, parecen influír de una manera muy digna de tenerse en cuenta, como productora y capaz de imprimir un sello especial á epidemias; y de ahí que á veces, se les puede llamar benignas, ya sea porque presentándose en enfermos, sean cuales fueren sus constituciones buenas ó malas, siempre respetan lo que nos es esencial, la vida y en otras malignas, porque siendo el mismo microbio, produce en ellos perturbaciones y destrozos tales, que en pocos días ha dado cuenta del enfermo, sean cuales fueren las condiciones ó el medio en que aquellos se hallaren. De otra manera ¿como explicar esta tan gran diferencia de una epidemia á otra, siendo el causante el mismo?

Etiología y Patogenia

—

La neumonía, es una enfermedad causada por la localización y el desarrollo del neumococus, en un lóbulo pulmonar, y su historia merece recordarse.

Visto por vez primera por Klebs (en 1877), que lo describió bajo el nombre de monas pulmonale en el mucus y el líquido de un neumónico; notado mas tarde (1881) sobre cortes de pulmones hepatizados por Koch y Eberth; el legítimo neumococus el mismo año (1881) fué señalado por Pasteur en la saliva de un niño muerto por la rabia.

Pero fueron en Francia las investigaciones de Talamón, en Alemania las de Albert Fräenkel (1883-1884-1896), que vinieron á establecer de una manera definitiva sus caracteres y sobre todo su participación en la neumonia.

El rol etiológico en aquella, pueden ser considerados bajo tres distintas agrupaciones. 1ro Causa eficiente; llegada del neumococus. 2do Causas ocasionales; fijación en el pulmón, y 3ro Causas predisponentes; preparación del organismo.

En la exposición etiológica á que voy á seguir, me parece necesario tener presente qué: para qué halla neumonia lobar, es menester que el individuo sea puesto á la acción del neumococus, que este llegue en un lóbulo pulmonar y se fije; en fin, que encuentre el medio apropiado para su desarrollo.

1ro Causa eficiente; el neumococus. No puede haber neumonia, sin neumococus (según Charcot Bouchard). Su asiento habitual, es la cavidad bucofaringea, en la cual se encuentran, sin duda reunidos los diversos elementos físicos y químicos, necesarios para su desarrollo.

Los trabajos de Pasteur (publicados en el Boletín de la academia de medicina, 25 de enero de 1881) bajo el título de Nota: sobre una enfermedad nueva, determinada por el contenido, de la saliva de un niño muerto por la rabia. Los de Stembeg y Fräenkel, han establecido que el neumococus, es un huésped frecuente de la saliva. Existe 4 sobre 5 veces, en individuos que ya han tenido la enfermedad y 1 sobre 5, en los que nunca la han tenido.

Desde el punto de vista etiológico, hay que distinguir dos clases de enfermas, aquellas que hospedan el neumococus mucho antes que aparece la enfermedad; y aquellos cuya cavidad bucal no encierra este micro-organismo. Entre unos otros, hay esta gran diferencia; que pa-

ra los primeros, el momento de declararse la neumonía; no hay más qué, preocuparse que de las causas que han llevado á los microbios á fijarse en el pulmón y á desarrollarse; este punto lo trataré al hablar de las causas predisponentes. Los segundos, necesitan un elemento más, cual es la introducción misma de este microbio que tiene que venir desde el exterior.

La existencia del neumococus en la cavidad buco-faringea en enfermos, que han presentado ya una neumonía anterior, ha sido establecido en 1887 y su persistencia, después de un primer ataque, nos da una explicación demostrativa de los casos de recidivas de neumonias.

Las estadísticas de numerosos observadores han dado un promedio de 26 °/₀ de aquella.

Un primer ataque parece aumentar la predisposición á la enfermedad.

Conviene tambien mencionar la transmisión familiar.

Las observaciones de Alison (publicados en el Archivo general de medicina en 1899) bajo el título de «Consideraciones sobre la etiología de la neumonia aguda lobar,» han demostrado con que frecuencia la neumonia, puede atacar á muchos individuos de la misma familia y cuya explicación sería; que, permaneciendo el neumococus largo tiempo virulento en la saliva del primer enfermo, podría pasar el día menos pensado, en la

cavidad bucal de otros y permanecer en estado latente, hasta que; una causa cualquiera, lo haga llegar hasta el pulmón y si encuentra un medio apropiado, desarrollarse.

Al lado de estos sujetos, portadores del virus neumónico, largo tiempo antes de declararse la enfermedad, hay otros cuya saliva no encierra el microbio y en el cual su introducción ha seguido de cerca la invasión de la neumonía. Han tenido que tomar el neumococus á sujetos enfermos ó que llevaban dicho huésped y he ahí, que interviene el contagio.

El vehículo de éste, es casi siempre la expectoración, así como lo es ella, para muchas otras enfermedades, el principal foco de infección; el ejemplo más demostrativo, lo tenemos en la tuberculosis. Los hechos de contagio directo no son raros. Charcot Bouchard, cita una observación hecha por Schrater (1898.)

Tratábase de un enfermo, que fué atacado de reumatísmo agudo, el cual al cabo de 6 semanas entró en convalescencia y se comenzó á levantar. Durante este estado, ingresó al mismo servicio, su padre, atacado de una neumonía del costado izquierdo de forma grave, los dos fueron recostados en el mismo lecho; á los pocos días de estar, el hijo, fué atacado de una neumonía del costado derecho. Los vestidos, camas, muebles y objetos diversos igualmente pueden servir de transmisión del neumococus.

Mendelsohn menciona el caso siguiente:

Que un tifóideo casi restablecido, para evitar de que estuviera cerca de una ventana, en que había una corriente de aire, se le cambió de lugar á otra cama, donde momentos antes, había estado un enfermo atacado de neumonía grave. A los dos días, la fiebre vuelve á recrudecer hay escalofríos, puntadas de costado y gran diarrea. El exámen del pulmón, antes normal, da ahora á la percusión un foco de matitez en la base del pulmón derecho. Muerto, se encontró en la autopsía una neumonía, en el foco mencionado.

El neumococus existente en la saliva, resiste á la disecación durante un tiempo muy largo. Los polvos, que pueden ir en suspensión en el aire, resultado de aquella, pueden permanecer mucho tiempo virulentos. Y así se explicaría la aparición repetida, de casos de neumonia en muchos individuos, que han habitado una misma habitación.

Hay años, donde la frecuencia de neumonias, se presentan de una manera que no es la normal, y son precisamente aquellos donde se observan mayor número de manifestaciones extra pulmonares, metaneumónicas y que parece ser debido á una mayor virulencia del microbio. Son precisamente aquellos en el curso del cual, el contagio es frecuente; aquellos donde se habla más voluntariamente de epidemias de neumonias.

La série del 1902, está comprendida en el caso presente, por tratarse de varios casos de neumonias graves, acompañadas todas, de lesiones pleurales marcadas.

La historia de la medicina, nos dá ejemplos numerosos de estas epidemias; las cuales, algunas veces son generalizadas á todo un continente ó á un país, provincia ó una localidad. Hubiera deseado encontrar datos estadísticos, de otros puntos de la república, para ver si se trataba en los mismos años de 1901 y 1902 de una epidemia generalizada; pero mis esfuerzos fueron inútiles, por no poder encontrar, ningún dato que me diera luz en ese sentido.

Estas epidemias que tienden á ciertas y determinadas formas, como ha sucedido en los años ya citados; parecen ser influenciadas por causas meteorológicas y son estas, las que sin duda parecen exaltar la virulencia del microbio y por lo tanto conviene estudiarlas de cerca, para ver si se puede arribar á algunas conclusiones satisfactorias en ese sentido.

Wilhelm Ziemssen, que es quien ha estudiado con este fin, un gran número de estadísticas; ha constatado, que en los trimestres de primavera é invierno reunidos, dan una cifra crecida de neumonias, en relación á los otros dos trimestres del año.

El cuadro estadístico que presento á continuación

demuestra que es idéntico á lo que ha pasado en los años 1901 y 1902. Es decir; predominio casi exclusivo de neumonias y pleuresias en los dos trimestres de invierno y primavera.

1901

20	Enero	1°	Caso	de	neumonia	franca
25	Abril	2°	»	»	»	»
2	Agosto	3°	»	»	»	»
9	»	4°	»	»	»	»
16	»	5°	»	»	»	»
28	»	6°	»	»	»	»
11	Octubre	7° y 1ª	Pleuresia	del	año.	

1902

28	Febrero	1ª	Pleuresia	con	derrame	
20	Junio	2° y 3°	Caso	Pleuresia	con	derrame
18	Julio	4°	Caso	Pleuresia	con	derrame
31	»	5°	»	»	»	»
2	Agosto	1°	Caso	de	P euro	neumonia grave
15	»	2°	»	»	»	»
17	»	3°	»	»	»	»
17	»	4°	»	»	»	»
1°	Sbre.	5°	»	»	»	»

El cuadro adjunto, no viene más que afirmar la observación hecha por Wilhelm Ziemssen sobre muchas estadísticas. Ahora bien, el aumento ó la disminución más grande de neumonias en las diversas estaciones del año, indicarían que la frecuencia de aquella es, hasta un cierto punto rejida por las variaciones meteorológicas.

Conviene abordar el problema más, é investigar cuales son los cambios atmosféricos que más influyen, y también de que manera estas modificaciones obran, sobre las más grandes frecuencias de neumonias entre nosotros.

Podríamos atribuir al descenso de la temperatura como un medio favorable al aumento del número de neumonias?

Es al menos la opinión de Haller, Caspar y otro. Pero al parecer debiera tener poca importancia el descenso, puesto que en la primavera cuando la temperatura es mayor, es cuando abundan los casos de neumonias.

Otros, han creído encontrar una influencia más marcada, en los bruscos cambios de temperatura más acusados sin duda, en la primavera. Otros, entre ellos Knevenaguel opinan que la presión atmosférica tendría mucha influencia y sobre todo siendo elevada é ir acompañada de grandes variantes en las corrientes de un mes.

Más tarde con los trabajos de Pettenkofer, que vinieron á demostrar la influencia que tenía las oscilaciones de la capa de agua subterránea sobre la producción de la fiebre tifóidea, se creyó encontrar la misma explicación, para los casos de epidemias neumónicas.

Creo en la manera de pensar de Charcot Bouchard, que es menester admitir una acción que venga á exaltar la virulencia del microbio ó le

determine cierta fisonomía y esta acción, como bien lo demuestra el cuadro 1°., sobre todo en los casos de pleuro-neumonias graves de 1902, es influenciada en parte por una presión atmosférica muy superior á la normal y aún cambio brusco, con respecto á la máxima y mínima del termómetro, como lo ha habido en los años ya citados.

En los meses donde la proporción de neumonias es considerable, estas influencias meteorológicas citadas parecen reforzar la virulencia y la electividad del neumococus y no solamente del que está en suspensión el en aire, sinó también de aquel que permanece en la cavidad buco-faríngea.

Ahora bien, para llegar á pronunciarse de una manera decisiva, por saber cual es de todos los elementos meteorológicos, aquel que más parte toma en el desarrollo de una epidemia: es un problema muy difícil de resolver actualmente y hay que convenir con Charcot Bouchard que, muchas son las causas que han de influir, ya sea de parte del individuo ó ya de parte de los agentes meteorológicos ó ambos á la vez.

2°. Causas ocasionales: El neumococus no basta por si solo para determinar una neumonía. A su llegada al pulmón, es preciso que encuentre un medio apropiado para que se fije y desarrolle. Hay quienes han querido atribuir al frío como causa principal, pero hoy día está demostrado, que

aquel no tiene otro rol que el de causa ocasional; como así lo son también la edad, traumatísmo, el alcohol, los gases irritantes y los polvos minerales.

3º. Causas predisponentes. Antiguamente se creía que la neumonia no atacaba más que á los individuos robustos y fuertes, pero esta manera de pensar ha tenido que ser abandonada, ante los estudios rigurosos que más tarde se hicieron; la prueba, de neumonias, tan frecuentes en los viejos, basta para establecer de una manera clara que aquella no ataca solamente á los fuertes.

Las fiebres eruptivas, la tifoidea, grippe, difteria; todas son enfermedades que predisponen á complicarse con una neumonía.

Al lado de las enfermedades infecciosas, es menester colocar el reumatismo agudo, la infección palustre, las enfermedades del riñón, diabetis, como fácil de complicarse igualmente.

Como obran todas estas enfermedades? De dos maneras.

1º. Por un debilitamiento general del enfermo. Pues se sabe que la neumonía ataca más á menudo á los individuos predispuestos.

2º. Por un aumento de la virulencia del neumococus. Esto puede ser debido á una alteración de los humores que suministran á este microbio elementos particularmente favorables.

Las investigaciones parecen demostrar que agregando glucosa ó urea á caldos de culturas, favorece el desarrollo del neumococus.

Las enfermedades parasitarias pueden obrar sea suministrando materiales análogos, sea escretando venenos que exageren la virulencia del microbio.

Monti, ha mostrado en efecto, que cultura de neumococus atenuados, inofensivos cuando puros, se hacen sumamente virulentos cuando se le asocian otros los cuales solos, son inofensivos.

Díagnóstico

—

Nome voy á ocupar del diagnóstico de la neumonia, ni de sus síntomas, por lo que, están bién descritos en todas las obras clásicas; y otro tanto podría decir de las pleuresias, si en esta afección no se encontraran á cada paso sorpresas.

Grancher ha llegado á formular una entidad mórbida, teniendo en cuenta solo pequeñas variantes y cierta falta de nitidez, de los signos de derrame: la espleno-neumonia.

Potain ha hecho otra entidad mórbida semejante y tan discutida como la anterior. Una de las causas principales de esta discusión, es seguramente la carencia de piezas anatómicas, pues sabido es, que no se han hecho autopsias de espleno-neumonia. (Comby traité de maladies de Enfants).

Las discusiones giran al rededor de sí, la pleuro congestión de Potain no es la misma entidad sostenida por Grancher. Nada hay más cierto, que las palabras de Randu en su artículo de pleure-

sia, publicado en el Journal de Medicine Interne de 1901. «El tema de las pleuresias, siempre tendrá novedades». Ultimamente, se han descrito pleuresias con derrame, en las cuales se oían rales en plena región del derrame (nos referimos á los derrames sero-fibrinosos).

Nuestro caso de la página 36 sería un espécimen para estas discusiones, con el mérito de haber tenido por delante una pleura lisa, no depulida y apenas roja. Sin exudados de ninguna especie que pudiera explicar los signos físicos tan característicos, que nos daba.

Recordaré aquí, que aquellos eran los siguientes: matitez absoluta, pérdida de las vibraciones, egofonia, pectoriloquia áfona bien articulada (había también soplo inspiratorio que atribuíamos á una neumonia de vértice), como decimos al hablar sobre consideraciones de la historia, el haber estado tomado el espacio de Traube, se hubiera hecho punción.

No entraremos aquí á considerar las pleuresias purulentas por la falta absoluta de clasisismo en sus signos físicos, porque no es el caso, y esto nos llevaría mucho más léjos.

Digamos solamente que los signos físicos dados por Baccelli, son léjos de ser constantes.

Nos limitamos á esto enunciado, pues si fuéramos á tratar todos los puntos habidos en él, ha-

ríamos otro camino que el que nos hemos propuesto y aumentaría extensamente este trabajo.

Quiero, sin embargo, no terminar sin hablar antes, sobre el diagnóstico diferencial de la pleuresia con la espleno y pleuro-neumonia y la congestión pulmonar.

En esta última, los signos funcionales son aquellos de la pleuresia, pero existe una expectoración gomosa bastante abundante: una sub-metitez y no una verdadera matitez, y no es posible limitarla bien; la egofonia y la bronco-egofonia se encuentran, pero mucho ménos clara; los soplos bronquicos son raros. Por otra parte, todos estos siggnos son inconstantes, movibles, de un día á otro y una vez caída la temperatura, la cual dura poco; todos aquellos desaparecen.

En la neumonia, el principio de ésta es mucho más brusco que la pleuresia, el escalofrío es violento y único, dolor intenso, fiebre muy alta; la matitez limitada á una zona, no tiene la forma de aquella de la pleuresia, las vibraciones son exageradas, el murmullo vesicular, es al principio cubierto por rales crepitantes y en seguida reemplazado por un soplo tubario en el centro del foco de neumonia, en la periferie del cual existen á menudo rales crepitantes; no hay egofonia, pero sí broncofonia; y en fin los esputos son específicos. Parece imposible confundir á ambas; pero la rales crepitantes pueden faltar, en la neumonia así

que los esputos; el soplo tubario de bronco-egofonia se observan en los derrames abundantes, la bronco-egofonia y la pectoriloquia en ciertas neumonias.

No hay más que la matitez que no varía; ella es absolutamente hídrica, tanquam, percussi femoris, en la pleuresia, y va acompañada de pérdida de la elasticidad, carácter que la diferencia de la neumonia.

Con la pleuro-neumonia; la existencia de una capa de líquido en ésta y de la producción de falsas membranas en la pleura, modifican los signos físicos y los caracteres de la matitez misma; el diagnóstico es posible sin embargo, porque los síntomas de la neumonia, dominan en general á aquellos de la pleuresia; por ejemplo es frecuente encontrar al rededor de la egofonia, una zona de rales crepitantes.

Con la neumonia masiva, descrita por M. Grancher, que presenta, todos los signos de una pleuresia á gran derrame; matitez absoluta, ausencia de vibraciones, soplo, egofonia, pectoriloquia áfona, rales crepitante, en una palabra, matitez y silencio absoluto, y ordinariamente, no hay expectoración.

Pero el principio es violento y la marcha rápida; de tal modo que ya al 2do y 3er día se encuentran todos los signos; lo que no sucede en la pleuresia; puede suceder, que el enfermo por un

acceso de tos, expulse un molde fibrinoso que obstruía algún bronquio, como aquellos de la bronquitis pseudo membranosa, y tan pronto el sílencio, es reemplazado por una exageración de las vibraciones, soplo tubario; en fin todos los signos de una neumonia.

Los caracteres más diferenciales entre esplenoneumonia y pleuresia son los siguientes: 1° No hay desviación del esternón. 2° Reaparición gradual de las vibraciones. 3° Soplo un poco más grave, más diseminado. 4° Crepitación fina hacia la base. 5° Persistencia del especio de Traube y 6°. La punción no da nada.

En la pleuresia hay: 1° Esternón desviado hacia el lado del derrame. 2° Aparición brusca de las vibraciones hacia arriba del derrame. Soplo dulce, velado. Ausencia de ruidos adventicios. Espacio de Traube mate pleuresias izq. La punción exploratriz da liquido.

Pronóstico

—

En cuanto al pronóstico, se deduce de lo dicho al tratar de las consideraciones de todos los casos presentados. En general ha sido benigno, como nos ha pasado en la série primera de 1901, donde todos los casos han seguido su evolución normal y no hemos, por lo tanto, tenido que lamentar ninguna pérdida.

La denominación de epidemia benigna que le corresponde en este caso, es muy frecuente en la medicina y su resultado parece ser debido, más que á la constitución física del individuo, al ambiente donde se desarrolla y á los cambios atmosféricos á que está expuesto el enfermo.

La segunda série del año 1902 se caracteriza por la suma gravedad, y esta varía en proporciones muy marcadas según los años, y parece serlo más, cuando la neumonía toma el carácter de contagiosa.

En el curso mismo de la neumonia, se tendrá en cuenta como favorables los signos siguientes: una fiebre moderada que no pase de 40°, á la

mañana y presente remisiones; un pulso lleno, regular, inferior como frecuencia á 120°. Una respiración que no sea muy frecuente ni dolorosa.

Una aceleración muy marcada del pulso y de la respiración, elevación notable de la fiebre con sequedad de la lengua y las perturbaciones cerebrales; la aparición de perturbaciones digestivas, y sobre todo, de diarrea; la localización en el vértice, será al contrario signo que deben de preocuparnos mucho.

C. Liaudat.

Buenos Aires, Julio 14 de 1903.

Buenos Aires, Julio 14 de 1903

Nómbrase al Académico Dr. Gregorio N. Chaves, al Profesor Titular Dr. Francisco Sicardi, al Profesor Suplente Dr. R. Colón, para que constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tesis, de acuerdo con el artículo IV de la Ordenanza vigente sobre exámenes.

Uballes.

Zenón Aguilar.

Señor decano :

Transcribo á continuación el acta labrada con motivo de la tesis presentada por el ex-alumno señor Casimiro Liaudat.

« En el local de la Facultad á 29 de Julio de 1903, reunida la comisión que subscribe encargada de dictaminar al respecto de la admisibilidad de la tesis presentada por el ex-alumno señor Casimiro Liaudat, que versa sobre « Consideraciones sobre algunas formas clínicas de afecciones pulmonares y pleurales », resolvió admitirla. Con lo que terminó el acto.—Firmado: G. N. Chaves—F. A. Sicardi—R. Colón—Carlos Robertson, Pro-secretario. »

Zenón Aguilar.

—

Buenos Aires, Agosto 4 de 1903.

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

Uballes.

Zenon Aguilar.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

—

1º Que es lo que se llaman séries mórbidas, tratándose de enfermedades agudas.

—

2º Pronóstico diferencial de las neumonias de vértice.

—

3º Como se hace el diagnóstico en una neumonia con foco central.

Bibliografía

—

Charcot Bouchard — Traité deMedecine.

Comby — Maladie de l'Enfance.

G. Dieulafoy — Pathologie interne.

Debove y Achard — Manual de Medicine.

Brouardel — Traité de Medicine.

La Presse Medicale.

Journal bi-hebdomadaire.