AÑO 1905 N.° 1546

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CENCIAS MÉDICAS

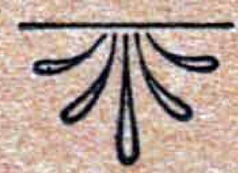
CONSIDERACIONES SOBRE LA TEMPERATURA EN LA NEUMONIA DE LA INFANCIA

TÉSIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

EDMUNDO D. BIANCHI



1905

ARSENIO GUIDI BUFFARINI

CALLE CÓRDOBA, 2080

BUENOS AIRES

CONSIDERACIONES SOBRE LA TEMPERATURA

EN LA

NEUMONIA DE LA INFANCIA

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

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 GUEMES
» » ELISEO CANTÓN
» » GREGORIO N. CHAVES

ACADÉMICOS HONORARIOS

DR. D. ERNESTO ABERG
» » EDUARDO WILDE
» » MARTIN SPUCH
» » TELÉMACO SUSINI
» » EMILIO R. CONI
» » OLYNTHO DE MAGALHAES

SECRETARIOS

DR. D. ZENÓN AGUILAR
DR. D. CÁRLOS 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 (con lic.)
Anatomía Descriptiva	» Juan José Naon
Anatomía Descriptiva	» Juan D. Piñero (con licencia)
Semiología y ejercicios clínicos	» Gregorio Araoz Alfaro
Anatomía Topográfica	» Juvencio Z. Arce
Fisiología General y Humana	» Horacio G. Piñero
Anatomía Patológica	» Telémaco Susini
Bacteriología	» Cárlos Malbran
Higiene Pública y Privada	» Julio Mendez
Materia Médica y Terapéutica	» Justiniano Ledesma
Patología Externa	» Obdulio Hernandez
Medicina Operatoria	» Adalberto Ramaugé (con lic.)
Clínica Ginecológica	» Enrique Bazterrica
» Oto-rino-laringológica	» Eduardo Obejero
» Dermatológica y Sifilográfica	» Baldomero Sommer
» Epidemiologica	» José Penna
» Quirúrgica	» Juan B. Justo
» Neurológica	» José M. Ramos Mejia
» Médica	» Luis Güemes
» Médica	» Francisco A. Sicardi
» Oftalmológica	» Pedro Lagleyze
Patología Interna	» Marcial V. Quiroga (con licen.)
Medicina Legal	» Francisco de Veyga (con licen.)
Clínica Quirúrgica	» Antonio Gandolfo
» Médica	» Gregorio N. Chaves
» Obstétrica	» Samuel Molina
Toxicología Experimental	» Juan B. Señorans
Clínica Pediátrica	» Manuel Blancas
Patología General	» Roberto Wernicke
Clínica Médica	» Abel Ayerza
» Genito-urinarias	» Federico Texo
» Psiquiátrica	» Domingo Cabred
» Quirúrgica	» Diógenes Decoud
» Obstétrica	» Eliseo Canton

ESCUELA DE MEDICINA

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS SUSTITUTOS
Zoología Médica	Dr. D. J. Greenway
Física biológica	» Juan José Galiano
Química Médica	» Francisco B. Reyes
Botánica Médica	» Roberto B. Kolbe
Química biológica	*Vacante*
Histología teórico-práctica	» Samuel de Madrid
Anatomía Descriptiva	» Joaquín L. Figueroa
Semiología y ejercicios clínicos	*Vacante*
Anatomía Topográfica	*Vacante*
Fisiología General y Humana	» Mariano Alurralde
Anatomía Patológica	» José Badía
Bacteriología	» Juan Cárlos Delfino » Leopoldo Uriarte
Higiene Pública y Privada	*Vacante*
Materia Médica y Terapéutica	» Angel M. Centeno
Medicina Operatoria	» Leandro V. Valle (en ejercicio)
Clínica Ginecológica	» Alfredo Lagarde » José F. Molinari
» Oto-rino-laringológica	» Wenceslao Tello » Eliseo V. Segura
» Dermatológica y Sifilográfica	» M. Aberastury
Patología externa	» Pascual Palma
Patología interna	*Vacante*
Clínica Oftalmológica	» Francisco C. Barraza » Teófilo A. Moret
» Epidemiológica	*Vacante*
» Quirúrgica	» Enrique Corbellini » Daniel J. Cranwell » Avelino Gutierrez » Francisco Llobet » Marcelo Viñas » Nicolás Repetto
» Neurológica	» José A. Esteves » José A. Semprun
Medicina Legal	» Domingo S. Cavia » Pedro Barbieri (en ejercicio)
Clínica Médica	» Patricio Fleming » Ignacio Allende » Ricardo Colon
Clínica Obstétrica	» Fanor Velarde » Enrique A. Pardo » Enrique Zarate » Miguel Z. O' Farrel
Toxicología Experimental	» *Vacante*
Clínica Pediátrica	» Facundo Larguía » Antonio F. Piñero
» Génito-urinaria	» Pedro Benedit
» Psiquiátrica	» Benjamin T. Solari » José T. Borda
Patología General	*Vacante*

ESCUELA DE FARMACIA

ASIGNATURAS	CATED. TITULARES
Zoología general, anatomía y fisiología comparada	*Vacante*
Botanica y mineralogía	Dr. Adolfo Mujica
Química inorgánica aplicada	» Miguel Puiggari
Farmacognósia y posología razonada	» Juan A. Boeri
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Física farmacéutica	*Vacante*
Química analítica y toxicológica	» Francisco P. Lavalle
» » ensayo y determinación de drogas	
Técnica farmacéutica	» J. Manuel Irízar
Higiene legislación y ética farmacéutica . .	» Ricardo Schatz

ASIGNATURAS	CATED. SUSTITUTOS
Zoología gen., anatomía y fisiología comparada	*Vacante*
Botánica y mineralogía	*Vacante*
Química inorgánica aplicada.	*Vacante*
Farmacognósia y posología razonada . . .	Sr. Juan A. Dominguez
Química orgánica aplicada	*Vacante*
Física farmacéutica.	*Vacante*
Química analítica y toxicológica.	*Vacante*
» » ensayo y determinación de drogas	*Vacante*
Técnica farmacéutica	*Vacante*
Higiene legislación y ética farmacéutica . .	*Vacante*

ESCUELA DE PARTERAS

ASIGNATURAS	CATED. TITULARES
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . .	Dr. Juan R. Fernandez (con lic.)
Parto distócico y Clínica Obstétrica	

ASIGNATURAS	CATED. SUSTITUTOS
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica. . . .	Dr. Fanor Velarde (en ejercicio)
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 Etcheparborda

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

PADRINO DE TÉSIS

ACADÉMICO TITULAR

DOCTOR MANUEL BLANCAS

Á MIS PADRES

Á LOS MIOS

SENORES ACADÉMICOS:

SEÑORES PROFESORES:

Al adoptar el tema que encabeza este trabajo que como última prueba de estudiante, vengo á someter á vuestra consideración para así poder optar al grado de Doctor en Medicina, ha estado muy lejos de mi mente el creer que él pudiera enriquecer en algo los conocimientos actuales al respecto.

Convencido de la imposibilidad de ello, solo ha sido mi objeto, el reunir en un estudio de conjunto las diversas formas con que el elemento fiebre puede presentarse en las neumonias de los niños.

Existiendo por otra parte el hecho de haber tenido la oportunidad de observar en esta edad de la vida, algunos casos de neumonias francas en los cuales la curva térmica se apartaba de su marcha habitual, y sabida la importancia que ella tiene como factor diagnóstico en la afección que nos ocupa, he creído ver en ello su utilidad; razones que me han inducido á tomarla como objeto de esta mi disertación inaugural.

donde no es raro encontrar casos de neumonias francas en los que el diagnóstico suele revestir cierta dificultad.

La ausencia de síntomas tan importantes como el escalofrio inicial, dolor de costado, esputo neumónico, etc.; la posible manifestación tardía de los signos positivos ó la manera más ó menos vaga, con que pueden presentarse, contribuyen á ello.

Por otra parte, en esta clase de enfermos, lo mismo que en los demás estados patológicos, la mayoría de las veces son ellos incapáces de apreciar ó de precisar un síntoma subjetivo y esto, por razones fáciles de comprender.

Reducida entonces, en la infancia, la sintomatología tan vasta que es frecuente observar en el adulto, el médico está obligado á conocer y estudiar, en sus menores detalles, cada uno de estos síntomas, para poder sacar de ellos el mayor provecho posible.

Es por esta razón, que de entre los síntomas capitales de la neumonia, vamos á emprender el estudio del elemento fiebre, bajo su faz común y típica y bajo las diversas formas anómalas que puede presentar en ella su cíclo térmico.

Trataremos luego de las consecuencias diagnósticas y pronósticas, que de él podamos sacar.

En el hombre, al estado de salud, el mantenimiento de la temperatura normal es debido, al equilíbrio ó compensación que exíste entre la producción y la pérdida del calórico.

Siempre entonces que por cualesquiera causa, este equilíbrio compensatriz sea perturbado, tendremos: ó bien una disminución, ó una elevación de la temperatura del cuerpo, y en este último caso dice Jaccoud: «La simple elevación de la temperatura, basta para caracterizar y definir la fiebre».

Pero si bien es cierto, que basta la simple elevación de la temperatura para darnos á conocer la existencia de la fiebre, las teorías abundan cuando tratamos de explicarnos el mecanismo y la naturaleza íntima de esta elevación térmica.

Por lo tanto dejaremos de lado esta discusión, que no nos interesa mayormente aquí, y veamos cuales son las causas que puedan producirla.

Bajo el punto de vista etiológico, las causas

que producen un aumento de la temperatura, pueden dividirse en cuatro grupos que son:

1° Temperatura exterior exagerada.

2° Contracciones musculares tetánicas.

3° Lesiones traumáticas de los centros nerviosos.

4° Enfermedades infecciosas.

La fiebre que se observa en el transcurso de las enfermedades infecciosas, es debida, según lo prueban las múltiples experiencias hechas con este objeto, á la acción producida en el organismo por los productos tóxicos elaborados por los bacterios propios á cada una de ellas.

Estas sustancias, dotadas de un poder piretógeno especial, actuarían modificando directamente el quimismo celular según unos; ejerciendo su acción sobre el sistema nervioso central, según otros, dando por resultado la producción en el organismo de esa manifestación general que llamamos reacción febril y de la cual el termómetro, nos indica su grado de intensidad.

Su evolución y su marcha, variable según las distintas enfermedades, presenta en cambio, en algunas de ellas caracteres muy especiales.

La neumomia franca, la neumonia fibrinosa, cuyo agente patógeno es el neumococo de Fränckel, posee como muchas otras enfermedades piréticas, un cíclo térmico característico y bien definido, cuyo valor diagnóstico adquiere tal importancia,

que muchas veces basta él solo, para poner en conocimiento del médico la afección que nos ocupa, ó por lo menos afirmarla cuando ella es dudosa.

De aquí que se les haya dado á esta clase de enfermedades, el nombre de *Piréxias típicas*. La neumonia fibrinosa pertenece á esta clase.

En los niños, la neumonia franca es de las enfermedades febriles, la que dá temperaturas más elevadas y que suelen llegar á 40°, 41° y aún más, siendo sin embargo estas últimas, más raras que la primera.

Según afirma Bonnard-Favre, la neumonia presentaría una temperatura más elevada en los niños de sexo femenino, que en los de sexo masculino.

El ciclo térmico propio de la neumonia consta de un período inicial ó début, un período de estadío ó fastígium y un período de descenso, cada uno de los cuales posee ciertos caracteres particulares, que pasamos á estudiar.

La iniciación de la elevación térmica, se hace en la neumonia del niño, como en la del adulto; de una manera brusca y súbita, aunque un poco menos intensa y sobreviniendo generalmente en el individuo en pleno estado de salud.

Muy raro es encontrar en ella un período prodrómico, pero el estudio atento de ciertos casos, demuestra que la neumonia franca, no es siempre un accidente súbito é imprevisto en el transcurso de una salud perfecta.

Hay una faz preparatoria que nos es difícil constatar, pero que existe en muchos casos.

J. Comby por su parte, ha podido comprobar en unos veinte casos síntomas prodrómicos.

Consisten estos ya en un trastorno gástrico, acompañado de una temperatura poco elevada, que dura por espacio de varios días al cabo de los cuales se declara la neumonia, ó bien es la diarrea, la cefalálgia, un malestar general ó dolores abdominales, los que lo reemplazan.

El tiempo que dura este período prodrómico está comprendido y puede medirse, por el tiempo que transcurre desde las primeras manifestaciones generales, hasta la aparición del escalofrio, vómitos ó convulsiones, que preceden al ascenso brusco de la temperatura.

El escalofrio, frecuente, por no decir constante en la edad adulta, es muy raro en el niño por debajo de seis á siete años ó por lo menos muy difícil de constatarlo, haciéndose más frecuente á medida que se aproxima á la mayor edad.

Los vómitos se observan mucho más á menudo y las estadísticas lo mencionan en una proporción de 50 o/° de los casos, entre los síntomas de comienzo de la neumonia. Los primeros comienzan por ser alimenticios, para hacerse luego biliosos si ellos aumentan de frecuencia.

En cuanto á las convulsiones, ellas no son raras al principio de la neumonia franca en los

niños menores de dos años, pero después de esta edad, es más difícil encontrarlas. En ambos ellas se limitan á un solo ataque, que es el que abre la escena.

Después de tener lugar algunas de las manifestaciones anteriormente indicadas, comienza á iniciarse el ascenso de la temperatura, el cual para alcanzar á su máximum, emplea según algunos autores de dos á cuatro horas; otros lo elevan á siete ú ocho, siendo lo más frecuente observar que transcurra este último tiempo, antes de que la temperatura llegue á 39°, para en pocas horas después encontrarse en 40° ó en 41°.

En los niños caquécticos y en los debilitados, este período de invasión puede presentarse de una manera tan atenuada, que suele á veces pasar desapercibido.

Llegada á su máximum la temperatura, en el período de comienzo, hace continuación á él, el segundo período ó de estadío, durante el cual la fiebre sigue una marcha, con variaciones, que si bien un poco más acentuadas que en el adulto, es raro ver en ella grandes oscilaciones.

Presenta generalmente una marcha contínua ó sub-contínua.

Sus variaciones consisten en remisiones matutinas, que no son por otra parte sinó la acentuación de las oscilaciones que la temperatura normal efectúa en el hombre sano, y que á veces,

en lugar de hacerse por las mañanas, estas remisiones se efectuan por las tardes, presentándonos la curva térmica, lo que se denomina fiebre á *tipo invertido.*

Godwin Jennings, ha observado una remisión térmica, bastante notable y que según él, tendría lugar durante el segundo ó tercero día de la neumonia.

En cinco casos, la fiebre que se encontraba en 41° y 40°, había caído á 38° y 37° para volver á ascender nuevamente al siguiente día.

Este descenso súbito del segundo ó tercer día podría inducir, dice, en error de diagnóstico, cuando con él concurre la aparición tardía de los signos físicos, como aconteció en tres de los casos por él citados; mientras que en los otros dos, debido á la presencia de estos mismos signos físicos, pudo mantenerse el diagnóstico establecido.

Para Cadetde Gassicourt, no existiría esta depresión térmica del segundo ó tercer día y cree que ella solo ha podido ser notada, no en la neumonia franca, sinó en casos en que se trataba de congestiones simples del pulmón; marcando esta defervescencia, el interválo entre dos poussées congestivas.

Por otra parte su interpretación, agrega, sería un hecho muy difícil, en una inflamación contínua como lo es el proceso neumónico.

Durante el período de estadío de la neumonia

fibrinosa, en los niños, el termómetro marca temperaturas muy elevadas.

J. Kineston, citado por J. Comby, refiere un caso de neumonia fibrinosa en una niñita de tres años de edad, en la cual la temperatura (axilar), llegó á más de 43°, terminando la enfermedad por la sanación.

El mismo J. Comby ha podido observar un caso igual, con 43° de temperatura (rectal), en una neumonia masiva de los 2/3 inferiores del pulmón derecho, pero en el cual la terminación de la enfermedad tuvo un resultado fatal.

Bonnard-Favre, del estudio de la curva térmica en 153 casos de neumonia franca en los niños, obtiene el siguiente resultado: en el 58 p. 100 de los casos el termómetro pasó de 40°; en 1/3 de ellos pasó de 40°4.

En las neumonias del lóbulo medio derecho, la temperatura ha sido más elevada que en las demás; viniendo enseguida las neumonias dobles, luego las de la base derecha y en último lugar las del vértice izquierdo.

Es entre 40° y 40°5 que se mantiene por regla general la intensidad de la fiebre, presentando su máximum durante el segundo ó tercero día de la neumonia, después de lo cual comienza á decrecer un poco. Con este máximum de temperatura hacen su aparición generalmente los signos pulmonares; ó si ellos ya existian, es su manifestación más neta la que se comprueba.

Uno ó dos días antes de que la defervescencia tenga lugar, se producen á menudo remisiones notables ó elevaciones de la temperatura, pero no alcanzando estas últimas al máximum anterior.

La evolución de este período de estadío de la curva térmica, que coincide por otra parte con la evolución del proceso mórbido del pulmón, se prolonga por espacio de siete días al cabo de los cuales se hace la defervescencia.

Según Rilliet y Barthez esta tendría lugar entre el sexto y el octavo día después del comienzo de la enfermedad. En más de la mitad de los casos se verificaría el séptimo día; en un cuarto de los casos durante el cuarto día y en un sexto de los casos durante el octavo día.

En su estadística, J. Comby (1) y en la que estudia la defervescencia en 312 casos de neumonia franca en los niños, ha obtenido el siguiente resultado:

	NÚM. DE CASOS		NÚM. DE CASOS
El 3er. día	1	Suma anterior	285
4º. »	7	12º. día	8
5º. »	27	13º. »	4
6º. »	46	14º. »	9
7º. »	63	15º. »	1
8º. »	54	17º. »	1
9º. »	38	19º. »	2
10º. »	37	20º. »	1
11º. »	12	25º. »	1
	285	Total	312

(1) Grancher et Comby 1904.

Sobre este total se ve que la defervescencia se ha verificado entre el sexto y el décimo día 238 veces, mientras que en los demás días solo ha tenido lugar 74 veces.

La conclusión á que arriba el citado autor es que: en la inmensa mayoría de los casos ó sea en un 75 °/₀ la defervescencia de la temperatura tiene lugar entre el sexto y el décimo día de la neumonia.

La terminación de la curva térmica en la neumonia tiene lugar frecuentemente por crísis: *Terminación crítica*. La defervescencia por lísis es muy poco común.

Henoch ha encontrado á la primera, 37 veces sobre 45 casos y solamente ocho veces la segunda.

El descenso de la temperatura, comienza en las horas de la tarde y continúa su marcha durante la noche. Algunos autores sostienen que las crísis que comienzan en las horas de la mañana emplean un tiempo más largo en terminarse.

De 40° á 41° en que se encontraba la temperatura, baja en el espacio de algunas horas á la normal ó por debajo de ella, manteniéndose así por espacio de varios días, durante la convalescencia, ó bien se produce una pequeña elevación térmica el siguiente ó segundo día después de la crísis, pero que desaparece prontamente.

En un caso referido por Cadetde Gassicourt la crísis se efectuó en el espacio de dos horas, descendiendo la temperatura de 40°2 á 36°1.

Muy rápida en algunos casos, sobre todo en aquellos en que la evolución de la enfermedad ha sido muy aguda y la temperatura elevada, á tal punto que en seis ó doce horas el termómetro puede descender á la normal; la crísis es en otros casos, mucho más lenta en producirse, empleando 24 y hasta 36 horas para bajar la temperatura á la cifra normal.

Acompañan á ella comunmente, algunos fenómenos funcionales, tales como una sudación profusa, disminusión del número de pulsaciones y respiraciones, etc., seguidos de un sentimiento de bienestar general de parte del enfermo.

La orina presenta también algunas modificaciones; su secreción, que durante el período de estadío de la enfermedad había disminuído progresivamente, es aumentada considerablemente con la crísis, llegando á superar la cantidad normal, al mismo tiempo que su exámen químico permite constatar el aumento de su coeficiente tóxico.

La sudámina suele hacer su aparición en el momento de la crísis. Una epístaxis ó la caída del cabello han iniciado una crísis (Grancher et Comby).

En cuanto á la curva térmica, es una perturbación en su marcha, la que se observa muy frecuentemente en los niños, pudiendo ella á veces hacernos prever la próxima realización de la crísis.

Estas modificaciones en la marcha de la temperatura, conocidas con el nombre de *Perturbaciones críticas,* se traducen gráficamente ya por una pequeña elevación térmica el día anterior á la crísis, para en seguida efectuarse ésta (ascención pre-crítica); ó bien otras veces es un descenso, el que se produce uno ó dos días antes y que si bien muy raramente, puede, sin embargo, ser de tal importancia, que suele llegar á la normal ó aun por debajo de ésta, como si fuese una verdadera crísis.

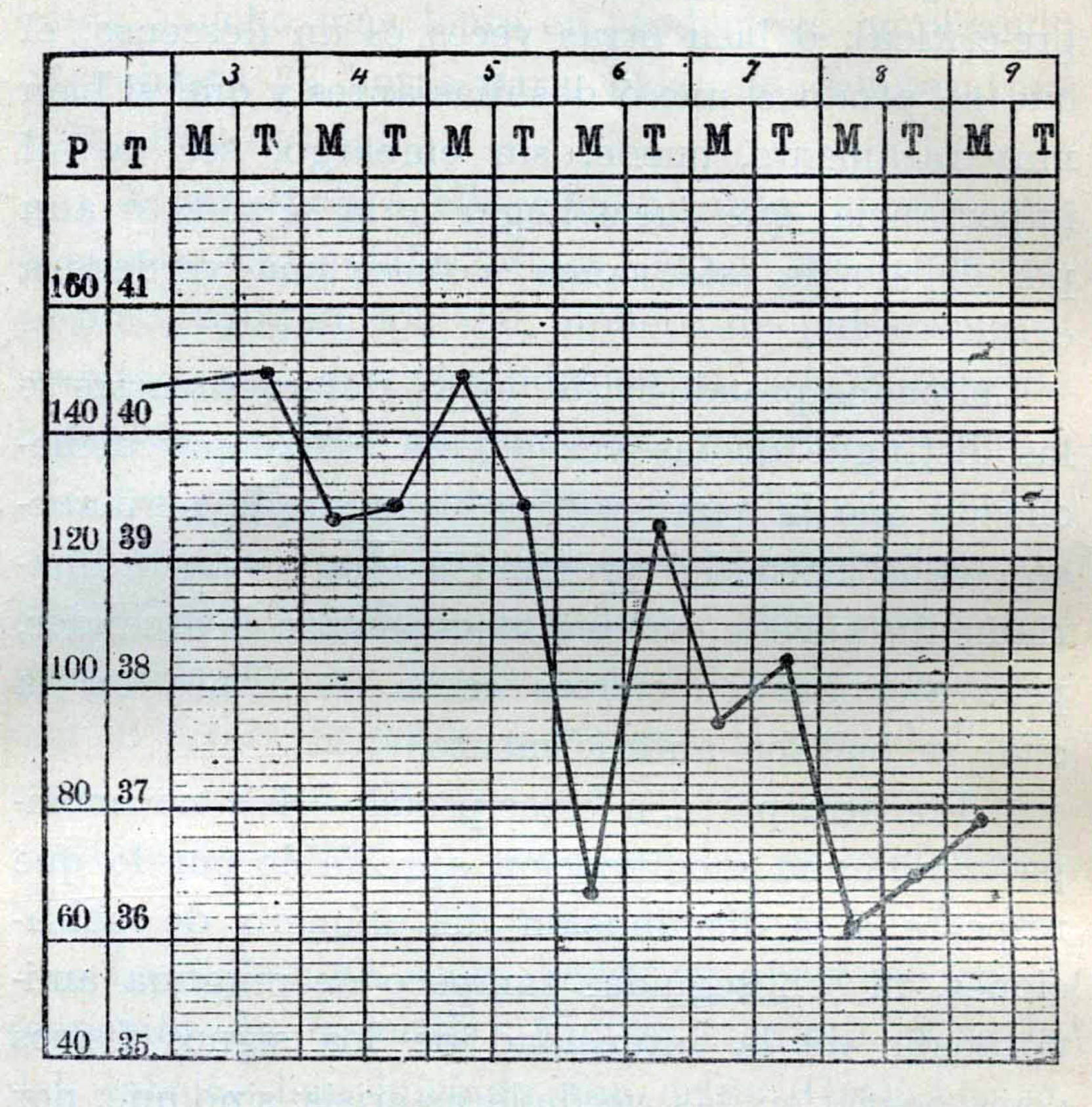
Llamadas pseudo-crísis, estas defervescencias se las distingue de las verdaderas crísis, por el hecho de que la temperatura en lugar de permanecer en la normal ó próximo á ella, como ordinariamente sucede, vuelve nuevamente á ascender, para alcanzar en ciertos casos, la altura en la cual se hallaba anteriormente.

Por otra parte, á estas pseudo-crísis no acompaña ninguna modificación apreciable por lo que respecta á la disminución del número de pulsaciones, ni son seguidas tampoco de ninguna aminoración de la intensidad de los signos físicos como ocurre en las verdaderas crisis; sino que, por el contrario, suele constatarse á veces la acentuación ó recrudescencia de algunos de ellos y que podrían hacernos sospechar la aparición de algunas de las complicaciones graves de la neumonia.

El caso que publicamos á continuación es un ejemplo de estas pseudo-crísis.

Obs. I.

A. G.—Edad 2 años. Arg.



Obs. I. — A. G. 2 años.

Antecedentes hereditarios y personales: sin importancia.

Enfermedad actual. Data ella de hace unos seis días, habiendo comenzado con fiebre muy alta,

contínua, tos acompañada de secreción, frecuente y por accesos. Ligera díspnea.

Examinada á su ingreso al servicio el día 3 de diciembre, se observa una díspnea no muy intensa, con respiraciones irregulares y entre cortadas.

El exámen auscultatorio y percutorio del tórax, permite comprobar la existencia de una zona de sub-matitez, que ocupa el vértice y lóbulo médio del pulmón derecho, oyéndose al mismo nivel un soplo tubario expiratorio. Base movible.

En el pulmón izquierdo, hay rales bronquiales diseminados. Base libre. Temperatura 40°5 por la tarde.

El pulso es pequeño, regular é igual, latiendo 130 veces por minuto.

Orina regular cantidad.

Tratamiento: dieta láctea, bebidas expectorantes, fomentos fríos y baños tibios.

Día 4. La temperatura ha descendido á 39°3, continuando el mismo estado general.

Día 5. La temperatura oscila entre 39°5 y 40°5; la díspnea es mayor, hay insomnio. Pulso 140 por minuto.

Día. 6. Se produce un descenso brusco de la temperatura de 39°4 á 36°4 (pséudo-crísis) persistiendo, sin embargo, los mismos síntomas pulmonares; la tos, díspnea, etc.

Por la tarde la temperatura vuelve nuevamente á ascender encontrándose en 39°2.

Día. 8. Tiene lugar la crísis bajando la fiebre á 36°1. Los síntomas pulmonares se constatan pero en menor intensidad.

Donde existía el soplo tubario, se oyen ahora gran cantidad de rales sub-crepitantes finos y una respiración brónquica.

La tos ha disminuído mucho, hay apetíto y el niño duerme bien.

En los días subsiguientes la enfermita se encuentra cada día mejor, ha desaparecido la tos, la temperatura no ha vuelto á ascender y no se encuentra ningún síntoma pulmonar.

Sale de alta curada el día veinte del mismo mes.

La caída brusca de la temperatura, suele en algunos casos detenerse en su marcha durante algunas horas, para ser completada al cabo de 24 ó 36 horas después, á veces más; son estas las llamadas defervescencias ó crísis prolongadas y que se presentan en las neumonias del vértice.

Complicaciones tales como el enfisema, la pleuresia, coqueluche, etc., ó la acción de una indicación terapeútica, ejercen también sobre ella alguna influencia, haciéndole tomar caracteres completamente distintos.

Con la realización de la crísis, tiene lugar la terminación del cíclo térmico de la neumonia franca, pero no así la del proceso pulmonar que la origina, el cual recién comienza, una vez efectuada la crísis á retrogradar de una manera lenta y progresiva, empleando para ello varios días hasta desaparecer por completo, de tal modo que la duración de este último es mayor que la duración del cíclo térmico.

Es esta prolongación del proceso pulmonar, el llamado período de resolución de la neumonia, con el cual el enfermo entra en la convalescencia. Durante ella la temperatura se mantiene en la hipotermia por espacio de varios días y aun semanas, el apetito renace y el sueño es más tranquilo.

El pulso disminuye notablemente de frecuencia y se hace frecuentemente irregular.

Una pequeña elevación de la temperatura á 38° ó 38°2 suele aparecer dos ó tres días después de iniciada la convalescencia, á la cual no se le atribuye mayor importancia, pues desaparece muy prontamente.

Un defecto de equilibrio de los centros de regulación térmica, parece ser su causa y no una infección sobreagregada.

La duración de la convalescencia varía según la forma é intensidad de la neumonia, contribuyendo también á ella el estado general del enfermo.

Conjuntamente con la curva térmica en las neumonias, es de gran interés debido á la estrecha relación que entre ellos exíste, el estudio del pulso y de la respiración.

Así como súbita es la ascención de la temperatura en la enfermedad de que tratamos, el pulso se inicia aumentando su número á 130, 140 ó 150 pulsaciones por minuto, siendo por regla general tanto mayor su frecuencia, cuanto más elevada es la temperatura y menor la edad del niño.

Él es regular, pequeño, tenso, igual y á veces dicroto.

Durante el período de estadío de la fiebre, el pulso guarda con ésta cierta relación, coincidiendo sus variaciones de frecuencia con la elevación ó descenso de la temperatura; relación que á pesar de existir ordinariamente suele á veces faltar, á causa de ser influenciada por alguna de las complicaciones propias de la neumonia ó por tratarse ya de enfermos cuyo organismo se encuentra debilitado ó en estado de caquéxia.

Con la declinación de la temperatura se realiza también la disminución del número de pulsaciones, aunque no de una manera tan rápida como la de la fiebre, soliendo comenzar en los casos en que la enfermedad tiende á la curación, uno ó dos días antes de la crísis y de una manera progresiva.

La tensión del pulso disminuye notablemente al finalizar el ciclo térmico y es frecuente constatar en él su irregularidad, la cual se continúa durante la convalescencia por espacio de varios días y que atribuída antes á verdaderas miocarditis, son consideradas hoy como simples perturbaciones de inervación cardiaca, quizás de origen tóxico, y que desaparecen sin dejar luego ningún vestígio.

Cuando la terminación de la neumonia va á tener un resultado fatal, el pulso varía aumentando considerablemente de frecuencia y conservándola hasta el final.

Otra de las consecuencias que también depende de la elevación de la temperatura, es el aumento de la frecuencia respiratoria, á la que contribuye, además, en gran parte, la extensión del foco de hepatización y la intensidad del síntoma dolor.

De 18 á 20 respiraciones por minuto, que es la cifra normal que se observa en el niño sano, los movimientos respiratorios aumentan su fre-

cuencia en esta piréxia á 50, 60 y hasta 80 por minuto, siendo á pesar de ello, lo más comunmente regulares.

Otras veces se constata una respiración entrecortada, algo desigual, á tipo abdominal y acompañada de levantamiento de las alas de la nariz.

La aceleración de la respiración, es considerable al principio de la neumonia fibrinosa, sobre todo en los niños muy pequeños, menos frecuente en los niños de más edad. La fiebre tiene sobre ella una influencia cuya determinación nos es difícil apreciar.

Durante la evolución de la enfermedad los movimientos respiratorios conservan una marcha que si bien no guarda con la curva térmica, una relación tan estrecha como el pulso, la sigue muy de cerca, variando en razón directa del aumento de la temperatura y siendo tanto más intensa cuanto mayor es la extensión del foco de hepatización pulmonar.

A esto último hacen ecepción las neumonias de vértice, pues á pesar de la limitación del proceso local del pulmón, es en ellas donde á veces el número de respiraciones alcanzan las cifras más elevadas y se presentan lo más á menudo con caracteres irregulares. Su causa parece ser la irritación producida por el proceso local sobre el nervio pneumogástrico.

Así como existe cierta relación del pulso y

la respiración con respecto á la intensidad de la fiebre, la encontramos también cuando consideramos entre sí á los dos primeros.

En el niño sano, á cada movimiento respiratorio, corresponden cuatro pulsaciones, proporción que se encuentra completamente alterada en el niño atacado de neumonia franca, donde á consecuencia del aumento de la frecuencia respiratoria, ella llega á ser de uno por tres ó de uno por dos.

La proporción de una respiración por tres pulsaciones merece ser tenida muy en cuenta cuando se trata de hacer diagnósticos diferenciales con la neumonia, pues su frecuente constatación, ha hecho que ella sea considerada por algunos autores, como *característica de la neumonia franca.*

CAPITULO II

Temperaturas anómalas

En el capítulo anterior hemos tratado de estudiar de la manera más detallada posible, la marcha que sigue la temperatura en las neumonias francas primitivas, su duración y demás caracteres que la acompañan.

Al lado de esta forma típica del ciclo térmico, muy frecuentemente observada, vamos á colocar las neumonias, raras por otra parte, en las que la curva térmica sigue una marcha completamente distinta y que merecen ser conocidas.

Son las formas anómalas de la neumonia, en las que el cíclo térmico presenta una evolución diferente en cuanto á su marcha, ya sea en lo que se refiere á su duración, que puede ser menor que la observada comunmente en la neumonia, presentándonos las formas cortas ó abortivas, ya mayor, constituyendo las formas prolongadas; ó

bien son las oscilaciones térmicas que él experimenta las que le imprimen una modalidad distinta.

Entre las primeras se encuentran las *neumonias abortivas,* llamándose así á aquellas que en lugar de efectuar su crísis del sexto al octavo día, nos presentan un cuadro térmico cuyo periodo de estadío es mucho más corto, terminando su evolución, con una defervescencia que se realiza durante el tercero ó cuarto día, que hacen continuación al comienzo de la enfermedad.

Son neumonias en las que el proceso pulmonar no cumple toda su evolución, deteniéndose en su camino, para presentarnos la faz última de la neumonia franca.

Su frecuencia no es tan rara como lo quieren algunos autores, sobre todo en la infancia, en quien J. Comby ha visto efectuarse la defervescencia antes del quinto día 35 veces sobre un total de 354 casos de neumonia.

Como en la neumonia franca común, la neumonia abortiva se inicia con la misma sintomatología, es decir, á veces con prodrómos, más frecuentes por otra parte en el niño que en el adulto y que se traducen por cefalálgias, malestar general, insomnio, ó una elevación térmica de pequeña intensidad.

Los vómitos, convulsiones, etc., abren el periodo de ascenso de la temperatura, que es brusco y seguido de tos, díspnea, dolor de costado, etc.,

aunque muy inconstantes y variables en sus manifestaciones.

La neumonia abortiva en el niño, tiene su localización más frecuente en la fosa supra espinosa derecha, donde ella se acusa por una submatitez, ausencia de respiración, broncofónia y algunas veces, un verdadero soplo. (D'Espine et Picot).

Sin embargo estos síntomas físicos, no son siempre tan manifiestos y su atenuación é inconstancia contribuyen á hacer más difícil el diagnóstico de estas formas de neumonias.

Los signos dados por la percusión suelen faltar á veces ó ser apenas apreciables; lo mismo ocurre en cuanto á la presencia del soplo tubario, que relativamente poco frecuente en los niños, se presenta con los caracteres de un soplo de tonalidad grave y suave, con mayor intensidad en la expiración; ó en su reemplazo existe una respiración tubaria.

Los rales sub-crepitantes finos y medianos, se encuentran con mayor frecuencia que los rales crepitantes.

Con una sintomatología tan poco acentuada á veces, por lo que respecta al proceso pulmonar, con una temperatura que se mantiene alrededor de 40° durante tres ó cuatro días, acompañada por todos sus síntomas reaccionales, se observa inesperadamente al cabo de este tiempo, la fiebre

descender á la normal ó por debajo y conjuntamente con ella la desaparición de los síntomas generales.

Al siguiente día ó dos días después comienzan los síntomas pulmonares á decrecer lenta y progresivamente.

Son esta evolución rápida, la marcha de la curva térmica y su terminación felíz, las que caracterizan principalmente á esta forma abortiva de la neumonia.

Como ejemplo de neumonia abortiva, publicamos el siguiente caso, el cual me fué cedido galantemente por el Dr. G. Araoz Alfáro y en el que la neumonia fué diagnosticada después de efectuarse la crisis:

Obs. II.

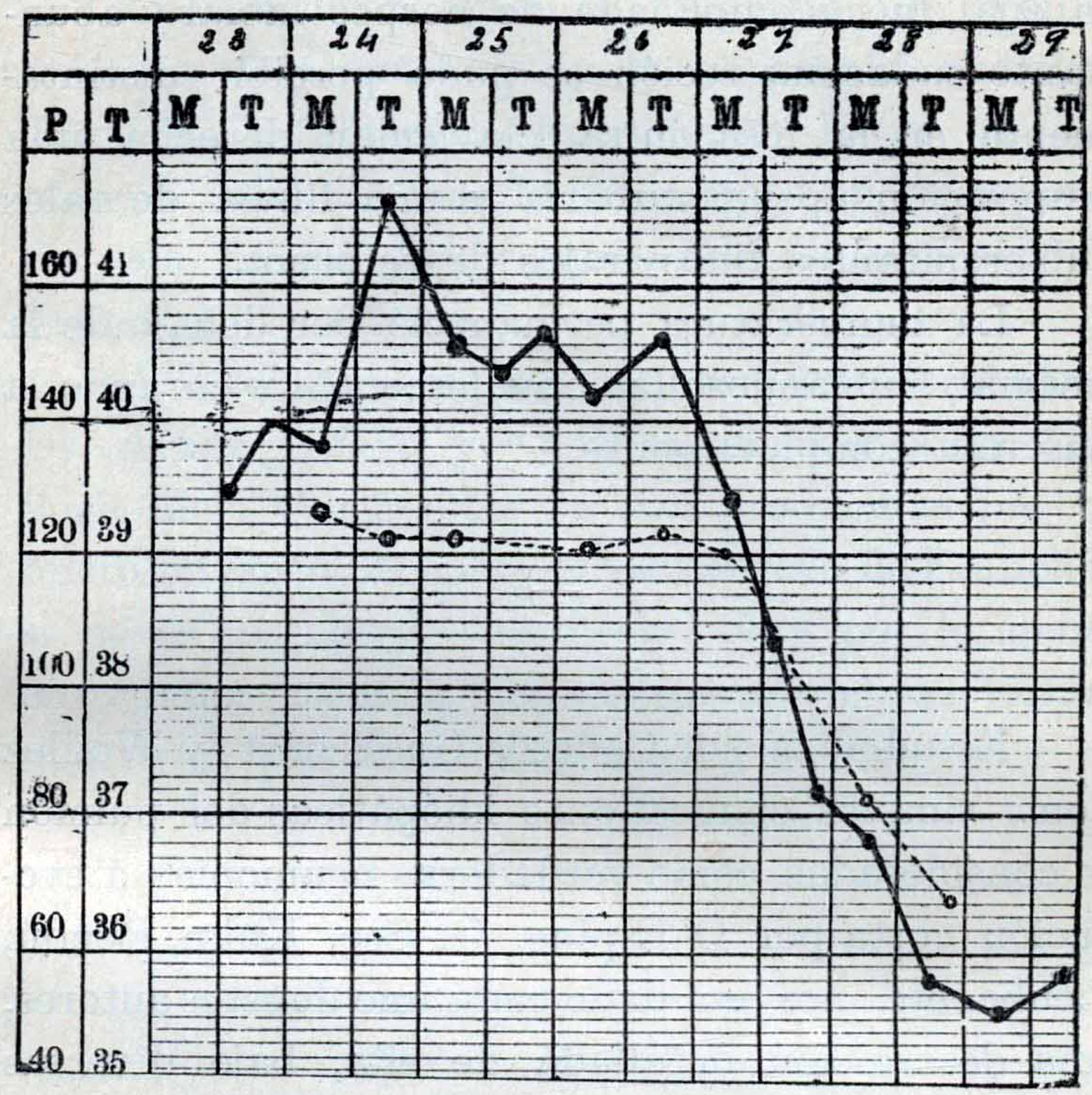
J. K. Edad 5 años. Arg.

Antecedentes hereditarios y personales: Excelentes.

La enfermedad actual, precedida el día anterior de un período prodrómico consistente en malestar general, decaimiento y pérdida de apetito, se inicia bruscamente, elevándose la temperatura á 40°, acompañada de delirio y agitación.

Al siguiente día aparecen dolor en la garganta y una angína derecha sin excudado. Existe muy poca tos y nada de díspnea.

La temperatura llega á 41°6 por la tarde. Pulso 122 y respiraciones 30 por minuto.



Obs. II. J. K. 5 años

(Neumonia á forma abortiva).

El tercer día de la enfermedad recien se puede constatar una ligera sub-matitez en la fosa supra espinosa derecha, sin ser acompañada por ninguna modificación de la auscultación.

Tratamiento: Salol, Resorcina, Alcohol y baños templados.

Después de efectuada la crisis el quinto día,

la cual fué acompañada de herpes labial y abundante sudación; recién se pudo percibir distintamente en la fosa infra clavicular derecha una respiración apenas tubaria y una lluvia de rales sub-crepitantes finos (rales de retorno).

La temperatura permaneció por debajo de la normal, iniciándose la convalescencia y curando la enferma completamente.

—

Estudiadas por Cadetde Gassicourt y Woillez como simples congestiones idiopáticas del pulmón y consideradas como verdaderas neumonias á evolución corta por D' Espine, G. See, Kühn, Rendú, Leube, etc., nos han dado cada uno de estos autores, una descripción detallada de ella, bajo diversas denominaciones, pero cuyos caracteres diferenciales eran de tan escasa importancia, que no bastaban para establecer sus límites precisos con la congestión de Woillez y Cadetde Gassicourt con la cual se la confundía.

Esta gran confusión, debida quizás á la falta de estudios anátomo-patológicos, como argumenta Henoch, ha sido claramente definida por nuestro sabio profesor el Dr. G. Araoz Alfáro, en su tésis inaugural sobre «Infecciones anómalas de los órganos respiratorios».

La distinción entre la congestión de Woillez y Cadet de Gassicourt, y la neumonia abortiva, difícil de establecer clínicamente, lo es de una manera infalible cuando se constata en los esputos de esta última la presencia del neumococo de Fränckel.

A este respecto, en su interesante trabajo el Dr. Araoz Alfáro y como conclusión á la cual llega dice: Quizá ellas no son producidas por un microbio específico, pero el neumococo de Fränckel, si no es un agente constante, obra por lo menos en muchos casos, y especialmente en las formas abortivas, pseudo-neumónicas.

En oposición á la forma anteriormente estudiada y que por razón de la corta duración de su período evolutivo se la llama abortiva, existen otras, cuyo fastígium es más duradero que el observado en la neumonia típica y que pueden efectuar el descenso crítico á los 12, 15 ó 20 días después del comienzo de la enfermedad.

En estas formas conocidas con el nombre de *neumonias prolongadas,* no consideramos á aquellas en que una complicación intercurrente, como ser la pleuresia, pueda prolongar el mantenimiento de la fiebre y ofrecernos el mismo cuadro térmico, aunque debido á causa distinta.

¿A qué razones obedece esta prolongación de la fiebre?

La explicación nos la dan conocidos autores, basándose en la patogénia de la neumonia fibrinosa.

A un foco de infección neumónica, ó á varios focos, pero que evolucionen conjuntamente, dicen, corresponde una curva térmica que raramente

dura más de siete días; siempre entonces que esta duración sea mayor, la persistencia de la fiebre deberá atribuirse, ó al desarrollo de nuevos focos de neumonia ó á una infección secundaria ó complicación, que viene á perturbar la marcha de la enfermedad.

Otros como Comby admiten que la temperatura puede ser prolongada, debido á las circunstancias siguientes: 1° Cuando la neumonia es masiva ó extendida. 2° Cuando es serpiginosa. 3° Cuando es doble y sucesiva. 4° Cuando es á recaídas; y en un quinto grupo coloca á las neumonias secundarias.

En efecto, la fiebre íntimamente ligada al proceso infeccioso pulmonar, y debida al pasaje en la sangre de las toxínas elaboradas por el micróbio específico, se mantendrá mientras dure su evolución y la elaboración de las toxínas, descendiendo, cuando ellas hayan terminado.

Pero si antes de que esto ocurra, un nuevo foco se establece, se tendrá un nuevo ciclo térmico correspondiente á él, que se confundirá con el anterior por el hecho de ser sub-intrante y que necesitará varios días para evolucionar. La defervescencia tardará entonces 12, 15 ó 20 días en producirse.

Esta prolongación del período evolutivo de la lesión local del pulmón, se traduce en el ciclo térmico, por la prolongación del período de estadío.

Llamadas también *migratrices* ó *serpiginosas*, estas neumonias evolucionan con temperaturas que pueden permanecer altas de una manera contínua ó bien presentar oscilaciones muy marcadas.

Ejemplo de neumonia á ciclo térmico prolongado es el caso siguiente, cuyo período de estadío presenta una duración de 18 días.

Obs. III.

N. N., edad 2 $^1/_2$ años.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

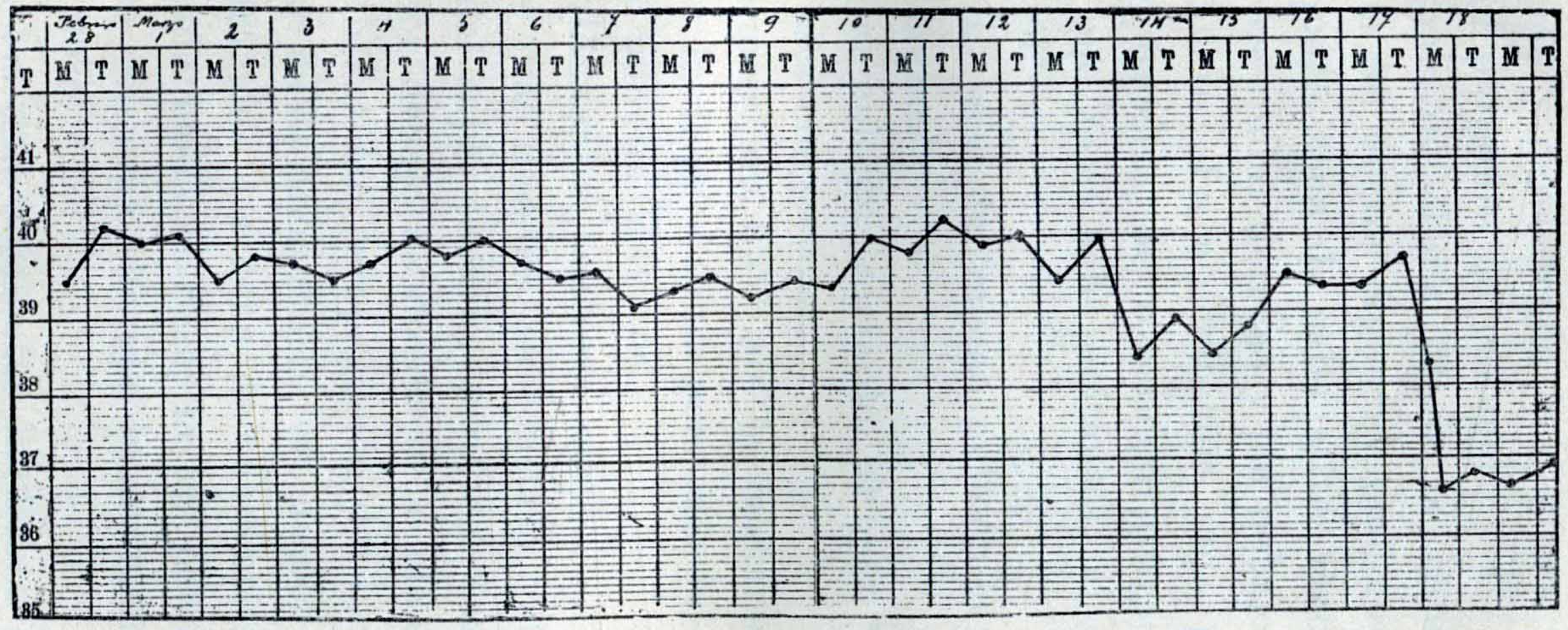
Antecedentes personales. — Fuera de ligeros trastornos intestinales, no ha tenido ninguna afección de importancia.

Enfermedad actual.—Niño en perfecto estado de salud; el día 28 de Febrero del corriente, fué atacado súbitamente de fiebre alta, acompañada de tos, vómitos y constipación.

Examinado su tórax presenta una ligera díspnea; á la percusión no existe ningún cambio sensible en cuanto á sonoridad, sólo se constata á la auscultación una disminución del murmullo vesicular y algunos rales congestivos, más abundantes en la cara posterior del pulmón derecho y por debajo del ángulo de la escápula.

Se le prescribe dieta, fomentos fríos y bebidas expectorantes.

Continúa presentando temperatura que oscila entre 39°5 y 40° durante los tres días subsiguientes, sin mayor constatación de síntomas del lado



Obs. III. N. N. Edad 2 $^1/_2$ años

Neumonia fibrinosa (Forma prolongada)

del pulmón y persistiendo la díspnea. Se le administra un purgante de calomel.

Examinado el día 5° de la enfermedad en compañía del doctor Aguilar, pudimos constatar una pequeña zona de sub-matitez colocada sobre la línea escapular derecha y por debajo del ángulo del omóplato. La auscultación deja percibir un soplo expiratorio, de tonalidad grave, al mismo tiempo que rales sub-crepitantes, al final de la inspiración.

En la base del mismo pulmón la entrada del aire es normal.

En el pulmón izquierdo, se oyen también algunos rales congestivos.

Temperatura 39°7 por la mañana y 40° por la tarde; la díspnea es un poco más intensa. Pulso 150 por minuto. Hay tos.

Tratamiento: ventosas secas.

Dos días después, se constata todavía la presencia del soplo tubario, pero en una región situada por debajo de donde se le oía antes y con mayor intensidad (propagación del foco anterior).

Hay rales abundantes en ambos tiempos de la respiración. La zona de sub-matitez está más aumentada hácia la base; la tos persiste, la temperatura continúa elevada, manteniéndose alrededor de 39°5.

En los días siguientes la fiebre oscila entre 39°2 y 40°2, con ligeras remisiones matinales. Los

síntomas pulmonares se mantienen con igual intensidad, más manifiestos, sin embargo, hácia la base.

Continúa el mismo estado general.

El día 14 la temperatura á descendido á 38°4, la tos no es tan pronunciada y el sueño menos agitado. Pulso poco tenso.

El día 17 por la tarde la temperatura sube á 39°7 para caer á la mañana siguiente á 36°6 (crísis). El soplo es ahora menos intenso, casi imperceptible.

Hay gran cantidad de rales sub-crepitantes (rales de retorno). Pulso poco tenso.

La tos ha disminuído mucho y la díspnea ha desaparecido.

La temperatura no ha vuelto á ascender y al resolución sigue su marcha.

Después de nueve días de apiréxia completa y durante los cuales han desaparecido completamente los signos físicos, la fiebre reaparece nuevamente, constatándose una pleuresia purulenta del lado derecho, de la cual se le opera.

Pero no siempre el período de estadío de la fiebre, presenta una marcha contínua como en el caso anterior.

Á veces se producen remisiones notables, verdaderas pseudo-crísis, que señalan el intervál o existente entre la terminación del proceso anterior y la iniciación del nuevo foco de neumonia.

En el presente caso, observado con el Dr. D. Aguilar, se comprueba una de estas pseudo-crísis con la cual coincide la aparición del segundo foco de hepatización.

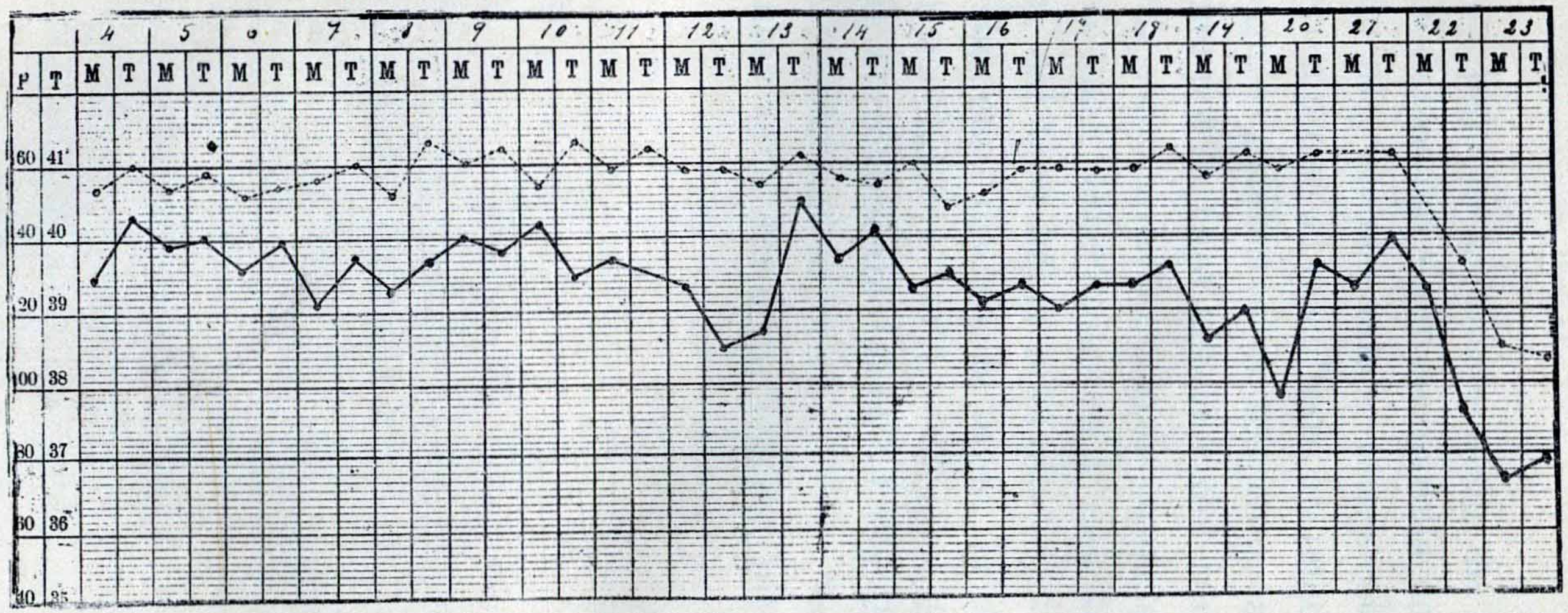
Obs. IV.

N. B. Edad 3 años.

Antecedentes hereditarios y personales: Buenos.

La enfermedad tiene un comienzo idéntico al caso anterior; fiebre alta, vómitos, dolor en el costado derecho, pulso frecuente, etc.

El tercer día se comprueba en el espacio inter-escapular derecho, una zona en la cual se encuentran signos bien manifiestos, de hepatización pulmonar.



Ob. IV. N. B. Edad 3 años

Neumonia fibrinosa (Forma prolongada con pseudo-crisis).

En el pulmón izquierdo nada de anormal.

La enfermedad sigue su marcha normal hasta el noveno día, en el cual la temperatura baja á 38°5, pero sin que se manifieste atenuación alguna de los signos anteriores; antes bien, auscultando el enfermo por la cara anterior del tórax derecho se oye un soplo tubario y gran cantidad de rales que no se oían anteriormente y que indican una extensión del foco hácia adelante.

Al siguiente día por la tarde, la temperatura vuelve á ascender á 40°5, evolucionando la enfermedad normalmente hasta el día 22, después del cual se efectúa la crísis.

El niño sana sin complicación ulterior.

Las llamadas neumonias á resolución tardía y consideradas también como neumonias prolongadas, comprenden á aquellas en las cuales, á pesar de que la defervescencia de la temperatura se efectúa en el término comunmente observado, no hace continuación á ella ninguna disminución de los signos positivos, sinó que por el contrario, ellos permanecen estacionarios durante los varios días subsiguientes, al cabo de los cuales recien comienza la resolución.

En un caso citado por el Dr. Araoz Alfáro (1) se trataba de un niño de 13 meses en el cual la neumonia hizo su defervescencia el noveno día, pero los síntomas físicos del pulmón, persistieron más de dos semanas. La resolución fué completa y el niño curó.

Esta persistencia de los signos de hepatización pulmonar, que como lo ha visto Henoch, puede prolongarse hasta meses, suele terminar aun-

(1) Contribución al estudio de la neumonia fribinosa en el niño. 1900.

que raramente por producir una induración esclerosa, ya del parénquima pulmonar, ya del tejído conjuntivo, dando origen á las neumonias crónicas estudiadas por este autor y cuyo diagnóstico diferencial con la tuberculósis, sobre todo cuando ellas se localizan en uno de los vértices, se impone al espíritu del médico.

—

Otras de las variedades estudiadas conjuntamente con las formas prolongadas de la neumonia, es la neumonia á recaídas ó neumonia intermitente de Ziemssen, muy distinta de la neumonia á fiebre intermitente estudiada por E. Tordeus y B. Berhend y que veremos luego.

Esta neumonia á recaídas ó intermitente, que no es tan raro encontrar en la infancia, se caracteriza por la evolución sucesiva de varios focos de hepatización, pero que en lugar de ser sub-intrantes, existe entre cada uno de ellos, un intervál o de apiréxia, el cual puede ser de corta duración, para iniciarse enseguida el nuevo período; ó bien, el niño puede permanecer sin fiebre y en completa resolución, por espacio de varios días antes de comenzar el nuevo cíclo.

El número de focos de hepatización ó sea las

recaídas que pueden tener lugar, se limitan por regla general á dos ó tres de ellas, observándose muy pocas veces ejemplos de esta triple recaída.

Los primeros ataques presentan una evolución, cuya duración es la del cíclo normal de la neumonia ó muy próximo á él, disminuyendo los subsiguientes esta duración á tal punto, que durante su periódo de estadío la fiebre permanece elevada, solo dos ó tres días.

En cuanto á su localización, los nuevos focos neumónicos pueden desarrollarse, ya en el mismo pulmón y próximo al anterior, ó bien es el pulmón vecino el atacado y en este caso, es de preferencia en su vértice donde se sitúa.

La neumonia á fiebre intermitente, que ha podido ser estudiada en la menor edad, toma su nombre debido al carácter intermitente que en ella sigue la curva térmica.

Su fastígium nos presenta, en efecto, diferencias de tres y cuatro grados entre la temperatura de la mañana que se encuentra en la normal, ó por debajo de ella y la temperatura de la tarde, que suele alcanzar á 40° ó 40°5 y esto durante toda la evolución de la enfermedad.

Vista la analogía que presentaba esta curva térmica, con la curva de la fiebre intermitente de origen palúdico, algunos autores como B. Berhend, han creído encontrar en ella cierta relación con esta última enfermedad y á este respecto, describe el citado autor los siguientes tres tipos: 1.° Fiebre intermitente á forma neumónica y que cede á la quinina, con esplenomegália. 2.° Mezcla de neumonia y paludísmo (infección mixta), y 3.° Hepatización por poussées sucesivas, á fiebre remitente y de larga duración, sin esplenomegália.

Este último tipo, no sería sinó la llamada neumonia intermitente ó á recaídas.

Concetti niega la existencia de relación alguna, entre estas dos enfermedades y E. Tordeus, por su parte publica un caso de neumonia franca, en el que la marcha de la temperatura presentaba un tipo netamente intermitente. (1) La ausencia de toda complicación y la presencia de síntomas característicos de la neumonia, no dejaban lugar á duda alguna, por lo que se refería al diagnóstico.

J. Comby cita tambien un caso de observación personal.

En la observación siguiente perteneciente al Dr. D. Aguilar, se trata de un caso de neumonia franca cuyo ciclo térmico presenta una marcha intermitente y de la cual la historia publicamos á continuación.

Obs. V.

A. M. B. Edad 5 años.

Antecedentes de familia y personales: Muy buenos.

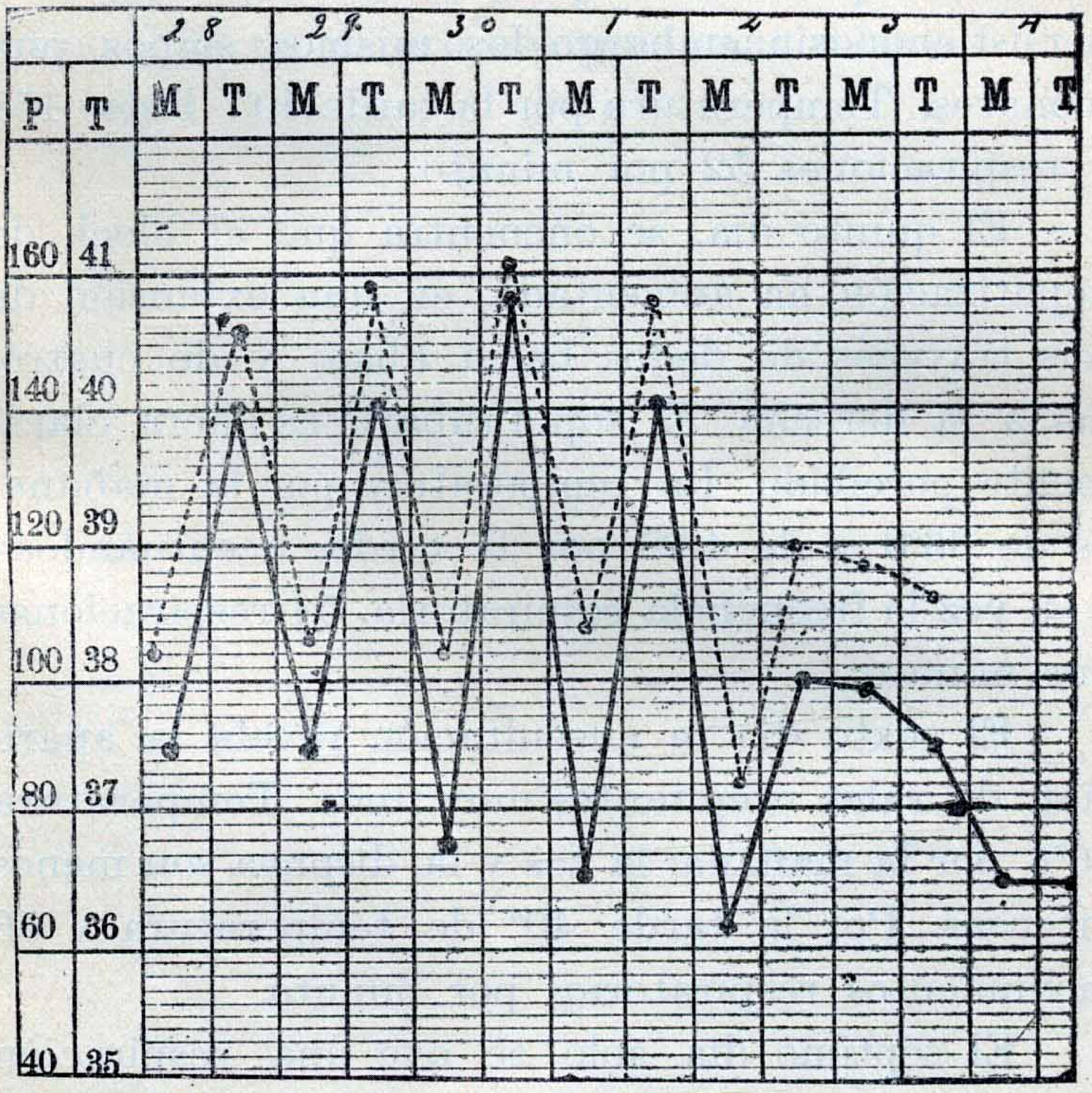
Esta niña que gozaba de perfecta salud, es atacada súbitamente de vómitos y fiebre alta, con respiración frecuente y dolor en el costado derecho del tórax y por delante.

Ha tenido tos seca y dolorosa, pérdida de apetito y constipación.

---

(1) Journal de clin. et therap. infant. (1897).

Examinada el tercer día de su enfermedad, se nota á la percusión, en la región inter escapular del lado derecho una pequeña zona de sub-matitez y que auscultada permite percibir una respiración brónquica acentuada y rales sub-crepitantes finos.



Obs. V. A. M. B. 5 años
(Neumonia á fiebre intermitente).

La tos ha aumentado lo mismo que la díspnea; la temperatura que era de 37°5 por la mañana es de 40° por la tarde.

El pulso late 152 veces y las respiraciones son en número de 50 por minuto. Los demás órganos no presentan nada de particular.

Al siguiente día por la mañana la temperatura vuelve á caer á 37°5; la díspnea es menor, 24 respiraciones por minuto y la tos menos frecuente, persistiendo sin embargo los mismos signos pulmonares. Temperatura por la tarde 40°. Pulso 158 y respiraciones 52 por minuto.

El quinto día, se encuentra que el block de hepatización ha aumentado, en una extensión de seis traveces de dedos hácia abajo y de cuatro, hácia la derecha. El soplo tubario es ahora claramente percibido. La temperatura por la mañana, es de 36°8 y de 40°8 por la tarde, acentuándose á su vez la frecuencia respiratoria, 54 respiraciones por minuto.

El sexto día la auscultación revela la aparición de rales crepitantes muy finos. Temperatura 36°6 por la mañana; la tos y la díspnea son menos intensas. Por la tarde 40° de temperatura y 56 movimientos respiratorios por minuto.

El séptimo día solo se oye una respiración vesicular, con un tinte ó eco brónquico. El estado general es satisfactorio, la díspnea no existe. La temperatura solo alcanza por la tarde á 38°, los fenómenos pulmonares desaparecen prontamente y la enferma cura.

Lo único que permitiría poner algo en duda

el diagnóstico en el presente caso, sería el hecho de que la díspnea acompañaba á las oscilaciones térmicas; pero como hay niños con neumonia y en los que la díspnea es muy poca intensa, podría considerarse á este como uno de tales, en el cual la díspnea, más bien obedece á una causa de órden tóxico, que no al proceso pulmonar mismo.

Las neumonias de vértice y sobre todo las neumonias centrales, suelen en ciertos casos presentarse bajo formas anómalas, en las que el cuadro sintomatológico, lo mismo que la temperatura, adquieren el aspecto de una fiebre tifoidea. Son las formas tifoideas de la neumonia, descritas por Cadetde Gassicourt y que se observan en los niños.

Todo en ellas simula una fiebre tifoidea. A la aparición tardía de los signos pulmonares, pues como hemos dicho anteriormente, se trata casi siempre de neumonias de vértice ó centrales, se añade un estado de postración y abatimiento, de parte del enfermo, acompañado de cefalálgias, lengua seca, díspnea, diarrea y vómitos y como complemento á veces un dolor localizado en la fosa ilíaca derecha.

Los síntomas ruidosos de la neumonia franca tambien suelen faltar.

Es la marcha de la temperatura, dice Cadet de Gassicourt, la que nos dará los más preciosos

datos á condición de no tomarla en un solo momento y de no tener de ella un criterio único.

Al cuadro sintomatológico anteriormente descrito, se agrega una curva térmica que se inicia, no de una manera brusca, como en la neumonia ordinaria, sinó que llega á su máximun después de varios días, durante los cuales la fiebre ha presentado un período de oscilaciones ascendentes, como si se tratara de una fiebre tifoidea.

La duda pronto desaparece, debido á la aparición de los signos pulmonares propios de la neumonia, si es que ellos no existían ya anteriormente, ó á la evolución ulterior de la fiebre, la cual se detiene en su marcha para efectuar su crísis del sexto al octavo día después del comienzo de la enfermedad.

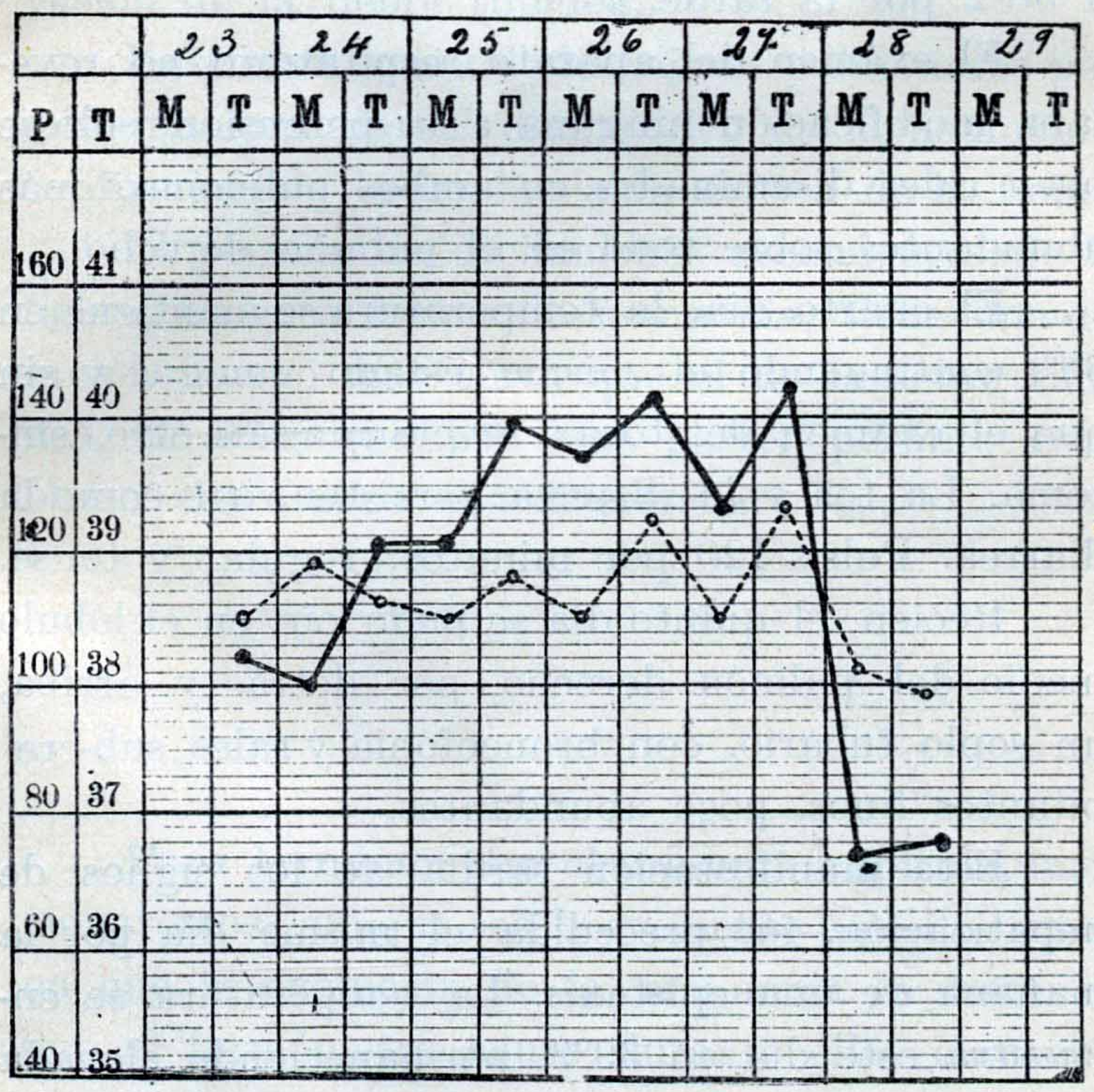
Pero la terminación por crísis no es la más común en esta forma anómala de la neumonia; más frecuente es observar que la fiebre, intensa, de más de 40°, presente una marcha contínua y cuando la enfermedad va á terminar por la sanación, la temperatura comienza á decrecer progresivamente durante varios días, para terminar por lísis.

El caso que transcribimos á continuación pertenece á un niño atacado de neumonia fibrinosa, en el cual esta presentó un cuadro térmico en el que la marcha de la temperatura, tiene un aspecto análogo al comienzo de una fiebre tifoidea.

Obs. VI.

M. A. Edad 8 años.

Antecedentes hereditarios y personales: Sin importancia.



Obs. VI. M. A. 8 años
(Neumonia fibrinosa á forma tifoidea).

Se encuentra enfermo desde hace dos días presentando como síntomas: fiebre poco elevada, abatimiento, un poco de tos, dolor en el costado derecho y una ligera diarrea.

Examinado el niño el tercer día de su enfermedad por los Drs. Araoz Alfáro y D. Aguilar, observan en él una ligera díspnea, tos seca, la lengua blanca y una temperatura que solo llega á 38°2 por la tarde.

El exámen del aparato respiratorio no revelaba modificación ninguna á la percusión; solo se oyen rales diseminados en ambos pulmones, más abundantes sobre todo en el pulmón derecho.

El cuarto día, la temperatura se mantiene en 39°, continuando el mismo estado general y sin que el exámen del tórax revele ningún otro síntoma. La tos y la díspnea persisten, así como la diarrea. Pulso 120 por minutos, regular y tenso.

Recien el quinto día se pudo oir, en el lóbulo medio del pulmón derecho, por detrás y arriba, un soplo tubario, con broncofónia y rales sub-crepitantes finos, poco abundantes.

Esta manifestación tardía de los signos de hepatización, fué precedida el mismo día por la mañana de una epístaxis. La temperatura se encuentra este día en 39°9, permaneciendo elevada de una manera contínua por espacio de dos días más, durante los cuales los signos físicos son netamente manifiestos.

La terminación crítica tuvo lugar enseguida, acompañada de sudación profusa y abundante secreción urinaria.

Como vemos, en este caso el comienzo de la

enfermedad, ha sido insidioso y en nada semejante al de la neumonia franca; la fiebre ha ido aumentando gradualmente, hasta alcanzar su máximum de una manera muy parecida al período de invasión de la fiebre tifoidea.

La constatación de los signos pulmonares permitieron formular el diagnóstico de la neumonia, confirmándolo luego la caída crítica de la fiebre.

El período de oscilaciones ascendentes de la fiebre, en esta forma de neumonia, tiene una duración mucho más corta que el de la fiebre tifoidea, carácter que por otra parte, permite establecer entre ellos una diferencia.

—

Para terminar con el presente capítulo, mencionaremos, aunque sea brevemente aquellos casos en que la evolución de la neumonia se hace sin que el termómetro acuse durante ella, elevación alguna de la temperatura.

Son estas las formas que los autores designan con el nombre de neumonias apiréticas y cuya frecuencia es tan sumamente rara, que muchos niegan su existencia

J. Comby dice haber visto sucumbir sin fiebre, á niños atrépsicos, diarreícos, sifilíticos, á causa

de neumonias bastardas y que solo fueran reconocidas durante la autópsia.

En todos ellos se trataba, no de neumonias francas, sinó de neumonias hipostáticas, de atelectásias ó de bronco-neumonias pseudo-lobares.

Woillez considera á estas neumonias apiréticas, como simples hiperémias mecánicas, observadas en casos de retraimiento de los orificios del corazón.

En el adulto, según E. Maragliano, sobre 918 casos de neumonias, esta forma apirética fué encontrada en diez de ellos.

CAPÍTULO III

Diagnóstico y Pronóstico

Conocidas las variadas formas, que en la neumonia fibrinosa de la infancia, puede presentar el ciclo térmico, trataremos de estudiar en el presente capítulo la importancia y el valor que como factor de diagnóstico y pronóstico pueda tener él en la enfermedad de que tratamos.

En la mayoría de los casos de neumonia franca, es la temperatura con su comienzo brusco, su período de estadío y su defervescencia rápida, la que constituye el síntoma dominante de la enfermedad y le imprime al mismo tiempo caractéres propios.

Es la temperatura también la que muchas veces nos permite diagnosticar, ó por lo menos, inclinarnos al diagnóstico de neumonia, cuando el exámen del enfermo nos da como resultado una sintomatología negativa.

Para probar este aserto supongamos á un niño, que completamente sano el día anterior, presenta al siguiente una temperatura de 40°, aparecida bruscamente y sólo acompañada de un poco de díspnea y tos, sin que el exámen detenido del enfermo permita constatar ningún otro dato de importancia.

Cual de todas las piréxias conocidas es capaz de iniciarse con una elevación térmica de esta naturaleza y con una sintomatología tan reducida?

Si pasamos en revista la sintomatología de cada una de ellas, como ser: la escarlatina, viruela, grippe, tifoidea, embarazo gástrico febril, etc., etc.; y que no recordamos aquí en obséquio á la brevedad, veremos que si bien estas enfermedades pueden tener una invasión semejante á la de la neumonia franca, en cambio nos presentan casi siempre algunos otros síntomas propios á cada una de ellas y que no los encontramos en la neumonia.

Desechadas entonces en virtúd de estos caracteres distintivos, la neumonia debe llamar nuestra atención y es hácia ella que debemos dirigir nuestro diagnóstico.

Es tal la importancia de la temperatura en algunos enfermos, en los que la neumonia es central, dice Cadetde Gassicourt, que esta sería imposible de diagnosticar sin el auxilio del termómetro.

La termometría, sobre la cual insiste M. Roger, es la que nos guía para establecer el diagnóstico diferencial de la neumonia franca, con la bronco-neumonia y la bronquitis en el niño.

Las dos primeras de estas enfermedades, pueden á veces parecerse completamente, debido á la intensidad del movimiento febril, por su díspnea y por la rapidéz con la cual comienzan los accidentes; á tal punto, que en los primeros días la distinción es casi imposible, ó por lo menos, muy difícil. Sin embargo, existe una diferencia y ella nos la da la temperatura.

En la neumonia fibrinosa una fiebre de 40° es comunmente observada, mientras que ella lo es raramente en la bronco-neumonia, tanto del niño como del adulto, cuyo máximum es generalmente de 39°.

El estudio del período de estadío de la curva térmica de la bronco-neumonia, nos suministra también algunos caracteres que suelen bastar para diferenciarla de la neumonia franca. En esta última, como hemos visto anteriormente, la temperatura se mantiene elevada de una manera más ó menos contínua durante siete ú ocho días, al cabo de los cuales y con la crísis, todo entra en orden, cosa que no ocurre en la bronco-neumonia, donde el mismo período, además de presentarnos una mayor duración, la marcha de la fiebre se encuentra interrumpida por grandes defervescen-

cias y exacerbaciones sucesivas, que traducen la aparición de poussées nuevas de bronco-neumonias. La terminación por lísis es más propia de esta última afección.

El acuerdo casi constante que existe en la neumonia franca entre la exageración de la temperatura y la frecuencia del pulso y de los movimientos respiratorios, es un dato, de cuyo valor puede obtenerse mucha utilidad, cuando se trata de establecer el diagnóstico diferencial con la bronquitis, en los niños.

Pero no siempre la curva térmica de la neumonia se nos presenta bajo su faz típica, sinó que como lo hemos visto en el capítulo anterior, suele ella adoptar formas anómalas que podrían inducirnos en error si su conocimiento no estuviera presente en nuestro espíritu.

Así entre las formas cortas, fué la caída súbita de la temperatura después del cuarto día, la que permitió formular en la Obs. II el diagnóstico de neumonia abortiva. En cambio es la prolongación del estadío de la fiebre (salvo complicación), la que nos hace pensar en la forma prolongada de la misma.

En otras de estas formas anómalas, la temperatura tiene un valor que es secundario por no decir perjudicial, puesto que es ella la que contribuye é inclina á formular un diagnóstico distinto y esto tanto más frecuente, cuando tratándose de

neumonias centrales (como ocurrió en la Obs. VI), los signos positivos se exteriorizan tardíamente.

En resúmen, podemos decir: que la temperatura es en la mayoría de los casos, conjuntamente con los signos físicos, uno de los síntomas capitales para establecer el diagnóstico de neumonia franca en los niños; pero que al lado de estos casos típicos, hay otros, raros por otra parte en los cuales ella pierde todo su valor, tomándola como factor aislado.

—

Ahora bien: Puede la marcha de la curva térmica, en la neumonia de los niños, suministrarnos algunos datos respecto á su pronóstico?

Ante todo debemos decir con la generalidad de los autores, que el pronóstico de la neumonia franca es en el niño muy favorable, pues las estadísticas dan de ella una mortalidad que apenas alcanza á un 5 %.

¿Que causas pueden influenciar su pronóstico? J. Comby coloca en primera línea la extensión del foco neumónico y en segundo lugar la hipertérmia. En general, cuanto más limitado es el foco de hepatización tanto más benigna será la neumonia; por esta razón, la neumonia masiva es más grave, que la neumonia limitada á una parte de

un pulmón; la neumonia migratríz, más grave que la neumonia simple, etc.

E. Woillez y D'Espine et Picot mencionan entre las condiciones que agravan el pronóstico de la neumonia franca, su asiento en uno de los vértices del pulmón, á causa de manifestarse por fenómenos generales mucho más intensos.

J. Comby, por el contrario, no cree que la gravedad de la neumonia del vértice sea mayor que en las neumonias localizadas en otros puntos del árbol respiratorio. La frecuente localización, de esta enfermedad en uno de los vértices del pulmón, ó sea según una estadística de Comby de 52 veces sobre 100 casos de neumonia, y la escasa mortalidad que presenta, me hacen desechar con este autor la pretendida mayor gravedad. Lo que si parece ser propio de ellas, es la exageración de algunas de sus manifestaciones, pero que no influyen mayormente en cuanto á su pronóstico.

Por lo que respecta á la hipertérmia, tanto más grave será una neumonia, cuanto más elevada sea su temperatura, no por la temperatura en sí, sinó por la acción perturbadora que esta tiene sobre ciertas funciones. El mismo D'Espine et Picot, añade que una temperatura muy elevada y la continuación de ella más allá del noveno ó undécimo día, son hechos que agravan el pronóstico de la neumonia. La prolongación de la fiebre debe hacernos pensar en alguna de las complica-

ciones más frecuentes (pleuresía purulenta, pericarditis, etc.)

Sin embargo, en los niños caquécticos y debilitados, como también en aquellos que tienen ciertos hábitos alcoholicos, la neumonia suele evolucionar de una manera insidiosa, tardía y con temperaturas relativamente bajas, siendo á pesar de ello, de un pronóstico bastante grave y dependiendo él, más del estado general del organismo que de la neumonia misma.

Una disminución sensible de los fenómenos térmicos y conjuntamente con ella la del número de pulsaciones, son de una gran importancia pronóstica en cuanto á su terminación favorable, sobre todo si ellos tienen lugar del sexto al séptimo día después del comienzo de la neumonia.

Cuando la temperatura al finalizar su ciclo térmico, sufre grandes variaciones y la terminación fatal de la enfermedad va á tener lugar, todo acuerdo entre el pulso y la respiración desaparece y en estos casos más que de la temperatura, es el estudio detenido del pulso el que nos permitirá deducir consecuencias pronósticas.

E. D. Bianchi.

Mayo de 1905.

Buenos Aires, Mayo 10 de 1905

Nómbrase al Académico Dr. E. E. del Arca; al Profesor suplente en ejercicio Dr. R. Colon, y al Profesor suplente Dr. J. R. Semprun, para que, constituidos en Comisión revisora, dictaminen respecto de la presente tésis, de acuerdo con el artículo 4° de la ordenanza sobre exámenes.

UBALLES

Cárlos Robertson

—

Buenos Aires, Mayo 29 de 1905.

Habiendo la Comisión precedente aconsejado la aceptación de esta tésis entreguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza respectiva.

UBALLES

Cárlos Robertson

PROPOSICIONES ACCESORIAS

Neumonia de vértice.

Diagnóstico de la tuberculósis aguda.

¿Es conveniente combatir la temperatura en la neumonia?

BIBLIOGRAFÍA

Grancher et Comby - Maladies de l'enfance, 1904.

Cadet de Gassicourt - Traité cliniq. des maladies de l'enfance, Paris 1887.

Rilliet y Barthez - Traité cliniq. et prat. des maladies des enfants.

Lorain P. - De la temperature du corps et des ses variations dans les divers maladies, Paris 1895.

G. See - Des maladies specifiques (non tuberculeuses) du poumon, Paris 1885.

D'Espine et Picot - Manuel des maladies des enfants, 1889.

M. Roger - Recherches cliniq. sur les maladies de l'enfance.

G. Araoz Alfáro - Infecciones anómalas de los órganos respiratorios, 1892.

G. Araoz Alfáro - Contribución al estudio de la neumonia fibrinosa en los niños, 1900.

G. Anschütz - Consideraciones clin. sobre la neumonia fibrinosa en los niños. Tésis inaug., 1899.