

59-4

~~de~~ Potenciano
de Ribera

Formas clínicas de la bronco-pneumonia
Diagnóstico y Tratamiento

81-1-2-3

Nº
1803

Tesis desarrollada en el ejercicio del Doctorado

a. 2400
(1803)

por

Dⁿ Alfonso Perés y Escalza.

1

Excmo Señor:



Señores:

La eleccion de tema apropiado para aspirar al grado de Doctor, ha sido en mi objeto de grandes vacilaciones, debido, no a que en la Medicina no haya asuntos de gran importancia en los que el hombre de ciencia pueda demostrar sus conocimientos, sino a que yo no me considero, ni con mucho, como uno de ellos.

Mi labor es mas humilde; no solo en esta
 Memoria se trata de un tema conocidísimo de
 todos, de la enfermedad "bronceo-pneumonia,"
 sino que ademas, habra seguramente grandes
 defectos en la exposicion, etc, etc, faltas inherentes
 a todo aquel poco averado a esta clase de
 trabajos.

Qui es que, señores, no puedo menos
 de pedir benivolencia al ilustrado Tribunal
 que me escucha y me ha de juzgar.



Formas clínicas de la bronco-pneumonia
Diagnóstico y Tratamiento

Historia. La bronco-pneumonia, es seguramente una de las enfermedades más importantes de la Patología infantil.

Es frecuente en el niño y en el anciano, sobre todo en el primero, tanto, que es considerada la bronco-pneumonia como una enfermedad

especial de la infancia.

La estrechez de los bronquios y la gran sensibilidad de las paredes de los alveolos y de su epitelio en los niños, nos explican la frecuencia de la bronco-pneumonia en la infancia.

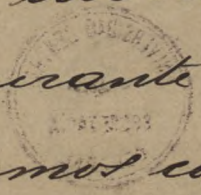
En la edad avanzada, la disminucion de la excitabilidad refleja de las vias respiratorias hace que se favorezca la obstruccion de los bronquios por el esudado, y de ahi tambien, el que los ancianos

estén predispuestos a esta clase de pneumonias.

Se le ha llamado tambien pneumonia lobulillar, catarral, notha, etc.

El nombre de bronco-pneumonia es debido a Seifert, que así designo a esta enfermedad el año 1838.

Confundida con la tuberculosis y la pneumonia franca durante mucho tiempo, actualmente podemos considerar a la bronco-pneumonia como un proceso especial, como una entidad morbosa



que en la Patología humana merece un capítulo aparte de las otras enfermedades con que se le ha querido identificar.

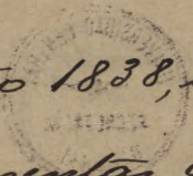
En el año 1823, Léger demostró que, en ciertas enfermedades pulmonares agudas del niño, se trataba no de la pneumonia franca del adulto con la que hasta entonces se la había confundido, sino de otra enfermedad muy distinta de aquella. Para dicha enfermedad Léger ideó el nombre de esplenización.

Quedó así establecida la entidad nosológica bronco-pneumonia, se la dejó ya de considerar como una forma de la pneumonia especial del niño

y se la diferencia de la pneumonia franca.

Después de los trabajos de Léger, Burnet, Berton y otros, no solo demostraron que la explemización era bilateral y con frecuencia simétrica, sino que además pusieron de manifiesto la disposición lobulillar de la pneumonia del niño, subordinando esta localización a la bronquitis.

Rilliet y Barther, en el año 1838, indicaron que en el niño se podían presentar dos distintas variedades de pneumonia; una lobular, que consideraban como primitiva y otra lobulillar, secundaria. Apesar de esto, no tardaron en



reconocer que esta etiología de ambos procesos lobular y lobulillar, no tenía nada de constante, y que existen pneumonias lobulares secundarias, si bien son raras, declarando que de ordinario no son otra cosa que bronco-pneumonias.

Barvier mas tarde, refirió todas estas pneumonias lobulares secundarias a la bronco-pneumonia y describió tres formas o variedades de esta; la diseminada, la generalizada y la forma pseudo lobular que se parece a la pneumonia franca, y que podia formar el lazo de union entre esta y la bronco-pneumonia.

En el año 1840, Fauvel, lleva ma

adelante la diferenciacion entre la pneumonia
 y la bronco-pneumonia, y no admite
 como lesion inflamatoria constante
 de esta ultima mas que la bronquitis capilar,
 si bien pueden existir al mismo tiempo
 que esta, lesiones de los alveolos, y los abscesos
 lobulillares que describio Barrier y a
 los cuales Fauvel dio el nombre de granos
 amarillos, no eran debidos en su concepto a
 otra cosa, que a la penetracion del pus de
 los bronquios en los alveolos pulmonares.

Legendre y Bailly llevan a la exageracion
 las teorias de Fauvel, para ello, solo existe como

lesion inflamatoria unica la bronquitis capilar; las del parenquima no son mas que lesiones puramente mecanicas, cuya causa es la obstruccion de los bronquios: tales son el estado fetal, la congestion lobulillar, etc.

Existen en verdad hepatizaciones parciales, pneumonias lobulillares, mamelonadas, mas Legendre y Bailly las diferencian de la bronco pneumonia y para ellos son verdaderas pneumonias francas evolucionando en un lobulillo.

Por fin, Bartels y Ziemssen atribuyeron todas las lesiones del lobulillo a la citada obli-

teracion de los bronquiolos y redujeron ya francamente la bronco - pneumonia a la bronquitis capilar.

Esta exageracion sobre el concepto de la bronco - pneumonia, trajo consigo una reaccion que como casi siempre ocurre, fue excesiva. Se quitó a la bronquitis capilar la importancia capital que se le habia dado, se le dio la suya a las lesiones del parénquima y mas tarde se las concedió el primer orden.

Esta reaccion comenrada por Eraube, Libert, Damarchino, etc, llegó sobre todo con Kautemberg, a identificar de una manera

absoluta las lesiones de la pneumonia franca con las de la bronco-pneumonia.

Entre ambas opiniones opuestas, una que concedia toda la importancia del proceso inflamatorio a los bronquios y otra al paringquima, claro está que habia un termino medio, una concepcion mixta de la bronco-pneumonia que, reconociendo como elemento esencial las lesiones bronquiales, diese a las del paringquima, sino a todas, cuando menos a algunas, cierta participacion en el proceso inflamatorio.

El profesor Charcot en una serie de trabajos persiguió este fin, y mas tarde Baker y Toffroy

por indicacion de su maestro expusieron en sus tesis los resultados de las investigaciones realizadas.

Charcot señalo las grandes diferencias que separaban la bronco-pneumonia de la pneumonia y que hacian imposible la unificacion de los sintomas o de las lesiones de ambas enfermedades.

Insistio en la preponderancia de la bronquitis capilar sobre las lesiones del parenquima, demostro que estas no eran realmente mas que la propagacion o extension de las lesiones de los bronquios y por fin, distinguió las lesiones del parenquima

de las del enfisema y atelectasia, demostrando tambien el origen mecanico de estas ultimas.

Chareot pues, asignó ya a la bronco-pneumonia el lugar que debia ocupar dentro de los procesos inflamatorios del pulmon.

Sus sintomas fueron conocidos y las formas en que puede presentarse, lo mismo que sus lesiones, pero se ignoraba su origen y naturaleza; los trabajos bacteriologicos vinieron mas tarde a esclarecer esta cuestion sobre la patogenia de la bronco-pneumonia.

Las investigaciones bacteriologicas fueron las que demostraron que para la produccion de la

bronco-pneumonia era necesario la penetracion en el aparato respiratorio de ciertos agentes microbianos, demostrándose asi el origen infeccioso de ella y como consecuencia su naturaleza contagiosa y epidémica.

Al principio, los investigadores consideraron á los microbios que encontraron en los focos lobulillares de la pneumonia como los agentes patogenos de la enfermedad primitiva en el curso de la cual, la bronco-pneumonia se presentaba; consideraban á las bronco-pneumonias consecutivas al sarampion, coqueluche, difteria, etc, como una localizacion pulmonar de dichas enfermedades. Asi que se describieron

como microbios de estas enfermedades, los hallados en los focos lobulillares de la bronco-pneumonia.

Mas tarde la bronco-pneumonia se atribuyó a un número limitado de microbios que indistintamente producian todos los procesos pneumónicos agudos.

Fue considerada desde entonces la bronco-pneumonia como una enfermedad primitiva o secundaria apareciendo, en este último caso, en el curso de diversas enfermedades y sin que su agente patógeno tuviese relacion alguna con el agente productor de la enfermedad primitiva.

Por estudios especiales de las bronco-pneumonias

consecutivas al sarampion, difteria, tifoidea, grippe, etc, ha sido confirmada esta manera de pensar acerca de la patogenia de la bronco-pneumonia y hoy los autores estan de acuerdo en considerar a cuatro especies microbianas como los agentes patogenos de la bronco-pneumonia.

Estas especies microbianas son el pneumococo de Salamon Fraenkel, el Streptococo, el stafilococo y el bacilo encapsulado de Friedlander.

Sin embargo la patogenia de la bronco-pneumonia aun no esta del todo aclarada, pues algunos autores, Fraenkel por ejemplo, que se esforso en distinguir bajo el punto de vista de su origen

microbiana la pneumonia franca de la bronco-pneumonia, no considero al pneumobacilo mas que como agente posible de esta ultima.

Formas de la bronco-pneumonia

Se han creado numerosas formas anatómicas de la bronco-pneumonia segun el asiento de las lesiones, segun su confluencia o diseminacion y segun el grado de ellas.

La mas frecuente y la mas caracteristica

es la forma lobulillar en focos diseminados, tambien llamada por su aspecto pneumonia lobulillar mamelonada, que puede ser considerada como el tipo de la bronco-pneumonia.

Esta caracterizada por lesiones irregularmente repartidas en las regiones inferiores y posteriores de ambos pulmones, donde los focos lobulillares inflamados forman mamelones salientes por encima de los lobulillos sanos que los rodean.

En todos estan afectados el bronquiolo y el lobulillo que de el depende, pero en tal lobulillo

el bronquiolo estará ligeramente lesionado y los alveolos apenas esplendirados, al paso que el bronquiolo del lobulillo vecino estará destruido y el lobulillo abcesado en totalidad.

Bronquitis capilar. En esta forma

de croneo-pneumonia las lesiones son mas confluentes; ocupan en las partes posteriores de los pulmones zonas muy extensas. El bronquiolo está mas o menos profundamente lesionado, al paso que los alveolos no estan afectados sino muy superficialmente. Hasta se habia creido que las lesiones se reducian

solamente al bronquiolo y que los alveolos esta-
ban integros; mas en realidad el epitelio
alveolar esta siempre lesionado, aunque sea
ligeramente.

Se puede decir que la bronquitis capilar
es una bronco-pneumonia, en la que, las lesiones
lobulillares son tan generalizadas, tan confluen-
tes, que la muerte sobreviene en el periodo
bronquítico, inicial, antes de que el alveolo
haya podido ser lesionado profundamente.

Por eso su evolucion es rápida, la asfixia
determina la muerte antes de que la infeccion

22

haya tenido tiempo de generalizarse.

De ahí la denominación de catarro sofo-
cante que se le ha dado, y el que en cierto modo
pueda considerarse a la bronquitis capilar,
como un modo de ser de la branco-pneumonia,
como de las fases de la misma.

Forma pseudo-lobular. Ocupa un lugar
intermedio entre la forma diseminada y la
bronquitis capilar; sus lesiones son mas agre-
gadas que las de la primera y menos extensas,
mas limitadas, que las de la bronquitis capilar.

Sus lesiones ocupan el bronquiolo y lobuli-

llo y estan con mas uniformidad repartidas que en las formas anteriores; lobulillo y bronquilo estan lesionados casi en el mismo grado.

Muchos caracteres asemejan esta forma de bronco-pneumonia a la pneumonia lobular franca; la topografia de las lesiones y el modo de evolucion clinica, tienen muchos puntos de contacto.



Es verdad que en un foco de pneumonia pseudo-lobular, las lesiones se presentan en los lobulos multiples que lo constituyen en focos diferentes

de su evolucion, y que por otra parte, las lesiones de los bronquios son mas acentuadas que en la pulmonia franca; mas tampoco ignoramos, que en un mismo foco de pneumonia franca, las lesiones no estan en todos los puntos en el mismo grado, y que las lesiones bronquiales, si bien pequenas, son constantes.

Por fin, debemos indicar en esta forma de bronco-pneumonia, un caracter constante, que a menudo falta en la pneumonia franca; dicho caracter es la bilateralidad de las lesiones; asi vemos en efecto, que un foco pseudo-lobular

de bronco-pneumonia va acompañado en el otro pulmón de otro foco mas limitado de lesiones inflamatorias, que no pocas veces simulan la forma lobulillar diseminada.

Para la diferenciacion de estas formas de bronco-pneumonia, solo no hemos apoyado en la reparticion topografica de las lesiones inflamatorias. Las lesiones mecánicas, la atelectasia y el enfisema no nos han servido, por que estas tres formas son casi constantes en el niño, menos con mucho en el anciano y muy raras en el adulto, pues solo la edad del

enfermo las determina, puesto que la estrechez de los bronquios y el grado variable de las fuerzas respiratorias son su causa.

Sintomas

La variabilidad de los síntomas y la diversidad de las formas que puede revestir su expresión clínica, hacen difícil en gran manera toda descripción didáctica de la sintomatología y evolución clínica de la enfermedad objeto de esta tesis.

Con efecto, unas veces sobreviene de un

modo brusco y evoluciona con gran rapidez, manifestándose por un conjunto de síntomas locales y generales de excepcional gravedad.

En otros casos, por el contrario, la enfermedad empieza insidiosamente, procede por brotes sucesivos, pareciendo retroceder un día para sufrir al siguiente nueva agravación.

Cualquiera que sea la gravedad de los trastornos funcionales y generales, todo puede en ocasiones reducirse a síntomas de bronquitis, en tanto que en otras esta bronquitis puede dar lugar a la formación de focos de pneumonia, ya fijos,

ya con mas frecuencia moribles, fugaces, que cambian de sitio de un dia para otro y aun de uno a otro momento.

En una palabra, repetimos, la diversidad en los sintomas constituyen la caracteristica de la expresion clinica de la bronco-pneumonia.

A pesar de esto, nosotros trataremos a grandes rasgos el cuadro clinico de ella, haremos una especie de esbozo de la forma mas comun, de aquella que mas habitualmente se presenta sobre todo en el niño, exponiendo despues los diversos modos o formas en que la bronco-pneumonia

puede presentarse.

Forma común. Cuando en el curso ó durante la convalecencia de una enfermedad tal como el sarampion, coqueluche, difteria, etc, se ve que la temperatura asciende al mismo tiempo que sobreviene una tos seca y frecuente, se debe temer la aparicion de la bronco-pneumonia.

El comienzo rara vez es brusco, sobre todo cuando es secundaria (por otra parte tomo frecuente) falta el dolor de costado y el escalofrio, no hay elevacion rápida de temperatura, como sucede en la



pneumonia franca; de un modo insidioso, sin ruido, es como de ordinario se presenta la bronco-pneumonia.

La temperatura asciende progresivamente, cada noche es mas elevada que la víspera; el enfermo esta agitado, inquieto, su sueño es interrumpido, presenta sus pámulos rosados y su rostro animado.

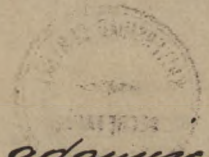
Al propio tiempo aparece una tos seca, dolorosa, frecuente; la disnea hace prever una complicacion pulmonar y apesar de ello, la auscultacion no nos revela mas que signos de

bronquitis que no guardan relacion con los sintomas funcionales y generales que se presentan.

Pero a no tardar, un conjunto de sintomas fisicos y de trastornos funcionales, permitiran establecer el diagnostico de la bronco-pneumonia.

Despues de tres o cuatro dias, es cuando llegan a su maximum los sintomas de la bronco-pneumonia que nosotros describiremos con el nombre de perivole de estado.

Los trastornos funcionales adquieren una gran importancia y en todo el curso de la enfermedad ocupan lugar preferente.



El mar importante, casi el único puede decirse,
es la dienea.

El niño, sentado en la cama, inclina
su cuerpo hacia adelante, apoya sus brazos
en la baranda de ella buscando con ansiedad
el aire que le falta; su rostro lívido y cianótico
y su mirada espantada, expresan la angustia.

Al propio tiempo a cada inspiracion se
elevan y ensanchan las alas de la nariz, se
elevan igualmente los hombros; todos los músculos
inspiradores toman parte en esta lucha contra
la asfixia.

La respiracion se acelera pues, el numero de 60, 70, 80 inspiraciones por minuto no tiene nada de extraordinario en la bronco-pneumonia; como comprenderemos, lo que gana en rapididad lo pierde en amplitud y la cantidad de aire inspirado va disminuyendo proporcionalmente.

La disnea de la bronco-pneumonia es una disnea inspiratoria, el ritmo respiratorio está invertido, es como se le ha llamado, una respiracion espiratoria.

La coexistencia de las lesiones bronquiales y pulmonares nos explican la mayor disnea

que en la pneumonia franca.

La tos es breve, frecuente, en ocasiones quintosa, aun aparte de la coqueluche, porque no ignoramos que las quintas de esta desaparecen con frecuencia cuando sobreviene la bronco-pneumonia.

La expectoracion, nula sobre todo en el niño pequeño, no tiene tampoco caracter especial en el adulto, es mucosa ó mucopurulenta, sin ninguno de los caracteres tan claros como el esputo de la pneumonia franca.

El dolor de costado es muy frecuente que la pulmonia, y si existe es mas amortiguado,

no tan bien localizado, sino a lo mas difuso y con frecuencia bilateral. En el niño se puede observar que a la presion de los espacios intercostales se queja casi siempre y no pocas veces llora.

Signos fisicos. Indican una alteracion menos profunda que en la pneumonia franca.

Como ya hemos dicho, lo primero que se nota es que no guardan relacion con el estorbo u obstaculo respiratorio. Otro caracter es su movilidad y variabilidad.

La auscultacion al principio no revelara mas que signos de bronquitis; ertorores sibilantes

y subcrepitantes finos, fugaces, que aparecen por ráfagas, indicios de la bronquitis capilar que mas tarde invadira el alveolo.

Pronto aparecen en efecto, en algunos puntos bien limitados, estertores crepitantes y hasta soplo; este ultimo dista mucho de ser constante y se oye en un espacio muy reducido.

A veces la auscultacion revela la bronfonia.

La bronno-pneumonia no determina esa gran hepatizacion de la pulmona franca, no es total, en masa; por eso los soplos no tienen la intensidad que en esta ultima. Es mas

suave, mas atenuado, se oye en una estension menor, va pasando de un sitio a otro sin dejar de atacar de una manera sucesiva; todo esto indica el modo de ser de la bronco-pneumonia, es la caracteristica de ella.

Se comprende que con tal movilidad y una estension tan limitada de las lesiones, la percusion y palpacion no nos proporcionaran mas que datos de poca importancia. Asi es en efecto, tan pronto estan escageradas las vibraciones toracicas como disminuidas y no es infrecuente que la palpacion no denote modificacion alguna

en la transmisión normal de dichas vibraciones.

Los fenómenos generales tienen también una intensidad muy variable; unas veces, cuando la enfermedad se presenta con caracteres infectivos, toman preponderancia en el cuadro clínico; y otras, lo más común en el niño, la enfermedad conserva durante todo el tiempo de su evolución los caracteres de una enfermedad aséptica, en la cual la disnea domina la escena y los fenómenos generales de infección están más atenuados.

La fiebre es irregular, no tan alta como

En la pneumonía, aunque puede serlo; es realmente caprichosa, desigual. A veces el trazado de la curva térmica tiene un carácter intermitente, hay con frecuencia recargos febriles que pueden atribuirse en ocasiones a la aparición de un nuevo foco.

El pulso es rápido, débil y frecuente; la inapetencia, sed, constipación, son habituales y los vómitos raros.

Las convulsiones pueden presentarse, sobre todo en el niño pequeño; por otra parte ya sabemos que en esta cualquier causa puede

provocarlas, así que no es grande su importancia.

El delirio, la agitación, aparecen en ocasiones, en otras al contrario el decaimiento, el sopor.

La agitación marca casi siempre el comienzo de la infección, mas tarde, cuando va acentuándose la asficia, sobreviene una aparente tranquilidad que puede hacer creer en la curación próxima, pero es un sintoma malísimo, es una mejoría ficticia, porque casi siempre, especialmente en el niño, la muerte sobreviene en pleno decaimiento, en una especie de semi-coma.

Este tipo, el mas comun de la bronco-pneumonia

puede variar y conviene ver como puede ser modificado; la bronquitis capilar, la forma diseminada y la pseudo lobular no se presentan bajo el mismo aspecto; a su vez, cada una de estas formas puede evolucionar de distinta manera.

La forma lobulillar diseminada, tambien denominada bronco-pneumonia mamelonada, y hepatizacion diseminada por Rilliet y Barther, es repetitivo, la mas frecuente, el tipo de la bronco-pneumonia, es la que hemos descrito; ahora solo trataremos

de ella para insistir en los caracteres que las distinguen de las otras formas.

Hemos indicado como anatómicamente procede por focos aislados, poco extensos, determinados, que van formándose sucesivamente y evolucionan cada uno de ellos puede decirse, por cuenta propia.

Su comienzo es sin ruido, insidioso, anunciándolo una ligera tos y una elevación de temperatura poco notable.

Los signos físicos si el foco es muy pequeño o está situado muy profundamente

en el parénquima pulmonar, son poco apreciables ó nulos; solo pueden percibirse en un punto muy limitado ó descubrirse por un detenido examen del pecho.

Son muy movibles, representando el cuadro clínico de aquellas pneumonías bastarda, que antiguamente se llamaban serpiginosas ó erisipelatosas, y que en realidad puede decirse no son otra cosa que bronco-pneumonías en focos diseminados.

Por otra parte, hoy merced a los describimientos bacteriológicos, se ha visto que existe

algo mas que analogia entre la marcha invasora, progresiva, de la erisipela y esta bronco-pneumonia, y que su identidad de origen microbiano permitia, como ya indicio Löffler, considerarla como verdadera erisipela del pulmon.

Si los focos son bastante extensos, entonces se podria seguir la evolucion de las lesiones en un mismo foco, y percibir el soplo despues de los estertores crepitantes, subcrepitantes y los bronquiales.

La marcha es lenta; dura de dos a tres semanas por termino medio, pero puede ser de

mas larga duracion, pudiendo tambien la convalecencia ser interrumpida por la aparicion de nuevos brotes.

Parcienos inutil añadir que cual sucede en otras enfermedades, este cuadro puede variar, y podemos decir que la mayor o menor intensidad de los sintomas, la rapidéz de su evolucion, como asimismo la mayor o menor gravedad del pronóstico, guardan relacion con la extension de los focos y su confluencia.

La bronquitis capilar llamada tambien catarro sofocante y forma bronquítica de la

pneumonia, es otra de las formas de la bronco-
pneumonia caracterizada por la inflamacion
de los bronquios capilares de un territorio mas
o menos extenso del parenquima pulmonar.

Puede suceder en ocasiones a una bronquitis
simple, pero no es raro tambien que su comienzo
sea bronco, de una manera primitiva. Es de
las formas de bronco-pneumonia la mas frecuente
en el adulto, si bien tampoco ^{es} rara en la infancia.

Cuando es consecutiva a la inflamacion
de los bronquios gruesos, su comienzo puede ser
repentino, pero progresivo; la dinamia que ya existia

se hace mas intensa, la temperatura se eleva, la tos se hace mas frecuente y pronto se podran notar todos los signos de la inflamacion de los bronquios capilares.

No es infrecuente tampoco que estalle subitamente, sin que ningun sintoma anterior o premonitorio pueda hacer prever esta agravacion repentina de una bronquitis que seguia aparentemente su evolucion normal.

Por fin, en algunas ocasiones, aparece bruscamente, sin que haya ido precedida de la inflamacion de los grandes bronquios. Se presenta de

preferencia en ciertas epidemias; la rapididad en su evolucion y la gran intensidad de sus sintomas, hace que se desconozca no pocas veces su verdadero origen, porque la bronquitis capilar no hace excepcion a las otras formas de bronco-pneumonia y como estas, sobreviene de ordinario en el curso de otras infecciones, especialmente del sarampion.

Esta forma de comienzo brusco y marcha rapida es gravisima, termina generalmente por la muerte.

Cualquiera que sea el comienzo de la bronquitis capilar, rara vez se anuncia por

el escalofrío inicial y el dolor de costado, a la manera que la pulmonía franca.

La disnea que es muy intensa y la curva térmica elevada, son los síntomas que anuncian la invasión y dominan el cuadro morboso durante todo el tiempo de su evolución.

La dificultad respiratoria es estremada; las inspiraciones muy frecuentes, superficiales, van acompañadas de la dilatación de las alas de la nariz, la boca abierta parece indicar tener sed de aire, y el rostro del enfermo expresa la angustia de la asfixia.

Esta fiebre que va aumentando hace imposible todo reposo, asi que el enfermo se muestra agitado y cambia con frecuencia de posicion para hacer mas facil la entrada del aire a sus pulmones.

La tos quintosa, húmeda, se acompaña de dolores intermitentes en las inserciones costales del diafragma y punta del esternon.

Des vez en cuando, sobre todo en el adulto, aparece una expectoracion mucosa, a veces con estrias sanguineas; en el niño esa expectoracion no existe.

La temperatura que ya hemos dicho que

es elevada, oscila por lo general entre los 39° 5 y 41° con ligeras remisiones por la mañana.

El pulso es pequeño, frecuente y duro.

A la auscultacion percibiremos estertores subcrepitantes finos y estertores sibilantes que se oyen en toda la altura de los pulmones, pero predominando hacia la parte posterior.

A la palpacion, ni percusion, de ordinario no se observa modificacion alguna en la transmision de las vibraciones torácicas, ni anomalia en la resonancia de las paredes.

Evoluciona la bronquitis capilar con

gran rapidez y termina generalmente por la muerte sobreviniendo esta entre el quinto y decimo dia, si bien puede ocurrir antes, al segundo o tercero.

Durante mucho tiempo la bronquitis capilar fue considerada como una enfermedad distinta de la bronco-pneumonia, mas hoy se la considera como una forma especial de esta ultima. Es una especie de bronco-pneumonia agudisima cuyas lesiones se localizan en los bronquios capilares, sin tener casi tiempo de invadir los alveolos que de ellos dependen.

Por esta generalizacion de las lesiones de los

bronquiolos no explicamos la preponderancia de la disnea, la rapidez de la muerte y el que no se presenten las lesiones alveolares de hepatización, igualmente que los signos físicos a que ella da lugar.

Así es en efecto, y en los individuos muertos a consecuencia del catarro sofocante la autopsia demuestra que de lo que se trata es realmente de una bronquiolitis generalizada, si bien la lesión no se limita solamente a ellos y siempre se encuentran atacados en mayor o menor grado los alveolos. Es una ligera tumefacción del epitelio alveolar,

pero esta inflamacion por ligera que sea, existe siempre.

Sin que sea necesario describirla como una forma distinta, debe mencionarse a la bronquitis capilar, la bruno-pneumonia de nucleos confluentes, es tambien una bronquiolitis generalizada con hepatizacion lobulillar.

Esta forma puede constituir como el paso entre el catarro sofocante y la forma lobulillar diseminada. Sus lesiones son menos extensas que las de la bronquitis capilar, mas generalizadas que en la forma lobulillar diseminada; determinan

tambien una deínea extraordinaria, pero sin embargo, sus lesiones no son tan generalizadas para provocar la asfisia rápida sin dar tiempo a que la hepatización lobulillar se constituya.

Su evolucion es meno rápida que la de la bronquitis capilar y no tan larga con la de la bronco-pneumonia de núcleos diseminados.

Vemos pues que entre las dos formas, bronco-pneumonia de núcleos confluentes y la bronquitis capilar, no existen mas que diferencias de grado en la confluencia y generalización de las lesiones, y variaciones correlativas en la expresion de sus síntomas

y en su evolucion.

Bronco-pneumonia pseudo lobular. Llamada tambien bronco-pneumonia de nucleos confluentes, por Joffroy y hepaticacion generalizada por Rilliet y Barther.

Puede equipararse con la bronquitis lobulillar en focos confluentes antes citada, bajo el punto de vista de la confluencia de sus lesiones, pero se diferencia de ella por su menor extension y por el predominio de la hepaticacion lobulillar sobre la bronquitis.

La forma de las lesiones y el cuadro clinico con que se presenta, hace que esta forma de bronco

pneumonia se asemeja a la pneumonia franca,
y dicha semejanza entre estos dos procesos del
pulmon nos explica el nombre de pneumonia
lobulillar de forma lobular o pseudo-lobular,
con que tambien se le designa.

Frecuente en el niño, sobre todo los primeros
años, es una de las formas que en el adulto se
presenta con mas frecuencia en el curso de la
fiebre tifoidea. Es siempre, sin embargo, mas
rara que las formas anteriores, sobre todo que
la forma diseminada.

Su comienzo es parecido al de la pneumonia

franca; dolor de costado, escalofrio inicial, etc; mas este comienzo subito es raro y por lo comun la bronco-pneumonia pseudo lobular principia, si no bruscamente, cuando menos con rapididad, por un conjunto de sintomas que se desarrollan siempre mas rapidamente que en la forma lobulillar diseminada.

Los signos fisicos adquieren desde el principio una gran importancia bajo el punto de vista del diagnostico, importancia que no tienen nunca en las formas que se inician subitamente y siguen un curso agudisimo: primero son

signos de bronquitis y principalmente de bronquitis capilar, estertores ruidosos, y sobre todo estertores sibilantes, que se aprecian en una region extensa pero bien limitada de uno de los pulmones, en la base de preferencia.

Con gran rapidez esta inflamacion de los bronquios se propaga a los bronquiolos y da origen a la produccion de los estertores subcrepitantes finos, que son ya casi estertores crepitantes. Mas tarde aparece un soplo que indica la propagacion de las lesiones bronquiales a los alveolos y marca el principio de la hepatizacion. Es primero una

respiracion soplante, poco despues un verdadero soplo tubario indicio de la hepaticacion ya citada.

A medida que esta avanza, la intensidad del soplo aumenta, su tono se hace mas agudo, llegando con frecuencia a ser parecido al de la pneumonia franca.

Con el soplo aparece tambien la broncofonia, que como aquel, nos revela al oido la induracion del parénquima pulmonar.

A la percusion podemos apreciar signos que testifican dicha induracion, al principio notaremos una simple disminucion de la resonancia

de las paredes torácicas, que aumenta hasta la
 máxime completa.

Estos signos aunque son mucho más fijos
 que en la bronco-pneumonia lobulillar diseminada,
 no tienen sin embargo, la fijera casi abso-
 luta que en la pneumonia franca. Peribidos
 primero en la base de uno de los pulmones, se
 extienden de un modo progresivo, se elevan y
 acaban por ocupar en general, el tercio y a veces
 la mitad de dicho pulmón.

Sin embargo, las lesiones de esta forma de
 bronco-pneumonia rara vez son unilaterales;

están afectos de ordinario ambos pulmones, aunque en grados muy distintos y siempre predominan los signos en uno de ellos.

Los trastornos funcionales también son distintos de las formas anteriores; la disnea no tiene la intensidad que en la bronquitis capilar, existen menos signos de asfixia, así que el enfermo no presenta el aspecto cianótico que revela la falta de aire; su rostro es más animado, sus párpados están rojos, es decir, tiene una faja parecida a la del neumónico.

Se presenta una tos frecuente, penosa, acompa

nada en el adulto de una expectoracion viscosa, tenida o no de sangre y a veces con los mismos caracteres que el esputo de la pneumonia franca.

La fiebre se asemeja en su ciclo al de la pulmonia sin ser tan caracteristico, y es distinta de las otras formas de bronco-pneumonia; asciende progresivamente y alcanza su maximum al tercero o cuarto dia, oscilando desde entonces entre los 39° y 39° 5, en remisiones matutinas de cerca de un grado; se mantiene asi durante diez o quince dias, para descender luego tambien progresivamente, hasta la normal.

Cuando la bronco-pneumonia pseudo lobular

termina por la muerte, esta sobreviene en el niño por síntomas de asfixia, en el adulto generalmente por generalización de la infección.

En esta clase de bronco-pneumonia se ha querido distinguir varias formas de ella, segun fueran los focos progresiva ó primitivamente confluentes. Nos parece que es una distinción inútil que no puede tender mas que á designar con nombres distintos los diversos modos en que puede començar una misma enfermedad, ó bien á la confusión entre la bronco-pneumonia y la pneumonia

franca. Ni aun los hechos justifican tal diferenciación, porque es sabido de todos que los diversos núcleos de un mismo foco nunca se forman al mismo tiempo, sino uno después de otros.

Bronco-pneumonia crónica. La bronco-pneumonia nunca es crónica primitivamente.

Su evolución es a veces latente; puede pasar enmascarada o confundida por los síntomas de la enfermedad primera, de la cual la bronco-pneumonia es una complicación.

Con frecuencia, particularmente en el niño

es subaguda, pero nunca crónica, pues tales broneo-pneumonías deben achacarse a la tuberculosis, y hoy los autores están conformes en considerar como manifestaciones de la infección tuberculosa las lesiones descritas antiguamente bajo el nombre de broneo-pneumonías crónicas.

En adelante, debe reservarse esta denominación al conjunto de lesiones persistentes que se forman en las diferentes partes del parénquima pulmonar, en las cuales han evolucionado las lesiones inflamatorias de la broneo-pneumonía.

Queda, lesiones dan lugar a las esclerosis de las

paredes alveolares y a la dilatacion bronquial.

El nombre de bronco-pneumonia cronica, bajo el cual se designa el conjunto de estas lesiones y de los sintomas a que dan lugar, no nos parece ciertamente muy apropiado, pues realmente no existen entre estas lesiones cronicas y la de la bronco-pneumonia aguda, mas que relaciones remotas, semejantes a las que pueden existir por ejemplo, entre la nefritis escarlatinosa y la esclerosis renal que puede sucederla. Mas basta entenderse respecto al significado de las palabras, y es inutil designar con nuevos nombres lo que se conoce con apelativos

antiguos. Por lo tanto, se describirá con el nombre de bronco-pneumonia crónica, no lesiones crónicas de bronco-pneumonia, pues tales no existen, sino las lesiones crónicas del parénquima pulmonar que han quedado como consecuencia de las lesiones agudas de la bronco-pneumonia.

La bronco-pneumonia crónica no se presenta igualmente en todas las edades; es mucho más frecuente en el anciano, porque por lo general la pneumonia lobulillar hace que el niño sucumba antes de que hayan tenido tiempo de constituirse las lesiones esclerósicas; por esto la bronco-pneumonia

riónica es muy rara en el niño menor de tres a cuatro años; por el contrario, es uno de los modos frecuentes de terminacion de la Bronco-pneumonia en el viejo.

Cuando parece que va a sobrevenir la curacion, la fiebre desaparece, el enfermo recobra el apetito, la disnea es menor, etc. la tos persiste y los signos locales en vez de mejorar quedan primero estacionarios, y cambian al poco tiempo de caracteres: los signos de induracion pulmonar son substituidos por los signos pseudo caritarios, la dilatacion de los bronquios sucede a la esclerosis.

La mridea es cada vez mayor, los estertores sub-crepitantes adquieren otros caracteres; sus burbujas se hacen mayores, mas humedas, al principio aisladas, luego cada vez mas próximas: entonces se percibe el verdadero estertor cavernoso o gorgoteo. Al propio tiempo se modifica el soplo tubario; se hace mas grave, menor ruido, adquiriendo todos los caracteres del soplo cavernoso.

Estos signos pueden percibirse en todas las regiones del pulmon invadidas antes por las lesiones inflamatorias de la broncopneumonia; hacia atrás, en las regiones inferiores, en la parte media, etc. Se las

puede ver en ambos pulmones, pero de ordinario predominan en uno de ellos y a veces hasta pueden no existir mas que en un solo lado.

Al mismo tiempo que estos signos, un conjunto de fenomenos generales y de trastornos funcionales revelan la dilatacion progresiva de los bronquios.

La respiracion se hace pesada, el esfuerzo mas pequeno aumenta la disnea; la tos que es frecuente va seguida de una expectoracion abundante, mucopurulenta, en ocasiones fetida.

Pueden sobrevener entonces fenomenos de hecticos y determinar con rapidez la muerte; el

rostro del enfermo tiene un color amarillento pálido, la piel seca y como escamosa se cubre de noche de abundante sudor; la temperatura, normal durante el día, se eleva por la noche a 39 o mas grados; sobreviene a veces una diarrea pertinaz y abundante, mas tarde el edema de los miembros inferiores, aparecen pústulas de cétima, pueden formarse escaras en el sacro, y el enfermo, llegando al extremo de la caquexia, no tarda en sucumbir.

Otras veces, a pesar de las lesiones de broncopneumonia crónica, la dilatación bronquial no es tan

predominante y los signos de esclerosis dominan a los catarrales. Entonces el estado general del enfermo se conserva bastante satisfactorio, pero dichas lesiones sinóticas ocasionan a consecuencia de la retraccion del pulmón, deformaciones torácicas notables; el hombro del lado enfermo desuende, los espacios intercostales se estrechan, y entonces es cuando el músculo cardiaco puede ser dislocado, dificultado su funcionamiento, pudiendo verse aparecer con la dilatacion del corason derecho, los signos de la insuficiencia cardiaca y mas tarde el síndrome de la aristolia que, en plaza

84

mas o menos lejano, termina la escena.

Sea cualquiera la evolucion de estas lesiones de bronco-pneumonia crónica, el enfermo afecto de ellas está continuamente expuesto a nuevos ataques de bronco-pneumonia aguda o cuando menos a bronquitis frecuentes, rebeldes, recidivas que siempre son graves y no pocas veces mortales.

Etiologia

Las causas productoras de la bronco-pneumonia son numerosas y variadas, pero no todas desempeñan igual papel.

Una obra dando lugar a las lesiones inflamatorias, son las menos variables; los agentes microbianos: las otras son auxiliares, son las causas predisponentes, las que aumentando la virulencia de los microbios o disminuyendo las resistencias del organismo, preparan a aquellos un terreno favorable a su desarrollo y evolucion. Estas causas son, al contrario de las primeras, muy variables.

Hasta estos ultimos años se consideraban como capaces de producir la bronco-pneumonia, todas aquellas causas que pudieran lesionar de cualquier manera el epitelio de los bronquios

y de los alveolos. Obraban unas directamente sobre el aparato respiratorio, tales eran la inhalacion de gases irritantes, los polvos de carbon etc; otras cual el frio y las quemaduras extensas, como asi mismo las operaciones en el abdomen, podian por via refleja, segun se desia, determinar tambien la produccion de la bronco-pneumonia.

Los trabajos bacteriologicos modernos han venido a dilucidar esta cuestion sobre la patogenia de la bronco-pneumonia, y han demostrado que solamente ciertas especies microbianas son las que deben ser consideradas como la causa determinante

de ella.

Mas al principio los bacteriologos, teniendo en cuenta la aparicion casi siempre secundaria de la bronco-pneumonia en el curso de una porcion de enfermedades infecciosas, intentaron asignar a cada forma un agente patogeno especial que a priori no debia ser otro que el productor de la infeccion primitiva.

Por esto se observa, que Dabes y Eharon por ejemplo, describieron en la bronco-pneumonia concomitante al sarampion, el microbio presunto de esta ultima enfermedad y Klein, considero como

el agente de la escarlatina, un streptococo hallado por él y otros muchos en las complicaciones bronco pulmonares de la escarlatina. Por último, recuerda el gran número de agentes microbianos descritos en estos últimos años en las bronco-pneumonías gripales, y considerados como los microbios de la influenza.

El convencimiento había de que en la bronco pneumonia solo se trataba de una localización pulmonar de la infección primitiva, que en aquellas enfermedades cuyos agentes eran conocidos tales como la difteria, la fiebre tifoidea o tuberculosis,

no se buscaba mas que los microbios de dichas enfermedades, sin preocuparse de los demas. Si se hallaba otro, se le negaba toda accion patogena, o a veces, al contrario, se le concedia grandissima importancia y se le quitaba la suya al microbio tenido hasta entonces como el causante de la enfermedad primitiva.

De este modo se ha atribuido la produccion de las bronco-pneumonias consecutivas a la tifoidea o a la tuberculosis, al bacilo de Eberth o al de Koch, o al contrario se ha negado al de Löffler toda accion especifica, concediéndola en

cambio a un Streptococo encontrado en los focos lobulillares de bronco-pneumonia difteria.

No tardó mucho tiempo en averiguarse la verdad; la identidad de los resultados obtenidos en los casos mas distintos, indujo a los bacteriólogos a considerar a la bronco-pneumonia como una enfermedad secundaria, como una complicacion debida a la accion de un microbio en un organismo infectado ya por otro agente distinto.

Desde entonces, no se consideró al sarampion, difteria, tos ferina, etc, sino como causas predispo-

mentos de la bronco-pneumonia.

La prueba, que es imposible por hoy darla para ciertas enfermedades tales como el sarampion, coqueluche, etc. cuyo agente patógeno aun no es desconocido, se dió de una manera evidente y clara en las bronco-pneumonias diftericas, pues al lado del bacilo de Klebs Löffler, se halló en los focos de hepatizacion un estreptococo semejante al que se encuentra en las bronco-pneumonias consecutivas a la grippe, sarampion, cólera etc.

Se redujo pues, el número de los agentes patógenos de la bronco-pneumonia y los trabajos de

Netter, de Weichselbaum
a tales aunque a veces
el pneumococo secundario
el estreptococo pneumonico
otros hacen idénticos al de
coco y por último el pneumococo
de Friedlander.

Para Weichselbaum
solo estos microbios producen
de la pneumonia tanto secundaria
primitiva como secundaria
Wass Frankel

Netter, de Weichselbaum, etc, no consideran ya como a tales mas que a cuatro especies microbianas; el pneumococo lanceolado de Salomon Fraenkel, el estreptococo pneumonial que el citado Netter y otros hacen idéntico al de la crisipela, el estafilococo y por último el pneumobacilo encapsulado de Friedlander.

Para Weichselbaum, Netter y otros bacteriólogos solo estos microbios pueden determinar las lesiones de la pneumonia tanto lobulillar como lobular, así primitiva como secundaria.

Mas Fraenkel, no queriendo admitir que

dos entidades morbosas tan distintas como la bronce-pneumonia y la pulmonia franca tuvieran un mismo agente productor, intentó distinguirlos por su etiología y admitía que el pneumococo de Friedlander podía ser el agente de la bronce-pneumonia, pero que la pneumonia franca era siempre debida al pneumococo lanceolado.

Otros investigadores han pretendido asignar a cada forma de la bronce-pneumonia un agente especial, así por ejemplo, Mosny, ha deducido que las lesiones de la bronce-pneumonia podían afectar en su distribución topográfica dos tipos distintos.

uno lobulillar debido a la acción del streplococo
piogeno y que según él constituyen la bronco-pneumo-
nia propiamente dicha, y un tipo pseudo-lobular
 debido al pneumococo lanceolado de Calaman-
Freudenthal, y que, desde el triple punto de vista etioló-
 gico, clínico y anatómico, se debe separar de la
bronco-pneumonia para aproximarlos a la pulmonia
franca, de la cual constituye una forma lo mas
 comunmente secundaria y mas frecuente en el
 niño.

El caso como él mismo indica, la cuestión
 no está resuelta, exige el que se repitan los

experimentos, con tanto mas motivo cuanto que todana no se ha demostrado con datos precisos e indiscutibles, la diferencia de accion entre el streptococo y el pneumococo.

Las investigaciones clinicas en el vivo por medio de funciones aspiradoras con la feruiguilla del profesor Strauss y las llevadas a cabo en el cadaver han demostrado: primero, que las especies microbianas antes citadas se encuentran durante la vida en los focos de bronco-pneumonia; segundo, que no existen en los pulmones sanos (Strauss) y tercero, que en el examen necroscopico solo se les halla

en los focos de lesiones inflamatorias, no existiendo ni en los lobulillos enfisematosos ni en los focos de atelectasia.

Es evidente pues por tanto, que los microbios hallados en medio de los focos de bronco-pneumonia, son realmente los agentes patógenos de ella, lo mismo si se encuentran aislados como asociados a otras especies microbianas, cuyo papel aún no está del todo bien determinado, pero que no hay razón suficiente para considerarlos como simples saprofitos.

Causas predisponentes. Se refieren unas al microbio, otras al enfermo y otras al medio.

Sabemos que los microbios no solo pueden encontrarse en el aire, sino que tambien existen normalmente en las cavidades bucal-faringeas.

No tenemos mas que recordar en efecto, que Pasteur en el año 1881 descubrió el pneumococo en la saliva de un niño muerto á consecuencia de hidrofobia, si bien entonces se ignoraba su accion pneumonigena, que Salomon reveló dos años despues.

Despues de Pasteur, numerosos investi-gadores han comprobado la existencia en la cavidad bucal, no solo del pneumococo, sino

tambien del bacilo de Friedländer, del streptococo y de los estafilococos piogenos. De todos ellos los mas importantes son el streptococo y el pneumococo.

Segun Netter, los microbios mencionados se hallan en la saliva de los sujetos sanos en la siguiente proporcion; el pneumococo, en mas del 20%, el streptococo, un 5%, y el bacilo encapsulado de Friedländer, mas de un 4.5%.

Por investigaciones análogas, Von Besser demostró tambien que estos mismos agentes

se encuentran en proporciones casi iguales en el moco de las fosas nasales de los individuos sanos.

Por consiguiente, estos estudios no demuestran que los microbios pneumonigenos si bien no se hallan en los pulmones, existen normalmente en las vias aéreas superiores de los individuos sanos.

El aire puede pues transportarlos a los pulmones, y en ciertas condiciones, dependientes de una parte de la cantidad y virulencia de los microbios y de otra del terreno, pueden asentar en el faringoma pulmonar, desarrollarse y dar origen a la bronco-pneum.

monia.

Estamos, pues, constantemente amenazados de infecciones pulmonares cuya causa la llamamos en nuestro propio organismo; a esta clase de infecciones es a lo que el profesor Bouchard dio el nombre de auto-infecciones, en oposicion a las otras infecciones mayor en numero, cuyo germen viene del exterior.

Si la infeccion no se produce en tales condiciones, es porque nuestro organismo dispone de medios para impedir la pululacion de los microbios y hasta para destruirlos.

Netter, ha notado que por influencias dependientes del medio exterior, estos microbios que normalmente viven en las primeras vias respiratorias, pueden en ocasiones adquirir una gran virulencia y en otras al contrario, estar casi totalmente privados de ella, y en este estado es en el que habitualmente se les encuentra en la saliva de los individuos sanos.

Se comprende que en tales condiciones, la introduccion de dichos microbios en los pulmones no vaya seguida de efecto patológico alguno.

Estas causas predisponentes referentes

solo a las condiciones de cantidad y virulencia del agente patogeno introducido en los pulmones, pueden, aun preexistiendo de toda otra causa predisponente tambien, relativa al enfermo, determinar la aparicion de la broneo-pneumonia.

Esta forma primitiva de la pneumonia lobulillar es mucha mas rara que las formas secundarias, es la excepcion, pues casi siempre interviene la predisposicion del terreno para favorecer la putulacion y desarrollo de los microbios. puede decirse en terminos generales, que la broneo-pneumonia es una enfermedad secundaria.

Predisposicion del enfermo. Entre las causas predisponentes relativas al sujeto, la edad es una de las mas importantes; ya hemos indicado que puede decirse de una manera general, que la bronco-pneumonia, es una enfermedad de la infancia.

Su frecuencia mayor es entre los dos y los cuatro años, disminuye antes y despues de dicha edad y pasados los seis años es mucho mas rara

Es, en efecto, que la mayor parte de las enfermedades que provocan la produccion de

la pneumonia lobulillar, son propias de la infancia; tales son el sarampion, difteria, coqueluche, etc; pero la edad por si sola parece tener un papel importante en la predisposicion a la broneo-pneumonia, pues esta enfermedad tan frecuente en la infancia como complicacion de las enfermedades citadas, es mucho mas rara en el adulto en condiciones identicas.

Enfermedades anteriores. Los estados anteriores que favorecen la produccion de la broneo-pneumonia son numerosos, mas no todos tienen igual importancia.

La bronco-pneumonia es, repetimos, sobre todo una complicacion de las enfermedades agudas y en particular de aquellas que son patrimonio de la infancia: sarampion, tos ferina, difteria, etc.

Otras enfermedades comunes al adulto y al niño, pero mas frecuente en el primero, pueden tambien dar origen a ella, y las bronco-pneumonia consecutivas a la gripe, tifoidea, viruela, etc, aun cuando no tan frecuentes como las anteriores tampoco son raras.

Ciertas enfermedades crónicas tambien especiales del niño, como el

raquitismo, atropia, etc. son tambien con frecuencia causas de la bronco-pneumonia, y por ultimo la tuberculosis pulmonar en todas las edades, pero sobre todo en el niño, a veces se complica de pneumonia lobulillar.

Como los caracteres clinicos y el pronóstico de ella son distintos segun la enfermedad a que complica, conviene insistir en la descripción de dichas bronco-pneumonias y lo haremos aunque sea ligeramente en los parrafos sucesivos.

La bronco-pneumonia consecutiva al sarampión es tan frecuente, que durante mucho tiempo

se consideró a aquella como una localización pulmonar del virus sarampiñoso.

Su frecuencia es tal, que la mayoría de los pediatras atribuyen a esta fiebre eruptiva la cuarta parte de los casos de bruno-pneumonia que se observan en los hospitales de niños.

Es tanto mas frecuente y mas grave cuanto menor sea la edad del enfermo; es mucho mas rara en el adulto, y aun en el niño varia dicha frecuencia y gravedad segun las epidemias y segun el medio en que se halle colocado el enfermo.

Bien sabida es la gravedad y frecuencia de la brunco-pneumonia en las salas de aislamiento de los hospitales de niños, al paso que es mas rara y su pronóstico menos grave en los enfermos colocados en mejores condiciones.

La brunco-pneumonia consecutiva al sarampion puede presentarse en ocasiones antes del periodo de erupcion, en otros casos quince y aun mas dias despues de la curacion; pero lo mas comun es que aparezca durante o despues de la erupcion.

Cuando aparece durante el periodo de invasion,

la erupcion puede ser normal, pero con frecuencia se retarda, sale mal como suele decirse, y el pronóstico siempre grave de estas erupciones retardadas o detenidas en su evolucion se explica por la complicacion pulmonar, causa casi siempre de dicha evolucion anormal.

La fecha mas frecuente de aparicion de la bronco-pneumonia sarampionosa, es entre el segundo y cuarto dia del comienzo de la erupcion.

Por lo que respecta a las bronco-pneumonias que sobrevienen tardivamente, debese desconfiar de ellas, pues es sabido cuan frecuente es la tuberculosis.

en el niño despues del sarampion y las mas de las veces no son sino pneumonias caseosas.

La bronco-pneumonia del sarampion tiene generalmente una marcha subaguda y lo mas comunmente termina por la supuracion de los lobulillos; es mas rápida en el adulto y afecta entonces por lo general la forma de la bronquitis capilar.

El pronostico es muy grave, pues en los hospitales de niños ocasiona la muerte de cerca de la mitad de los enfermos. En la bronco-pneumonia consecutiva al sarampion, es donde se ha

101

observado con frecuencia la gangrena pulmonar,
complicacion por lo demas bastante rara, de la
bruno-pneumonia.

Otra de las enfermedades del niño que
con frecuencia se complica de bruno-pneumonia
es la difteria, sobre todo el crup. puro o con angina.

La frecuencia de la bruno-pneumonia difterica
decrece segun la edad; antes de los cuatro años
es tal, que la mayoria de los niños que mueren por
la difteria sufren bruno-pneumonia. Desde
los cuatro años es mucho menos frecuente y casi
una excepcion en el adulto.

La época de aparición de la bronco-pneumonia diftérica es muy variable. Como en el sarampión, precede unas veces, otra por el contrario puede sobrevener después del séptimo día, y hasta después de muchos días de iniciada la difteria no puede considerarse al enfermo como libre de esta complicación pulmonar. Lo más común es que se presente entre el cuarto y sexto día.

Puede sentarse como regla general, que el curso de la bronco-pneumonia será tanto más brusco, cuanto más tardíamente aparezca. Al contrario, en los casos habituales, en que aquella

sobreviene en la primera semana, su comienzo es muy oscuro y difícil de precisar.

Esta dificultad para descubrir la bronco-pneumonia en un difterico se comprende por la confusion de los sintomas de las dos enfermedades, pues afectando ambas a las vias respiratorias, determinan trastornos disimiles muy semejantes.

En la difteria, a diferencia de lo que ocurre en el sarampion y en otras enfermedades que con frecuencia se complican de bronco-pneumonia, los fenomenos generales son los que anuncian la aparicion de ella.

En efecto, como la pneumonia lobulillar va siempre acompañada de fiebre y la difteria apenas determina elevación considerable de temperatura, puede decirse como regla general, que cuando en el curso de la primera semana se reanuda la fiebre por encima de $38^{\circ}5$, deberá temerse la aparición de la bronco-pneumonia.

Ademas de esta elevación de la temperatura, podria notarse el aleteo de las ventanas de la nariz, la falta de accesos de sofocacion, la forma continuada de la disnea, el tiraje, etc.; signos todos de importancia secundaria y que como

se comprende pueden ser muy modificadas por la presencia de las membranas diftericas.

Por otra parte, no deberia confiarse mucho en el examen fisico para seriorarse en el diagnostico, pues la auscultacion apenas nos hara percibir mas que un silencio respiratorio casi absoluto.

Si aun apesar de la elevacion de temperatura, signo que como decimos puede anunciar la presencia de la bronco-pneumonia, se practicara la traqueotomia, entonces ya podrian notarse durante y despues de la operacion signos que tienen mas importancia para el diagnostico.

Con efecto, la hemorragia a veces abundante que se produce en el momento de la inserción y que casi siempre cesa una vez introducida la cánula, persiste con frecuencia en los niños afectados de bronco-pneumonia. Además, las falsas membranas expulsadas después de la introducción de la cánula pueden ser mezcladas con pus, signo este seguro de pneumonia lobulillar.

Por último, en vez del alivio inmediato y tan sorprendente que por lo general sigue a la traqueostomía, se ve a que la disnea continúa y va aumentando hasta producir la muerte, que

en estas ocasiones es el fin mas frecuente. Se explica esto último; las funciones respiratorias se hallan comprometidas, lo mismo en los pulmones que en la laringe y traquea, nada adelantamos con practicar la traqueotomia si el obstáculo persiste mas abajo.

El pronóstico de la difteria, ya grave por si solo, se hace gravísimo como es natural con la aparicion de la bronco-pneumonia y rara vez esta es curable.

En tanto mas rápida su evolucion y su pronóstico tanto mas grave, cuanto mas precoz

es su aparicion.

Este estudio de la broneo-pneumonia nos lleva a tratar de la importancia que debe darse a la pneumonia lobulillar para la operacion de la traqueotomia.

En la antigüedad todo difterico afecto de broneo-pneumonia era abandonado, pues se creia ver en esta complicacion pulmonar una contraindicacion formal de la traqueotomia y hasta se acusaba a esta ultima de provocar la hepatizacion lobulillar a lo que hasta entonces estaban indemnes.

En la actualidad se piensa de distinta manera; en cuanto la asfixia pone al niño en peligro inminente, debe practicarse la traqueotomía, aun cuando la bronco-pneumonia esté confirmada; sobre todo si se trata de enfermos de mas de dos años de edad, pues algunos éxitos, verdaderas resurrecciones, obtenidas en estas empujones, autorizan el que se lleve a cabo la operacion.

Es natural que el enfermo operado en tales condiciones, no tendría las probabilidades de curacion que tendría si sus pulmones estuviesen inofensivos de toda lesion, mas por escasas que

aquellas sean, debe intentarse el practicar la traqueotomía.

Haciéndola en las mejores condiciones asepticas tanto en la que se refiere al instrumental como al operador y ayudantes y conociendo su técnica, se evitará que se achaque a la traqueotomía el ser responsable de la producción de la bronco-pneumonia.

Para terminar lo que se refiere a la bronco-pneumonia diftérica decimos, que no ofrece caracter alguno saliente que permita diferenciarla de otras formas de bronco-pneumonia.

Sin embargo, la congestión es mas marcada

que en otras bronco-pneumonias secundarias, y con mas frecuencia que en estas se notan hemorragias lobulillares, que como la congestion, debe atribuirse a la accion de las toxinas diftericas, de la misma manera que las congestiones de otros organos.

La supuracion es un modo frecuente de terminacion de las lesiones bronco-alveolares.

Otra de las enfermedades que tambien frecuentemente se complica de bronco-pneumonia es la tos ferina.

Segun Henry Roger debe atribuirse a la coqueluche la quinta parte de los casos de pneumonia

lobulillar, y segun otros un tercio de ellos.

Es mas frecuente en los niños y debe temerse siempre en los menores de dos años; despues de esta edad disminuye su frecuencia. Se observa sobre todo en los hospitales de niños, y se citan epidemias de tos ferina en que esta complicacion pulmonar es la regla general.

Aparece de ordinario en la segunda y tercera semana de la evolucion de la coqueluche; una vez desaparecidas las quintas de tos, puede considerarse al enfermo como libre de la Bronco-pneumonia.

La bronco-pneumonia, si bien no hace desaparecer por completo las quintas de tos de la coqueluche, las atenúa en gran manera, y parece que hay cierta relación directa entre esta disminución de las quintas de tos y el pronóstico de la bronco-pneumonia.

Tampoco hay síntomas ni lesión especial que permitan distinguir la bronco-pneumonia consecutiva a la coqueluche de las otras bronco-pneumonías secundarias a otras enfermedades infecciosas.

Su comienzo es generalmente insidioso, su

marcha lenta, aunque, si bien rara vez, pueden presentarse esas formas de comienzo brusco y evolución rápida. A menudo las lesiones se localizan en un solo pulmón y afectan la forma pseudo-lobular.

En el adulto también ciertas enfermedades pueden determinar la producción de la bronco-pneumonia, y entre dichas enfermedades citaremos en primer término la erisipela, grippe, fièvre tifoïde y viruela.

Conocidas son desde hace tiempo las complicaciones pulmonares de la grippe, y de ellas nos podemos dar cuenta estudiando las numerosas

epidemiológicas de influenza
Europa.

Tanto la bronca pneumonia
franca pueden sobrepasarse
siendo muy difícil separar
bronco-pneumonia gripal
la forma pseudo-tuberculosa
pneumonia franca sus formas

Parece resultar al estudiar
de grippe, que la bronca pneumonia
mas rara que la pneumonia
La infección gripal

115

epidemias de influenza que han reinado en Europa.

Tanto la bronco-pneumonia como la pneumonia franca pueden sobrevenir en el curso de la grippe, siendo muy difícil separar una de otra, pues la bronco-pneumonia gripal afecta con frecuencia la forma pseudo-lobular, cuyas analogías con la pneumonia franca no son bien conocidas.

Parece resultar al estudiar las citadas epidemias de grippe, que la bronco-pneumonia es complicación mas rara que la pneumonia franca.

La infección gripal sabemos que es mas

frecuente en el adulto que en el niño y menos grave en este que en aquel, y por lo mismo la bronco-pneumonia gripal se observa mas frecuentemente en la edad adulta que en la infancia.

Sobreviene por lo comun en el curso de la segunda semana, rara vez al principio de la influenza.

Comienza sin ruido, confundiendo sus sintomas iniciales con los de la grippe; rara vez estalla bruscamente. El escalofrio inicial y el dolor de costado faltan los mas de las veces, y por lo comun los sintomas iniciales son una tetfenoa, acompañada de expectoracion viscosa, a veces con

estrias sanguineas, una disnea que vá aumen-
tando, la elevacion de la curva termica y en fin,
la agravacion del estado general.

Los sintomas que dominan son una disnea
exagerada, que no guarda relacion con los signos
fisicos que son fugaces, limitados y un estado
general grave, adinamico.

No presenta el enfermo la facies voluptuosa
del pneumonico; su color es pálido, plomizo y
su postura que es grande, conduce pronto a
la adinamia.

A la auscultacion solo percibiremos signos

diseminados de bronquitis, estertores subcrepitantes, y en algunas zonas estertores crepitantes y soplo; pocos que como hemos dicho son fugaces, evanescentes, predominando a veces un solo lado, y que por su predominio y su localizacion en una de las bases afecta con frecuencia el tipo pseudo-lobular de la bronco-pneumonia.

La temperatura tampoco tiene el ciclo fijo de la pneumonia franca, al contrario su caracter es la irregularidad.

La duracion de la bronco-pneumonia gripal es muy variable; de ordinario hasta despues del

decimo dia no se inicia la declinacion lenta,
progresiva, a menudo anunciada por fenomenos
criticos.

La enfermedad puede prolongarse por la aparicion
de brotes sucesivos y las recaidas retardan en frecuen-
cia la curacion definitiva.

En ocasiones la marcha es mas rapida,
pudiendo sobrevener la muerte en pocos dias en la
dinamia y el coma.

La fiebre tifoidea tiene tambien muchas
complicaciones pulmonares; una de ellas, la mas
frecuente seguramente, es la bronco-pneumonia,

pues se la ha observado por termino medio, entre el 7 y 10 % de los casos. Es tambien, como la bronco-pneumonia gripal, mas frecuente en el adulto que en la infancia, y su pronostico muy grave cualquiera que sea la edad del enfermo, si bien algo menos en el niño.

Sobreviene en una época mas o menos distante del principio la tifoidea, del 20° al 40° dia, por lo tanto, al iniciarse la declinacion o hasta en plena convalecencia; sin aparato ninguno, sin ruido, es como aparece; no hay dolor de costado ni escalofrio, y la mayoría de las veces el nuevo ascenso de

la fiebre y la dificultad respiratoria, son las que marcan el comienzo de ella y no llevan a examinar los pulmones del enfermo.

Al propio tiempo que la temperatura se eleva y la respiración se hace mas frecuente, la auscultación nos hará percibir signos de bronquitis; a veces se puede tambien notar focos de hepatización, revelados por los estertores crepitantes y el soplo.

Con frecuencia estos signos de hepatización se reúnen en un solo foco; tratase entonces de la forma pseudo-lobular, una de las mas frecuentes de

la bronco-pneumonia tífica.

La duracion es de diez a quince dias por termino medio, mas en ciertos casos puede afectar una marcha subaguda, pudiendo ocasionar la esclerosis del pulmon y la dilatacion bronquial.

Su pronóstico es grave; se comprende que asi sea, dado el agotamiento de fuerzas en que se encuentra el tífico que no puede muchas veces luchar con la enfermedad que nuevamente le amenara.

Otra de las enfermedades, si bien con menos frecuencia que en las anteriores, en cuya evolucion

puede presentarse la bronco-pneumonia, es la erisipela.

En el año 1879, Straus demostró la existencia de las bronco-pneumonias erisipelatosas. Desde entonces se ha comprobado que la erisipela facial podía propagarse a los pulmones.

Estas pneumonias lobulillares erisipelatosas son casi siempre consecutivas a una erisipela externa, mas Potain y Cyffer han demostrado que es posible la marcha inversa de la erisipela, que puede comensar por el alveolo pulmonar y aparecer despues al exterior afectando la forma característica de la

erisipela facial. Mas tarde se ha comprobado en efecto la posibilidad de una bronco-pneumonia erisipelatosa primitiva, aun sin la existencia de una erisipela externa.

La bronco-pneumonia erisipelatosa evoluciona de una manera parecida a la pneumonia franca; unas veces, sobre todo cuando es primitiva, comienza de un modo brusco por dolor de costado y el exaltorio inicial, en otras ocasiones, cuando es consecutiva a una erisipela externa, sus sintomas se confunden con los sintomas generales a que aquella da lugar.

Los signos físicos demuestran la existencia de muchos, o mas frecuentemente, de un solo foco de hepatizacion, fijo, poco extenso, o bien al contrario movable, serpinguoso.

Los fenomenos generales son graves, la temperatura es muy elevada y la evolucion rapida.

El pronostico es gravisimo, pues si bien es posible la curacion, la bronco-pneumonia exsifalatorum termina generalmente por la muerte.

Reil fue el primero que hizo notar la bronco-pneumonia consecutiva a la viruela.

Es en efecto un accidente muy comun

sobre todo en las viruelas graves, tanto que segun Toffroy, en la mitad de los casos de viruela confluyente cuyos enfermos fallecen, pueden notarse en la autopsia las lesiones propias de la Croneo-pneumonia. En la infancia su frecuencia es menor.

Esta frecuencia, como sucede en otras enfermedades infecciosas, es tambien muy variable segun las epidemias; recordaremos que en la epidemia de viruela que reinó en Paris durante el sitio de 1870 a 71, la Croneo-pneumonia constituyó la complicacion mas grave y frecuente.

En general comienza del sexto al décimo día de la evolución de la viruela, sin ruido ninguno, por síntomas de bronquitis que van acentuándose y generalizándose a medida que la disnea aumenta y prevalece sobre los signos físicos, que no nos dan explicación de ella.

La expectoración, mucosa al principio y más tarde mucopurulenta, puede ser sanguinolenta. En este caso, se comprueba a veces la existencia del soplo y ruidos, señales de la hepatización.

Cuando aparece la complicación pulmonar,

se detiene la erupcion variolosa, la temperatura es muy elevada y la disnea muy exagerada, sobreviniendo en muchos casos la muerte por asfixia.

Su evolucion es casi siempre aguda y la duracion no pasa de tres o cuatros dias en las formas muy graves.

Algunas enfermedades crónicas, desempeñan tambien un papel importante en la produccion de la bronco-pneumonia, entre ellas la tuberculosis.

La tuberculosis pulmonar predispone a la bronco-pneumonia, sobre todo cuando el tuberculoso

se halla en ciertos medios en que reina endémicamente la pneumonia lobulillar; en efecto, muchos niños tuberculosos asistidos en los hospitales, mueren a consecuencia de una bronco-pneumonia intercurrente que viene a acelerar el término fatal de la tuberculosis.

La bronco-pneumonia consecutiva a la tuberculosis es mucho mas comun en el niño que en el adulto, y puede afectar una marcha aguda o subaguda; no ofrece caracter clinico ni lesiones anatomicas que permitan distinguirla de las otras bronco-pneumonias secundarias.

Cada uno de los microbios, el de la tuberculosis y el de la croneo-pneumonia obran aisladamente por cuenta propia.

Como ya hemos dicho es una complicacion muy grave de la tuberculosis, que casi siempre ocasiona la muerte de los niños.

La bronquitis crónica, por permitir la introduccion y estancamiento en los bronquios de los microbios que se encuentran habitualmente en las vias aereas superiores, se complica tambien con frecuencia de croneo-pneumonia.

Estudiado a nuestro juicio lo mas importante

acerca de las enfermedades que predisponen a la bronco-pneumonia, digamos algo respecto a la accion del medio en que el enfermo se encuentra.

Hemos indicado al emperar el estudio de la etiologia que los agentes de la bronco-pneumonia no se hacian patogenos, sino cuando llegaban a los pulmones en numero suficiente y dotados de gran virulencia. Ahora bien, sabida es la influencia que las estaciones, y el medio de las salas del hospital, por ejemplo, ejercen sobre el desarrollo y exaltacion de la virulencia de los

microbios citados.

En los hospitales de niños, la bronco-pneumonia se presenta de preferencia durante las estaciones frías y húmedas, en invierno y otoño, al paso que es raro observarla en el verano.

El hacinamiento, favoreciendo el contagio tiene también gran influencia en la propagación de la bronco-pneumonia. La observación demuestra que esta es una enfermedad contagiosa; para convencernos, basta ver lo que ocurre en los hospitales de niños. Observaremos que cerca del 40% de los enfermos con sarampión

admitidos en las salas de aislamiento, mueren a consecuencia de bronco-pneumonia, al paso que en los niños asistidos en sus casas apenas si se presenta esta complicacion.

Se ha observado tambien el hecho siguiente; al ser llevados a las salas de aislamiento de la difteria, niños procedentes del pabellon de aislamiento del sarampion y afectos de bronco-pneumonia secundaria, esta se presento en los diftericos que estaban en tratamiento y no respeto casi ninguno de los que habian sufrido la operacion de la traqueotomia. De la misma manera la bronco-pneumonia gripal puede transmitirse a los tificos.

Ademas del contagio de la brunco-pneumonia,
 estos hechos nos demuestran que una brunco-pneumonia
 consecutiva al sarampion, grippe, etc., puede
 determinar la aparicion de dicha complicacion
 pulmonar en individuos afectos de enfermedades
 distintas, tales como la difteria, tifoidea, etc.

Estudiadas las formas principales de brunco-
pneumonia y su etiologia, podemos definir aquella
 diciendo que, es una inflamacion aguda o subagu-
 da, parcial o difusa de los bronquios capilares y
 de los lobulillos que de ellos dependen, primitiva
 o mas frecuentemente secundaria, producida

por especies microbianas, bien determinadas, pudiendo manifestarse epidemiacamente y ser transmitida por contagio.

Diagnóstico de la bronco-pneumonia

El diagnóstico de la bronco-pneumonia es á veces muy difícil sobre todo en el niño y el anciano, mas fácil en el adulto que de ordinario nace mas francamente y en quien los signos físicos se perciben mejor, al propio tiempo que los

funcionales son mas acentuados.

Varias son las razones que en las edades extremas hacen mas dificil el diagnostico de la bronco-pneumonia; la falta o poca energia de las funciones respiratorias en la infancia, y su debilitamiento en la vejez, son causa de que el murmullo vesicular se perciba con menos fuerza y claridad, atenuan sus modificaciones, aumentando por dicho motivo las dificultades de la auscultacion.

No hay ningun sintoma especifico de la bronco-pneumonia, no existe ningunro que por

si solo pueda justificar el diagnóstico.

Entre los síntomas de ella, los funcionales son, sin duda ninguna, los que pueden reputarse como de mayor valor diagnóstico y entre ellos la disnea ocupa seguramente el primer lugar.

Es tal es su importancia, que cuando en el curso del sarampión, coqueluche, etc., se le ve sobrevenir en el niño, se puede, aun faltando todo signo físico manifiesto, predecir la aparición de la bronco-pneumonía; la cianosis, el aliento nasal, la actitud y facies del enfermo, etc confir-

moran el diagnóstico.

Sin embargo, la disnea no basta siempre; se comprende que la difteria, la tuberculosis, etc. pueden determinar la disnea y el síndrome de la asfixia, pero va acompañado entonces de otros síntomas que nos permitirán resolver las dudas sobre el diagnóstico.

La tos y la expectoración tienen escasa importancia, la segunda falta la mas de las veces en el niño y no tiene caracter especial en el anciano y adulto.

Los signos físicos tampoco tienen gran valor.

no hacen mas que descubrir la inflamacion de los pequeños bronquios (estertores subcrepitantes) o de lobulillo (crepitante, soplo). Los sintomas generales carecen igualmente de gran valor diagnostico.

De todo esto se deduce, que no rara vez es dificil el diagnostico de la bronco-pneumonia, que no puede pasarse de cierto grado de probabilidad y que casi siempre es necesario recurrir al diagnostico diferencial, para la decision en cada caso particular.

Diagnostico en la pneumonia franca. Separada desde hace tiempo la bronco-pneumonia de la

111^a

pulmonia franca, recientemente se ha intentado identificarla con esta última enfermedad.

Si consideramos los casos típicos de pneumonia franca y bronco-pneumonia lobulillar diseminada, tal fusión no puede existir, pero entre dichos tipos existen otros intermedios, mixtos, que parecen constituyen el paso de una a otra forma, sin poderlos incluir mejor en el cuadro de la pulmonia franca que en el de la bronco-pneumonia.

Entre estas formas de bronco-pneumonia y la pneumonia franca el diagnóstico es difícil.

pero entre los casos típicos de una y otra repetidos, tal diagnóstico es sencillo.

En efecto, la neumonía franca es enfermedad primitiva, ataca a los individuos en completa salud, su comienzo es brusco; la brunco-pneumonia es casi siempre secundaria, va precedida de una bronquitis que a su vez, se desarrolla en el curso de otra enfermedad infecciosa anterior (sarampión, difteria, coqueluche, grippe, tifoidea, etc.).

Los síntomas generales, en particular la fiebre, es menos acentuada en la brunco-pneumonia,

148

en cambio las funcionales, la disnea sobre todo, tiene gran importancia desde el principio de la enfermedad.

La duracion de la fiebre es menor en la pneumonia, su terminacion es por crisis, al paso que en la brunco-pneumonia lo hace por lisis.

El esputo si existe, es en la brunco-pneumonia mucoso o mucos-purulento, sin caracter especial alguno; rojizo, sanguinolento, herrumbroso en la pulmonia, aunque no ignoramos que hay excepciones en ambos sentidos.

Los signos físicos en la pneumonia franca
 nos revelan una gran hepatización, gran macidez
 unilateral que se desarrolla en todo un lóbulo;
 en la bronco-pneumonia esa macidez es bila-
 teral, simétrica, de las partes postero-inferiores
 de los pulmones y los signos físicos fugaces, móviles.

La pneumonia franca se distingue pues fácil-
 mente tanto en el adulto como en el niño, de la
bronco-pneumonia lobulillar disminuida.

Pero este diagnóstico es difícil entre la forma
pseudo-lobular y las pneumonias lobulares secun-
 darias; en estas la disnea es menor, el oído no

percibe mas que estertores crepitantes y soplo pero no estertores subcrepitantes. Mas estos signos son inconstantes, muy variables y la bronco-pneumonia pseudo lobular se confunde a menudo con la pneumonia lobular secundaria haciendo casi imposible el diagnostico.

En efecto, la forma pseudo lobular de la bronco-pneumonia se asemeja a esta por su modo de aparicion casi constante en el curso de otras infecciones, porque su asiento es bilateral, por su larga duracion y marcha irregular.

Mas por otra parte tambien vemos grandes

145
analogías con la neumonía franca, cuando
el comienzo de la bronco-neumonía pseudolobular
es brusco, con el escalofrío inicial y el dolor
de costado y cuando observamos la gran impor-
tancia que adquieren ya desde el principio
los signos de hepatización y el predominio
de ellos en uno de los pulmones.

i En todos estos caracteres de la forma pseudo-
lobular no vemos los mismos de esas pneumo-
nías bastardas, de marcha insidiosa, prolongada,
que son desvirtuadas genéricamente como formas anóma-
las de la pulmonía?

140

La cuestión aun no está resuelta y los trabajos bacteriológicos no han podido hasta el presente deranecer las dudas, a fin de ver si realmente son uno mismo o distintos procesos.

Diagnóstico con la tuberculosis. Otro de los diagnósticos también difícil en ocasiones, es el de ciertas formas de tuberculosis pulmonar y la bronco-pneumonia.

La tisis granulosa que puede sobrevenir en un niño robusto, puede simular la forma peraguda de la bronco-pneumonia, sobre todo la bronquitis capilar.

El comienzo rara vez es brusco, la mayoría de las veces la tos, una pequeña disnea y la fiebre preceden a los signos físicos. Estos son siempre limitados; submacidos, respiración ruda o hasta soplo con estertores crepitantes finos en un punto, y estertores subcrepitantes diseminados.

Al propio tiempo los fenómenos generales se agravan, la temperatura oscila entre 39° y 41°; el pulso es frecuente, la disnea aumenta y sobreviene la asfixia con sus síntomas propios.

Todos estos síntomas pueden disminuir durante dos o tres días, recobrar más tarde su intensidad

1/18
y sucumbir el niño en pocos días.

Como se comprende, es muy difícil diagnosticar esta tuberculosis miliar aguda, de la bronco-pneumonia, sobre todo de la forma sofocante agudísima, en esta los signos físicos son mas móviles, en la tisis granúlica por el contrario son mas fijos, mas persistentes. Si añadimos a esto el que ciertas enfermedades de la infancia, tales como el sarampión, coqueluche, etc. pueden provocar el desarrollo de esta tuberculosis miliar agudísima, ó solo determinar la generalización de lesiones limitadas, latentes hasta entonces, comprendemos la gran dificultad

y a veces la imposibilidad de un diagnóstico entre la tuberculosis citada y esta forma peragada de bronco-pneumonia.

En otros casos mas frecuentes que los anteriores, la tuberculosis comienza y evoluciona a la manera de una bronco-pneumonia aguda en niños que son con herencia tuberculosa.

Esta tuberculosis en forma de bronco-pneumonia es muy comun en la infancia, tanto que podemos decir sin temor a exagerar, que es la forma mas general de la tuberculosis del niño.

El comienzo es insidioso, marcado por una

disnea progresiva y la elevacion de temperatura. Podemos percibir entonces en zonas limitadas matices, estertores crepitantes y sople, en otros puntos estertores subcrepitantes diseminados; estos signos se aprecian en los dos pulmones, pero siempre estan mas marcados en uno que en otro.

Si bien dificil el diagnostico tenemos, aunque no en sus sintomas en su evolucion, caracteres que nos pueden servir, que si es verdad no siempre existen, tienen cuando pueden apreciarse bastante importancia.

En la tuberculosis de forma bronco-pneumonica,

la disnea es por lo general mas exagerada y la
curva termica mas baja y mas irregular que
en las bronco-pneumonias simples; caracteres
todos ellos que repetimos son variables.

Por otra parte en esta forma de tuberculosis,
los signos fisicos se perciben en zonas mas reducidas,
son mas fijos y se localizan de preferencia en los
vértices.

Si los signos fisicos tienen esta localizacion,
si el niño tiene una herencia tuberculosa y mejor
aun, si su examen atento no revela lesiones
tuberculosas o señales de escrófula, podemos entonces

sentar casi en seguida el diagnóstico de tubercu-
losis de forma bronco-pneumonia.

La tuberculosis no tardará si de ella se
trata, en dar a la enfermedad su sello especial
que derrochará las dudas. Al cabo de cierto
tiempo aparecerán en efecto, las grandes oscilacio-
nes de temperatura y los fenómenos héticos, el
enflaquecimiento rápido, sudores profusos, la diarrea
y en fin la cagueña. Al propio tiempo la aus-
cultación no revelará signos de reblandecimiento.

Siendo tan difícil el diagnóstico en estos
casos podemos comprender que lo será mucho más

en aquellos en que se trate de infecciones mixtas, en los que la tuberculosis y la bronco-pneumonia se combinan y mezclan sus síntomas.

Esto nos induce a tratar de una cuestión de mucho interés bajo el punto de vista del pronóstico; nos referimos a las relaciones entre la tuberculosis y la bronco-pneumonia.

Recordaremos que al mismo tiempo que Chareot diferenciaba de un modo radical la bronco-pneumonia de la tuberculosis, y negaba toda posibilidad de la calcificación de las lesiones inflamatorias de la pneumonia lobulillar, Grancher y Ehann,

creían en esta caseificación y admitían esta transformación caseosa de ciertas pneumonías.

Hace unos años Landouzy y Queyrat después de haber sostenido la posibilidad de la mencionada caseificación, fueron mas lejos y llegaron a considerar las lesiones de la bronco-pneumonia como lesiones tuberculosas, iniciales, pregranulicas, como ellos llamaron, y a la bronco-pneumonia simple como una de las manifestaciones de la infección tuberculosa.

Admitían al principio las ideas de Franchet sobre la posible caseificación de los nódulos de

pneumonia lobulillar, mas luego llegaron a no considerar a la inflamacion lobulillar y a la caseificacion mas que como estados extremos de un mismo proceso; exageraron pues las teorias de Graucher llevándolas al extremo.

Queyrat decia "casi siempre la tuberculosis de los niños pequeños empieza, se anuncia por una bronco-pneumonia.... Tiene el sarampion que hace descamar, que descuecha, por decirlo asi, el arbol respiratorio de arriba abajo: queda abierta la puerta, y el enemigo

puede entrar en la plara..... Se ingerta la tuber-
culosis en un pulmon, en bronquios descomados
por el sarampion».

De este modo podia explicarse la caseifi-
cacion de las lesiones bronco-pneumonicas, y
por hipoteticas que fueran las lesiones bronquiales
produuidas por el sarampion, ningun motivo
tenemos ni aun en el presente, para negar la
posibilidad de un ingerto tuberculoso en los
bronquiolos o alveolos tan profundamente
lesionados por la bronco-pneumonia.

Mas por desgracia Quoyrat se deja

llevar demarcado lesis y pronto llega a decir que "esta broneo-pneumonia es una lesion irritativa producida por la penetracion del bacilo tuberculoso en el aparato broneo-pulmonar, esta lesion irritativa inicial desaparece al cabo de algun tiempo, dejando al tuberculo evolucionando".

De modo que segun esto la broneo-pneumonia no es un proceso morboso, sino como el dice, una lesion irritativa vulgar, que puede ser debida lo mismo a los agentes mecanicos que a los numerosos microbios del sarampion, tos

ferria, difteria... y sobre todo, de la tuberculosis, que es su agente mas frecuente en la infancia.

Asi que escribia el mencionado Queyrat " Toda bronco-pneumonia que no tiene causa vista, que no se justifica (cuerpos extraños de las vias aereas, coqueluche, sarampion, difteria)... no es mas que moneda de tuberculosis "

Si siquiera esta ligera restricción en favor de la bronco-pneumonias consecutivas al sarampion, tos ferria, etc, admitida por Queyrat se mantuvo mucho tiempo, pues mas tarde Landowry y él no vacilaron en considerar como tuberculosa, muchas de

eras pneumonias simples, en apariencia, llamadas
a frigore.

Comprobada o no la presencia de tuberculos,
la bronco-pneumonia comun es de naturaleza
tuberculosa: es segun Landouzy, tuberculosis
pregranulica, y esta forma de bronco-pneumonia
tuberculosa seria especial de los primeros años
de la vida.

A pesar de lo dicho, hoy es muy dificil
considerar a la bronco-pneumonia como una
manifestacion de la infeccion tuberculosa.

La bronco-pneumonia puede preceder,

acompañar o seguir la evolucion de la tuberculosis pulmonar, pero son dos procesos diferentes, constituyen dos entidades morbosas completamente distintas.

La importancia de esta cuestión patogénica es muy grande, pues de su conclusion en uno o en otro sentido depende el grado de gravedad que podamos dar al diagnóstico, pues claro está que por grave que sea la Bronco-pneumonia simple nunca se formulará un pronóstico tan fatal como si se tratara de una manifestacion de la tuberculosis pulmonar.

Describiremos las formas mixtas en que la tuberculosis y bronco-pneumonia se combinan, para separar los síntomas propios de cada una de ellas y poder diagnosticarlas, considerando solo la tuberculosis y bronco-pneumonia en el niño, pues si bien es verdad que en el adulto también pueden combinarse ambas infecciones, su diagnóstico es más fácil.

Los casos en que a la tuberculosis precede la bronco-pneumonia son los menos; las mas de las veces se trata de pneumonias lobulillares, que sobrevienen en niños tuberculosos, cuyas

lesiones, hasta entonces latentes, son despertadas por la aparición de una brunco-pneumonia intercurrente, persisten y se agravan despues de la curacion de esta ultima y por fin ocasionan tras una evolucion lenta o rápida, la muerte del niño.

No obstante, puede observarse en los hospitales de niños, enfermos con brunco-pneumonia consecutiva al sarampion y que sin ningun antecedente tuberculoso, despues de una convalecencia larga e interrumpida por frecuentes recaídas, vienen al fin a morir con todos los sintomas

de la tuberculosis pulmonar.

Es facil aun en estos casos, averiguar las causas que han motivado la aparicion de esa tuberculosis secundaria; sabemos que el sarampion es considerado como una de las enfermedades mas tuberculizantes que existen; las profundas lesiones que la bronco-pneumonia ha producido en el aparato respiratorio del paciente, abren las puertas a la infeccion tuberculosa, su estado general debilitado le pone en condiciones especiales de receptivilidad para el bacilo de Koch; nada

de extraño pues tiene el que la infección
tuberculosa se presente, máxime teniendo
en cuenta las numerosas causas de contagio
que en las salas de los hospitales de niños existen,
y lo mucho que la antisepsia deja que desear.

En estos enfermos, la tuberculosis afecta
por lo común la forma llamada bruno-pneu-
monica; en la convalecencia de la bruno-
pneumonia, parece sobrevenir una recaída
que, en vez de curar en diez ó quince días como
en el primer ataque, determina un enflaque-
cimiento rápido, la temperatura permanece

elevada y sobreviene la muerte al cabo de cuatro
o cinco semanas.

En otros casos esta falsa recaída de la
bronco-pneumonia, que realmente no es otra cosa
que la tuberculosis, evoluciona mas lentamente,
siguiendo una marcha subaguda; es la tisis
galopante, cuya duracion es por termino medio
de tres a cuatro meses.

La fiebre no es tan continua, la enfermedad
que parece a veces tender a la curacion no
tarda mucho en sufrir una nueva agravacion.

Durante estos brotes sucesivos, los signos fisicos

se agravan tambien, se extienden, son al principio signos de hepaticacion, mas tarde de reblandecimiento y por ultimo cavitarios, el enfloquecimiento progresa, sobreviene la diarrea, los sudores nocturnos, etc, y el enfermo muere al fin con todos los sintomas de la cagueria.

Estos sintomas vemos que no difieren de los que hemos asignado a ciertas formas de bronco-pneumonia sobre todo a la bronco-pneumonia crónica i quise esto decir que no hay bronco-pneumonia crónica y que toda pneumonia lobulillar crónica debe referirse a la tuberculosis?

No es esta nuestra creencia; en efecto, la Croneo-
pneumonia aguda puede dar origen a la
 produccion de lesiones subagudas y crónicas cuyo
 último termino sea la dilatacion bronquial;
 la supuracion subsiguiente nos explicaria
 satisfactoriamente los fenomenos de heutiguer
 sin que para ello tengamos necesidad de
 recurrir a la tuberculosis. Por otra parte, la
 Anatomia Patológica no ha demostrado
 que en estas circunstancias, la tuberculosis
 podria no intervenir; pero no estara de mas
 añadir que esta es la excepcion y que en la

actualidad hay rason para referir a la tuberculosis la gran mayoria de los casos de broneo-pneumonia crónica en el niño, y que hasta casi esta es una regla general en él.

En estos casos es difícil el diagnosticar si la tuberculosis es secundaria, o si por el contrario ha precedido a la broneo-pneumonia.

Sin embargo, si esta ultima ataca a un niño robusto, sin antecedente ninguno tuberculoso, si ha sobrevenido lentamente y las lesiones tuberculosas son recientes, tendremos motivos para creer que se trata de una tuberculosis consecutiva

a la bronco-pneumonia.

Pero si aun aparte de toda herencia tuberculosa, se encuentran lesiones pulmonares caseosas, aunque sean muy localizadas, por lenta que haya sido la evolucion de la enfermedad es muy dificil la solucion de la cuestion; pero puede afirmarse que la generalidad de las veces nos hallamos enfrente de una bronco-pneumonia secundaria a la tuberculosis.

En efecto, lo mas comun es que la tuberculosis preceda a la bronco-pneumonia.

En ciertos casos, tratase de niños raquiticos,

que se constipen con frecuencia, a menudo afección de lesiones francamente tuberculosas, mal de Pott, adenitis escrofulosas, etc.

Con frecuencia tambien se trata de niños a quienes sus antecedentes hereditarios predisponen a la tuberculosis, pero que no presentan lesión tuberculosa ni signos de tuberculosis pulmonar; en este caso es cuando podria achacarse a la bronco-pneumonia de haber precedido y favorecido la produccion de la tuberculosis, cuando en realidad y la autopsia lo demuestra, se trataba de enfermos con lesiones tuberculosas.

antiguas.

Estos niños tuberculosos confirmados o simplemente tuberculosos en estado latente, son los que, en ocasion de padecer el sarampion, adquieren la bruno-pneumonia y mueren de ella o de la tuberculosis, que merced a aquella adquiere con frecuencia nueva agudesa; era una tuberculosis latente, curada, solo faltaba algo, una ocasion para que la tuberculosis estallase y se manifestara claramente: esa causa es la bruno-pneumonia.

Despues de lo dicho no es facil determinar

las relaciones entre la tuberculosis y la bronco-
pneumonia y dar a esta cuestion tan debatida
en estos ultimos tiempos la solucion que autorizan
las investigaciones recientes.

Constituyen la bronco-pneumonia y la
tuberculosis pulmonar del niño dos entidades
morbosas anatómica y etiologicamente distintas.
Coexisten en verdad con frecuencia, represen-
tando una respecto de otra el papel de causa
predisponente y enfermedad consuetiva; la bronco-
pneumonia parece compluar a la tuberculosis con
mucho mas frecuencia que la precede.

Diagnóstico con la bronquitis simple. La

bronquitis simple aguda va acompañada de una temperatura por lo general menos elevada, la disnea es tambien menos intensa y la auscultacion revela los signos propios de la inflamacion de los grandes bronquios. No existen los estertores subcrepitantes y cuando estos se aprecian, debe temerse la aparicion de la bronquitis capilar, que como ya hemos indicado al hablar de ella, a veces va precedida de la inflamacion de los bronquios gruesos.

En la infancia la congestion pulmonar activa

puede simular la brunco-pneumonia. Si bien es verdad que de ordinario sobreviene bruscamente, con un comienzo parecido al de la pneumonia franca, tambien a veces evoluciona por brotes sucesivos, con fenomenos generales, menos graves y signos fisicos mas extensos y repartidos mas igualmente, en realidad, que los de la brunco-pneumonia.

Vemos pues, que existen analogias entre la congestión aguda primitiva y ciertas formas de brunco-pneumonia. Es cierto que estas congestiones agudas son primitivas, muy frecuentes en el adulto,

can no se observan en el niño antes de los tres ó cuatro años, van acompañadas por lo comun de una disnea menos intensa que en la Croneo-pneu-
monia; en ellas son raros los signos físicos de Bronquitis, el soplo afecta casi siempre los caracteres del soplo bronquial suave, teniendo rara vez la ruidosa del tubario. Por ultimo, la evolucion es mas rápida y la curacion es la regla.

Sabemos que en el curso de todas las infecciones graves en la tifoidea sobre todo, en los ancianos debilitados que permanecen largo tiempo acostados, en los cardiacos, reumaticos, etc pueden presentarse

congestiones pasivas, hipostáticas.

Estas congestiones son clínicamente muy distintas de la crónico-pneumonia, no provocan ruidos ni disnea intensa; no van acompañadas de gran elevación de temperatura ni de excesiva frecuencia del pulso.

Los signos físicos son fijos; en la submacider o macider completa, coincide la disminución o hasta la desaparición del murmullo vesicular. Por último, en ocasiones hay soplo bronquial con resonancia de la voz. Estos signos se perciben en las bases, en una gran extensión.

de la region posterior del torax, a veces hasta casi en su totalidad.

Vemos pues que no cabe error, y que es facil el diagnostico entre estas congestiones, debidas al decubito y la bronco-pneumonia; pero es conveniente saber que tales congestiones predisponen a la bronco-pneumonia y que muchas veces en medio de las regiones hipostasiadas, aparecen focos aislados diseminados o pseudo-lobulares, de bronco-pneumonia con sus sintomas propios.

La intervencion lenta, insidiosa de los trastornos funcionales y fenomenos generales

de la bronce-pneumonia, la elevacion de la temperatura, frecuencia del pulso y sobre todo la disnea, nos permitirian hacer el diagnostico de ella.

Nada mas diremos acerca del diagnostico de la bronce-pneumonia, pues creemos que es facil la distincion entre ella y las demas enfermedades con las que pueda tener alguna semejanza. Solo añadiremos que las complicaciones de la bronce-pneumonia casi no se diagnostican en la clinica, revelandose de ordinario la autopsia. Unicamente la tuberculosis

pulmonar que puede ser una complicacion mas o menos tardia, puede descubrirse por los sintomas ya indicados al hablar del diagnostico entre ella y la bronco-pneumonia.

Tratamiento de la bronco-pneumonia.

El gran numero de medicamentos empleados en el tratamiento de la pneumonia lobulillar es señal de su ineficacia; ninguno existe que sea especifico de dicha enfermedad. Por eso en la actualidad se concede mas importancia al tratamiento higienico que nos da armas mas seguras para prevenir la enfermedad, que las que nos

ofrece la terapéutica para curarla.

Hemos dicho que la bronco-pneumonia es una enfermedad epidémica y contagiosa; contra esta la higiene nos ofrece dos medios de defensa; el aislamiento y la antisepsia.

Este por objeto el aislamiento evitar la propagacion de una enfermedad contagiosa, reuniendo en un mismo sitio todos los enfermos que la padescan y evitando todo contacto mediato o inmediato con los sujetos sanos capaces de contraer dicha enfermedad.

En la bronco-pneumonia debemos prevenir

una enfermedad cuyos origenes son multiples,
que puede atacar lo mismo a los individuos
sanos como a los que ya padecen otra enfermedad.

Por eso en este caso es mucho mas dificil rea-
lizar el aislamiento.

Pero aun hay mas; el aislamiento llevado
a cabo en los enfermos atacados de sarampion,
difteria, etc, por riguroso que fuera, no ha dado
mas que resultados pocos satisfactorios, pues la
creacion de pabellones o salas de aislamiento
en los hospitales solo produjo una pequena
disminucion de los casos de contagio en las

salas comunes.

La decepcion fue todavia mayor cuando se observó que este aislamiento, lejos de disminuir la mortalidad de los contagiosos que estaban aislados, por el contrario era mayor desde la creacion de los mencionados pabellones de aislamiento.

Asi se vio, que la mortalidad del sarampion que del año 1876 al 1885, en el Hôpital des enfants malades en Paris, oscilaba entre el 27 y 38 %, llegó al 40 y hasta el 48% desde que se puso en practica el aislamiento.

Ahora bien, no ignoramos que la causa casi constante de esta mortalidad de los enfermos atacados de sarampión, es la bronco-pneumonía.

Lo que acabamos de decir acerca del resultado obtenido por el aislamiento nos demuestra, que dicho aislamiento, tal como era llevado a cabo, aparte de no tener las ventajas profilácticas que de él se esperaba en la propagación de ciertas infecciones, tales como el sarampión, difteria, etc., tenía además una perniciosa influencia sobre la evolución de ellas, porque favorece el desarrollo de infecciones

secundarias, entre las cuales, sin duda ninguna, la mas frecuente y grave es la bruno-pneumonia.

Las causas de esta frecuencia y gravedad de la bruno-pneumonia en las salas de aislamiento de las enfermedades que las cuentan entre sus mas constantes complicaciones, son muchas, pero no eran desconocidas hasta estos ultimos años.

Recordaremos unicamente que el contagio es uno de los factores mas importantes de su frecuencia, y ya hemos indicado al hablar de la etiologia, que la presencia de un solo caso de bruno-pneumonia en una sala de diftericos o sarampioneros

podia determinar la explosion de una epidemia de bronco-pneumonia.

Ademas el aislamiento parece que exalta la virulencia de los agentes productores de la pneumonia lobulillar que son como sabemos, huéspedes habituales de nuestro organismo.

Nociones son estas adquiridas hace pocos años y que comprobadas por la mayoria de los bacteriólogos, han sido sancionadas por los resultados de la antisepsia.

No hace muchos años, Severin en el Hospicio de niños de Paris, hizo practicar en sus

salas una antisepsia rigurosa y vió que la cifra de mortalidad del sarampien disminuyó rápidamente, llegando en menos de dos años a la mitad de lo que antes era.

Las reglas generales de la antisepsia en las enfermedades infecciosas han sido expuestas de una manera magistral por el profesor Prancher; a él debemos seguir en el tratamiento de la bronco-pneumonia.

Se debe ante todo, evitar el transporte del contagio por el enfermo mismo ó por medio de las personas encargadas de su asistencia

o de los objetos que el paciente utilice.

A fin de evitar el contagio directo, debese aislar a los enfermos, sino en habitaciones con una sola cama, cuando menos en pequeñas salas de seis a ocho camas a lo sumo y bastante distantes unas de otras.

El profesor Francher recomienda que cada cama este separada de la contigua por una tela metálica de 1^m.20 de altura y de una longitud mayor que la de aquella; asi queda la sala dividida en celdas de una cama cada una.

Existe la ventaja el empleo de dichas telas, que los enfermos pueden verse unos a otros, impidiendo al mismo tiempo todo contacto inmediato entre ellos.

El contagio mediato, el que se efectúa por los objetos que le sirven ordinariamente al enfermo o por las personas encargadas de su asistencia, se podría evitar dando a cada enfermo su cubierto y todos los utensilios necesarios para la comida en una bandeja de alambre galvanizado, sumergiéndolo en cuanto haya sido utilizado, tanto la bandeja como su contenido, en agua

hirviendo, manteniendola en ella durante una media hora.

Tambien deberá evitarse el uso de un solo depresor de la lengua para todos los enfermos; se empleará o un especial para cada paciente o servirse del mango de la cuchara que el enfermo utilice, y esterilizando en todo caso en agua hirviendo cada vez que se haga uso de el.

Ademas, todo el personal del hospital estará provisto de blusas de tela que se desinfectaran cada dia. Asi mismo se recomendará

al mismo personal, el lavado de las manos con soluciones de sublimado o de timol al 1%o despues de todo contacto sospechoso, y prohibir el paso de una a otra cama si no se han tomado tales precauciones.

Es inútil creemos indicar, que cual sucede en otras enfermedades, deberá procurarse que la atmosfera sea lo mas pura posible, lo que se conseguira por medio de la ventilacion.

Los muros de las salas deberan ser lisos, sin adornos etc; las camas desprovistas de cortinas, solidas a la par que ligeras y facilmente demontables

para que puedan ser desinfectadas en un momento dado sin gran dificultad.

Las materias fecales, esputos, orinas, etc. deberan tambien ser desinfectadas mediante soluciones de sulfato de cobre, cloruro de cal, etc y asi mismo desinfectar y lavar las enfermeras y demas servicios.

Es preciso ademas luchar contra las auto-infecciones; debe pues practicarse la antisepsia del individuo. Con este fin, se prescribirian los baños repetidos, o cuando menos los lavados de los organos mas expuestos a ensuciarse

(ano, organos genitales, etc) y sobre todo la antisepsia de la cavidad buco-faringea por medio de gargarismos en el adulto, o en los niños por lavados frecuentes con agua boriciada.

Las soluciones acuosas de acido bórico, y en general todas las preparaciones boriciadas, tienen una accion antiséptica muy debil, y a la verdad las soluciones de acido fénico, y de sublimado serian preferibles si su empleo no fuera a veces peligroso en el niño, máxime si se confia a manos poco expertas.

Mas por otra parte, la experiencia ha demos.

Tras lo que los lavados abundantes y repetidos en soluciones bóricas, son suficientes para impedir la invasión de los agentes pneumoni-
genos en las primeras vías aéreas y hasta para destruirlos; de modo que no podemos contentar con el empleo de dichas soluciones antisépticas, cuya acción es eficaz y su uso no ofrece peligro alguno.

No dejará de ser útil tampoco cual sucede en todas las infecciones, el practicar la antisepsia intestinal.

Podemos pues decir que el tratamiento

preventivo de la bronco-pneumonia debe responder a una doble indicacion; el preservar de la invasion de los microbios productores de ella a los individuos sanos y sobre todo a los predispuestos por una enfermedad anterior; destruir en las primeras vias aereas de los sujetos sanos o predispuestos dichos agentes, o bien hacer impropias estas cavidades para el desarrollo de los gérmenes que podrian venir del exterior.

Esta doble indicacion se llena con el aislamiento y la antisepsia unidos, pues la segunda es el complemento del primero que

sin su concurso, seria siempre ineficaz y hasta peligroso.

La influencia bienhechora, ya demostrada, de la antisepsia en los hospitales de niños, no es menor en lo que pueden ser asistidos en sus casas. En estos enfermos en los que, la antisepsia puede ser mas rigurosa y de mas facil aplicacion que cuando se trata de los mediocres hospitalarios, no ha dejado de dar los buenos resultados que ha proporcionado en los mencionados hospitales de niños.

Tratamiento médico. Sabemos que la bronco-pneumonia

es una infección secundaria, que se localiza en el aparato respiratorio, pudiendo mas tarde generalizarse a todo el organismo. La lesión local es pues la primordial y al tratamiento local debemos ante todo dirigirnos.

Una vez que se noten los primeros síntomas de bronco-pneumonia en el niño, deberemos procurar limitar el proceso congestivo y oponerse a la constitución de las lesiones mecánicas, por medio de la revulsión.

Se obtiene una revulsión ligera aplicando ventosas secas o cataplasmas de harina de

mostaza, practicando fricciones con esencia de trementina sola o mezclada con linimento amoniacal alcanforado. Las compresas empapadas en agua fria y con las que se envuelve el torax, es un excelente medio de revulsion, asi como las embrocaciones con tintura de iodo.

Los vesicatorios deben desecharse a causa del dolor que provean, de los peligros de intoxicacion y de los accidentes que pueden sobrevener en la solucion de continuidad produciola por su aplicacion. En la bronco-pneumonia difteria

deben prohibirse en absoluto.

Si nos viésemos obligados a emplearlos, se tendría cuidado de que sean pequeños y que su aplicación dure poco tiempo, reemplazándolos al quitarlos por una cataplasma de fécula que facilita la formación de flitenas.

Con el fin de des congestionar el pulmón, y al mismo tiempo favorecer la expulsión de los escudados, deben prescribirse los vomitivos.

Este no debe ser repetido y solo debe administrarse a los niños mayores de un año.

Puede darse por ejemplo la fórmula siguiente:

De polvos de ipecacuana — 30 centigramos
 " jarabe de ipeca — 30 gramos
 mézclase. Para tomar en dos veces, con
 intervalo de diez minutos.

En los niños menores de un año y en los
 que sean caquéticos, es preferible no dar vomitivo;
 nos limitaremos a prescribir el acetato amónico
 y el benzoato sódico como expectorantes, por ejemplo:

De julepe gomoso }
 " Jarabe de Eolii } aã 60 gramos
 " Cognac ————— - 10 id
 " Acetato amónico }
 " Benzoato sódico } aã 1,50 id

M. S. A Una cucharada de las de postre cada hora ó cada

dos horas, segun la edad del niño.

Si la agitacion es muy intensa y la temperatura excesiva, puede administrarse la antipirina en pocion, dando por ejemplo, una cucharada pequena cada hora, de la formula:

- De antipirina _____ 20 a 40 centigramos
- .. farabe de quina _____ 30 gramos
- " eucaliptus _____ 40 id
- .. agua de menta _____ 50 id

M. S. A.

Puede tambien darse como antiteimico el sulfato de quinina; se puede tomar en cafe.

con jarabe de Eolu, con glicerina y azucar, de la dosis es de 10 a 20 centigramos para un niño de uno a dos años; de 30 a 40 centigramos a partir de los cuatro años.

Los sedantes no se emplearán sino en aquellos casos en que la agitación sea extremada, la tos molesta en exceso, o cuando se presenten convulsiones.

En efecto, ya sabemos la importancia que tienen la tos y la expectoración para la expulsión de los esudados, y como los sedantes se oponen a la tos, favoreciendo la producción de la atelectasia

y el incremento de la disnea, se comprenderá que debemos ser muy parcos en su empleo.

En los casos en que la tos sea muy violenta, ó para oponerse á las convulsiones, podemos prescribir de 10 á 12 gotas de tintura de belladona, ó bien de 4 á 8 gramos de agua de laurel ceriseo.

En cuanto á los opiacos, ya sabemos con el cuidado que debe andarse en su administración en los niños, empleo que por lo demás, casi siempre puede evitarse.

Para sostener las fuerzas del enfermo es necesario prescribir el aguardiente ó vino

de Málaga, a dosis fraccionadas, (20 gramos de
 aguardiente para un niño de un año, 60 gramos
 como máximum despues de los dos años). Es
 necesario repartir el alcohol en fracciones dadas
 con intervalos regulares, sino se quiere obtener
 resultados contrarios a lo que se desean, es decir,
 la depresion de las fuerzas en vez del aumen-
 to de ellas.

Desde el momento en que el corazon pierde energia,
 el pulso se hace debil e irregular y que existe cianosis,
 debe prescribirse la digital, uno 15 centigramos de
 polvo en infusion que se hara tomar en tres

veces al dia, o bien la cafeina en pocion (10 a 15 centigramos segun la edad) asociada al benzoato sódico, o en inyecciones subcutáneas.

Cuando la asfixia es inminente, se le sumergirá al niño en un baño templado con mostaza, durante unos minutos.

Los medios indicados anteriormente son impotentes para combatir la intoxicacion; se dirigen sobre todo al estado local y a modificar la energia cardiaca. El unico medio eficaz contra la intoxicacion son los baños frios, tratamiento que cada dia tiende mas a vulgarizarse.

La verdadera indicacion del baño frio es cuando existe una intoxicacion muy intensa con lesiones locales poco acentuadas.

La temperatura del baño debe ser al principio de unos 28 grados y su duracion de 5 a 10 minutos; los demas baños pueden estar a 24 grados y aun menos, y durante el debe practicarse afusiones frias sobre la cabera del niño.

Terminado el baño, puede darse al niño un ponche y envolverlo en una manta de lana. Si transcurridas tres horas despues del baño la

temperatura se eleva a 39 grados debe repetirse aquel.

Los baños frios estan indicados lo mismo en la bronco-pneumonia primitiva, como en las consecutivas al sarampion, coqueluche, etc., mas son impotentes en la bronco-pneumonia difterica.

Pueden remplazarse los baños frios por la envoltura en la sabana mojada la que puede cambiarse cada dos horas.

Los baños frios estimulan las fuerzas del enfermo, disminuyen la disnea y la temperatura y se emplearan frecuentemente con éxito.

Durante la evolución de la enfermedad, deberán sostenerse las fuerzas del enfermo mediante un régimen apropiado y alimentarlo con leche y caldo.

En la convalecencia podrán emplearse los tónicos y los modificadores de la nutrición, el yoduro de hierro, aceite de hígado de bacalao, fosfato de cal, etc.

Si los signos de la bronquitis persisten terminando por la enfermedad al estado crónico, se administrarán los balsámicos, por ejemplo, dos o tres cucharadas al día, de una mezcla de partes

iguales de jarabe de Eoli y esencia de trementina
 y en último término las aguas de Zaldívar,
 Petelu, Zuazo, Elorro, Ledesma
 etc.

El tratamiento de la bronco-pneumonia en
 el adulto consiste en poner en acción por
 una parte los agentes de la medicación tónica
 (alcohol, café, preparados de quina etc) y de
 otra los excitadores de la energía cardíaca.

En el anciano el baño frío estaría contra-
 indicado si existen alteraciones cardíacas,
 falta de reacción, etc.

Es necesario insistir en la alimentación,
el empleo de los tónicos, el régimen lacteo y
el uso de la digital y cafeína.



Conclusiones.

Al llegar aqui creo haber dicho lo mas importante acerca de las formas clinicas, etiologia, diagnostico y tratamiento de la bronco-pneumonia. Se que quedan muchas lagunas por llenar, que habra de dispensarme el ilustrado Tribunal, pero aun a trueque de dejar vacios esos huecos, hago punto para no hacer mas extenso este trabajo.

Resumire los principales conceptos.

que en el curso de esta tesis he emitido en las siguientes conclusiones.

Primera: La bronco-pneumonia es una enfermedad especial de la infancia presentándose de preferencia entre los dos y cuatro años de la vida, siendo tambien frecuente en el anciano.

Segunda: La bronco-pneumonia es casi siempre una enfermedad secundaria; una complicacion en el verdadero sentido de la palabra, observándose sobre todo durante o despues de la evolucion del sarampion, difteria y tos ferina.

Tercera: Como agentes productores de la

bruno-pneumonia deben ser considerados el streptococo, el stafilococo, el pneumococo de Calamon - Fraentel y el pneumobaculo de Friedlander.

Cuarta: Las formas clinicas de la bruno-pneumonia pueden reducirse a tres principales: la pneumonia lobulillar en focos diseminados, la forma pseudo lobular y la bronquitis capilar.

Quinta: La bruno-pneumonia cronica es rara en el niño, y la mayoria de los casos de pneumonia lobulillar cronica en la infancia deben referirse a la tuberculosis pulmonar.

212

Sexta. La tuberculosis pulmonar precede a la bronco-pneumonia con mucha mas frecuencia que la sucede.

Septima. Para el diagnostico de la bronco-pneumonia especialmente de la consecutiva al sarampion y coqueluche, el sintoma de mas valor es la disnea.

Octava. La bronco-pneumonia no es una contraindicacion absoluta de la traqueotomia; aun confirmada aquella debe llevarse a cabo la operacion, sobre todo si se trata de enfermos robustos y de mas de dos años de edad.

214

Novena. El tratamiento profiláctico de la bronco-pneumonia estriba en el aislamiento lo mas estricto posible y la antisepsia rigurosa.

Décima. El tratamiento médico debe ser local y general; los expectorantes y la resulsion moderada, sostener la energia cardiaca y el empleo de los tónicos constituyen la base de él.

Undécima Para combatir la intoxicacion nada mejor que los baños frios, indicados sobre todo en la bronco-pneumonia del niño y del adulto con especial en aquellos casos en

que dominan los signos de infeccion, y los locales
son poco acentuados y

Quodécima: En la bronco-pneumonia del anciano,
aparte de los expectorantes y la revulsion, lo principal del
tratamiento consiste en el empleo de la digital y cafeina y
en los tónicos y reparadores de la nutricion; los baños
frios estan muchas veces contraindicados, por ser
frecuente en la edad avanzada las lesiones cardiacas
y vasculares, por la falta de reaccion, etc.

He dicho



Alfonso Peres Escobar

[Handwritten signature flourish]

Sexta. La tuberculosis pulmonar precede a la bronco pneumonia con mucha mas frecuencia que la sucede.

Septima. Para el diagnostico de la bronco-pneumonia especialmente de las consecutivas al sarampion y coqueluche, el sintoma de mas valor es la disnea.

Octava La bronco-pneumonia no es una contraindicacion absoluta de la traqueotomia; aun confirmada aquella debe llevarse a cabo la operacion, sobre todo si se trata de enfermos robustos y de mas de dos años de edad.

Novena. El tratamiento profiláctico de la bronco-pneumonia estriba en el aislamiento lo mas estricto posible y la antisepsia rigurosa.

Décima. El tratamiento médico debe ser local y general; los expectorantes y la revulsión moderada, sostener la energía cardíaca y el empleo de los tónicos constituyen la base de él.

Undécima Para combatir la intoxicación nada mejor que los baños fríos, indicados sobre todo en la bronco-pneumonia del niño y del adulto con especial en aquellos casos en

que dominan los signos de infeccion, y los locales son poco acentuados y

Decodécima: En la bronco-pneumonia del anciano, aparte de los expectorantes y la revulsion, lo principal del tratamiento consiste en el empleo de la digital y cafeina y en los tónicos y reparadores de la nutricion; los baños fríos estan muchas veces contraindicados, por ser frecuente en la edad avanzada las lesiones cardiacas y vasculares, por la falta de reaccion, etc.

He dicho



Alfonso Peres Escobar

[Handwritten signature flourish]

Admirable
M. P. Stevens

Admirable
M. P. Stevens

Verificó el ejercicio el día 28 de Junio
de 1904 y fué Aprobado

El presidente
Fre. Libera y Galt

El vocal
~~Fre. Libera y Galt~~

El vocal
Gustav

El vocal.
M. P. Stevens

El secretario
cu. Maiguer

