Año 1916 Núm. 3114

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Mar. 03. 21.11

"NEUMONÍA DE LA PRIMERA INFANCIA"

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

RICARDO PEREZ CALVO

"LAS CIENCIAS"
LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI
CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES

"NEUMONÍA DE LA PRIMERA INFANCIA"

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

Dr. D. Enrique Bazterrica

Vice-Presidente

Dr. D. José Penna

Miembros titulares

1. » » Eufemio Uballes
2. » » Pedro N. Arata
3. » » Roberto Wernicke
4. » » Pedro Lagleyze
5. » » José Penna
6. » » Luis Güemes
7. » » Eliseo Cantón
8. » » Antonio C. Gandolfo
9. » » Enrique Bazterrica
10. » » Daniel J. Cranwell
11. » » Horacio G. Piñero
12. » » Juan A. Boeri
13. » » Angel Gallardo
14. » » Carlos Malbran
15. » » M. Herrera Vegas
16. » » Angel M. Centeno
17. » » Francisco A. Sicardi
18. » » Diógenes Decoud
19. » » Baldomero Sommer
20. » » Desiderio F. Davel
21. » » Gregorio Araoz Alfaro
22. » » Domingo Cabred
23. » » Abel Ayerza
24. » » Eduardo Obejero

Secretarios

Dr. D. Daniel J. Cranwell
» Marcelino Herrera Vegas

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. Dr. D. Telémaco Susini
2. » » Emilio R. Coni
3. » » Olhinto de Magalhaes
4. » » Fernando Widal
5. » » Osvaldo Cruz

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. LUIS GÜEMES
» » ENRIQUE BAZTERRICA
» » ENRIQUE ZÁRATE
» » PEDRO LACAVERA
» » ELISEO CANTÓN
» » ANGEL M. CENTENO
» » DOMINGO CABRED
» » MARCIAL V. QUIROGA
» » JOSÉ ARCE
» » ABEL AYERZA
» » EUFEMIO UBALLES (con lic.)
» » DANIEL J. CRANWELL
» » CARLOS MALBRÁN
» » JOSÉ F. MOLINARI
» » MIGUEL PUIGGARI
» » ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)

Secretarios

DR. P. CASTRO ESCALADA (Consejo directivo)
» » JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE
» JUVENCIO Z. ARCE
» PEDRO N. ARATA
» FRANCISCO DE VEYGA
» ELISEO CANTON
» JUAN A. BOERI
» FRANCISCO A. SICARDI

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	Dr. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	» LUCIO DURAÑONA
Anatomía Descriptiva	» RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva	» R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía descriptiva	» JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía descriptiva	» PEDRO BELOU
Química Médica	» ATANASIO QUIROGA
Histología	» RODOLFO DE GAINZA
Física Médica	» ALFREDO LANARI
Fisiología General y Humana	» HORACIO G. PIÑERO
Bacteriología	» CARLOS MALBRÁN
Química Médica y Biológica	» PEDRO J. PANDO
Higiene Pública y Privada	» RICARDO SCHATZ
Semiología y ejercicios clínicos	» GREGORIO ARAOZ ALFARO
	» DAVID SPERONI
Anatomía Topográfica	« AVELINO GUTIERREZ
Anatomía Patológica	» TELEMACO SUSINI
Materia Médica y Terapéutica	» JUSTINIANO LEDESMA
Patología Externa	» DANIEL J. CRANWELL
Medicina Operatoria	» LEANDRO VALLE
Clínica Dermato-Sifilográfica	» BALDOMERO SOMMER
» Génito-urinarias	» PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	» JUAN B. SEÑORANS
Clínica Epidemiológica	» JOSE PENNA
» Oto-rino-laringológica	» EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	» MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	» PEDRO LAGLEYZE
» Médica	» LUIS GUEMES
» Médica	,, LUIS AGOTE
» Médica	» IGNACIO ALLENDE
» Médica	» ABEL AYERZA
» Quirúrgica	» PASCUAL PALMA
» Quirúrgica	» DIÓGENES DECOUD
» Quirúrgica	» ANTONIO C. GANDOLFO
	» MARCELO T. VIÑAS
» Neurológica	,, JOSÉ A. ESTEVES
» Psiquiátrica	» DOMINGO CABRED
» Obstétrica	» ENRIQUE ZARATE
» Obstétrica	» SAMUEL MOLINA
» Pediátrica	» ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	» DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	« ENRIQUE BAZTERRICA

ESCUELA DE MEDICINA

PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología médica	DR. DANIEL J. GREENWAY
Histología	,, JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	,, JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	,, JUAN CARLOS DELFINO
	,, LEOPOLDO URIARTE
Anatomía Patológica	,, JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	,, JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica	,, PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-sifilográfica	,, MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica	,, JOSÉ R. SEMPRUN
	,, MARIANO ALURRALDE
Clínica Pediátrica	,, BENJAMÍN T. SOLARI
Clínica Psiquiátrica	,, ANTONIO F. PIÑERO
	,, MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	,, FRANCISCO LLOBET
Clínica Quirúrgica	,, MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología interna	,, RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	,, ELISEO V. SEGURA
» Psiquiátrica	,, JOSE T. BORDA

ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	,, GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	,, SILVIO E. PARODI
	,, EUGENIO GALLI
Fisiología general y humana	,, FRANK L. SOLER
	,, BERNARDO HOUSSAY
	,, RODOLFO RIVAROLA
Bacteriología	,, ALOIS BACHMANN
Química Biológica	,, GERMAN ANSCHUTZ
	,, BENJAMIN GALARCE
Higiene Médica	,, FELIPE JUSTO
	,, MANUEL V. CARBONELL
Semeiología y ejercicios clínicos	,, CARLOS BONORINO UDAONDO
	,, ALFREDO VITON
Anat. Patológica	,, JOAQUIN LLAMBIAS
Materia Médica y Terapia	,, ANGEL H. ROFFO
Medicina Operatoria	,, JOSE MORENO
	,, ENRIQUE FINOCCHIETTO
Patología externa	,, CARLOS ROBERTSON
	,, FRANCISCO P. CASTRO
	,, CASTELFORT LUGONES
Clínica Dermato-sifilográfica	,, NICOLAS V. GRECO
	,, PEDRO L. BALIÑA
» Genito-urinaria	,, BERNARDINO MARAINI
	,, JOAQUIN NIN POSADAS
» Epidemiológica	,, FERNANDO R. TORRES
» Oftalmológica	,, ENRIQUE B. DEMARIA
	,, ADOLFO NOCETI
» Oto-rino-laringológica	,, JUAN DE LA CRUZ CORREA
	,, MARTIN CASTRO ESCALADA
	,, PEDRO LABAQUI
Patología interna	,, LEONIDAS JORGE FACIO
	,, PABLO M. BARLARO
	,, EDUARDO MARIO
	,, JOSE ARCE
	,, ARMANDO R. MAROTTA
	,, LUIS A. TAMINI
	,, MIGUEL SUSSINI
Clínica Quirúrgica	,, ROBERTO SOLE
	,, PEDRO CHUTRO
	,, JOSE M. JORGE (hijo)
	,, OSCAR COPELLO
	,, ADOLFO F. LANDIVAR
	,, JUAN JOSE VITON
	,, PABLO J. MORSALINE
	,, RAFAEL A. BULLRICH
	,, IGNACIO IMAZ
» Médica	,, PEDRO ESCUDERO
	,, MARIANO R. CASTEX
	,, PEDRO J. GARCIA
	,, JOSE DESTEFANO
	,, JUAN R. GOYENA
	,, MAMERTO ACUÑA
	,, GENARO SISTO
» Pediátrica	,, PEDRO DE ELIZALDE
	,, FERNANDO SCHWEIZER
	,, JUAN CARLOS NAVARRO
	,, JAIME SALVADOR
» Ginecológica	,, TORIBIO PICCARDO
	,, CARLOS R. CIRIO
	,, OSVALDO L. BOTTARO
	,, ARTURO ENRIQUEZ
	,, A. PERALTA RAMOS
	,, FAUSTINO J. TRONGE
» Obstétrica	,, JUAN B. GONZALEZ
	,, JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	,, JUAN A. GABASTOU
	,, ENRIQUE A. BOERO
Medicina legal	,, JOAQUIN V. GNECCO
	,, JAVIER BRANDAN
	,, ANTONIO PODESTA

ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía. Fisiología comparada	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía	» ADOLFO MUJICA
Química inorgánica aplicada	» MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada	» FRANCISCO C. BARRAZA
Farmacognosia y posología razonadas	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Física Farmacéutica	Dr. JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso)	» FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica	» J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas	» FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas	» RICARDO SCHATZ

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA „ PASCUAL CORTI
Farmacognosia y posología razonadas	„ OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica	DR. TOMÁS J. RUMI
Química orgánica	SR. PEDRO J. MESIGOS „ LUIS GUGLIALMELLI
Química analítica	DR. JUAN A. SANCHEZ
Química inorgánica	„ ANGEL SABATINI

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año....	Dr. RODOLFO ERAUZQUIN
2º. año.....	» LEON PEREYRA
3er. año.....	» N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental.....	Sr. ANTONIO J. GUARDO

Catedráticos suplentes

Dr. ALEJANDRO CABANNE
,, TOMÁS S. VARELA (2º año)
,, JUAN U. CARREA (Protesis)

ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
Primer año:	
Anatomía, Fisiológia, etc.....	Dr. J. C. LLAMES MASSINI
Segundo año:	
Parto fisiológico	Dr. MIGUEL Z. O'FARRELL
Tercer año:	
Clínica obstétrica.....	Dr. FANOR VELARDE
Puericultura.....	Dr. UBALDO FERNANDEZ

Padrino de tesis:

Doctor ANGEL M. CENTENO

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE

A MI NOVIA

Señores Académicos:

Señores Consejeros:

Señores Profesores:

Al presentar mi último trabajo a vuestra consideración, renace en mi alma con toda su intensidad, mi vida estudiantil; a ella se asocia la imagen siempre noble y venerada de los que fueron mis maestros, a quienes en este momento evoco con mi recuerdo más cariñoso.

Surge de entre ese grupo selecto la personalidad de mi maestro y padrino, el Profesor Centeno, a quien agradezco intensamente el honor de acompañarme en este trabajo, lo mismo que el haberme sugerido el tema.

Al distinguido pediatra el Profesor Schweizer, mi querido maestro y amigo, quien con sus sanos consejos y sabias enseñanzas me ha dirigido en la preparación de este estudio, llegue a él mi reconocimiento.

A los profesores Elizalde y Navarro y al personal médico de la Sala VI del Hospital Nacional

de Clínicas, mi mayor reconocimiento a sus múltiples atenciones.

Este tema ya ha sido tratado en otros trabajos, pero ha adquirido gran actualidad por lo mucho que se ha adelantado en estos últimos tiempos en esta materia ,que constituye uno de los capítulos más interesantes de la Patología Infantil; esto, unido a la circunstancia de haber tenido oportunidad de observar varios casos de neumonía en la primera infancia, me ha decidido a ocuparme de esta afección.

CAPITULO I

HISTORIA

La neumonía de la primera infancia quedó por mucho tiempo desconocida, hasta el momento que la bacteriología y la anatomía patológica, y muy particularmente el estudio clínico cuidadoso, consiguió dar a esta afección el lugar bien preciso que le corresponde en el cuadro complejo de las infecciones agudas del aparato respiratorio, de acuerdo con los caracteres clínicos salientes que caracterizan este proceso en el adulto.

Era totalmente negada por los clásicos antiguos y en los raros casos en que ella existía, era simulada por la bronco-neumonía pseudo-lobar, pero, sin embargo, es una entidad mórbida perfectamente definida, cuya existencia no se discute, habiendo sido observada en el primer año de la vida y con más frecuencia en el segundo.

Apesar de haberse siempre exteriorizado opiniones en sentido contrario, podemos afirmar que

es una afección de la infancia, que existe en toda época, muy rara en el primer semestre de la vida, más frecuente en el segundo, para ir en seguida aumentando su porcentaje.

Mi maestro, el Profesor Centeno, con su gran autoridad en esta materia, sostiene que la neumonía existe antes del año, aunque no deja de reconoecr su rareza en el primer semtrese. "Marfan lo niega antes del año", pero con todo, yo puedo afirmar categóricamente su existencia" (Centeno).

Comby, que es el tratadista que tiene mayor estadística, establece en sus 1500 casos observados, que afecta con predilección de los cuatro a los seis años, haciendo constar ese autor un máximum de frecuencia alrededor de los cuatro años, disminuyendo poco a poco hasta llegar a la edad adulta.

La neumonía es una afección de la infancia que existe más frecuentemente desde los tres a los diez años. Su frecuencia más marcada es de los tres a los seis años, pero existe seguramente en los dos primeros- años- de la vida en un- menor- número- de casos.

Por lo que se refiere a la historia de este proceso, ha pasado por gran cantidad de etapas que voy a enumerar, siguiendo el orden cronológico de la bibliografía médica.

Antiguamente las afecciones respiratorias de los niños, afecciones agudas, eran poco conocidas..

Stall, Sydenham, Morton, Rosen, dicen apenas algunas palabras muy vagas sobre el particular. Más adelante, Borsieri, Huxham, describen, aunque no de una manera completa, las afecciones agudas del pulmón.

El hecho de que proceso tan frecuente hubiera pasado desapercibido, no era debido a otra causa, sino al hecho de que, dados los pocos medios de examen de que se disponía, no se podía confrontar bien el examen clínico con el examen anatomo-patológico. Lo mismo, siendo la neumonía una enfermedad que demora en hacer aparecer sus síntomas, éstos resultan más difíciles de investigar en la infancia. Por otra parte, la ausencia de esputos en el comienzo, la falta de signos físicos o la gran dificultad para interpretarlos, sobre todo, eran todos argumentos que dificultaban la marcha de la investigación.

Leger (1823) llama la atención sobre la forma meníngea de la neumonía y sus caracteres especiales, mostrando que no era la neumonía una afección simple, sino que podía presentar diversas modalidades.

De la Berge (1834) distingue fielmente la neumonía verdadera de la bronco-neumonía, mostrando la rápida evolución y curación que es la regla en la primera, después de una breve enfermedad.

Se ve entonces, ya en esta época, la noción de la necesidad de diferenciar la neumonía verdadera,

neumonía lobar y la bronco-neumonía, neumonía lobular.

Esto fué bien dilucidado por Rilliet y Rarthez en una monografía sobre la neumonía en los niños, en que distinguen esos dos procesos de una manera radical, tanto desde e lpunto de vista anatómico, como clínico, atribuyendo a la primera el carácter de una flegnasia y a la segunda el de una enfermedad catarral.

La histología patológica de estas lesiones permitió a Charcot, luego a Damaschino, Balzer y a Joffroy, diferenciar de una manera absoluta sus lesiones anátomo-patológicas.

Pero es nesario llegar a Cadet de Gassicourt, para tener de esta entidad la exposición más elegante y clara; luego el estudio de la temperatura, introduce un jalón más en el adelanto de estos procesos, que se completan con las descripciones de Barrier y Bouchout y las tesis inspiradas a sus alumnos.

Viene en seguida el gran progreso de la bacteriología, mostrando, con Talamón y Fraenkel, que el neumococo es el principal agente de la hepatización, causa principal de la lesión, revelándose su carácter específico poco tiempo después.

Se citan también algunos casos de neumonia congénita, totalmente negada hasta entonces, de la que me ocupo detalladamente en otro lugar.

Entre nosotros, en 1900 el Profesor Aráoz Al-

faro, sobre cuarenta niños neumónicos observados durante los tres años anteriores, figuraban dos casos dentro del año y nueve dentro del segundo año; todos los demás por arriba de esta edad.

Acuña y Santas también hacen publicaciones interesantes al respecto.

En 1912, el Doctor Zubizarreta observó un caso de veinte y ocho días de vida, con síntomas locales de base, de neumonia derecha, que posteriormente presentó pleuresia, que hubo de ser operado y luego curó, caso muy interesante por su edad.

CAPITULO II

GENERALIDADES

La neumonia es, pues, una afección de la infancia que antes era totalmente negada por los clásicos antiguos y en los raros casos en que ella existía, era confundida con la bronco-neumonia pseudolobar, pero, sin embargo, es una entidad mórbida, hoy perfectamente definida, cuya existencia ya no se discute.

Marfan negaba su existencia, pero hoy la serie de casos bien estudiados e identificados, clínica y anátomo-patológicamente, permiten afirmar su existencia categórica.

La neumonia franca es, pues, una afección de todas las edades de la vida, si bien no es muy frecuente en el niño de pecho. Ella existe, es rara en el primer año de la vida, más frecuente en el segundo, para ir, en adelante, aumentando su porcentaje, hasta en el adulto.

Evoluciona rápidamente, estalla bruscamente en plena salud, y después de una semana, más o menos, en términos generales, de duración, finaliza por una crisis única. Es, pues, de pronóstico benigno generalmente. Cura casi siempre, no dando, en la mayor parte de los casos, lugar a complicaciones que estudiaremos más adelante.

Es una enfermedad aguda, cíclica,—aunque no con la regularidad que en el adulto—de corta duración, caracterizada por la hepatización de un lóbulo pulmonar o de un fragmento de lóbulo o de muchos lóbulos, bajo la influencia de un microbio llamado neumococo o menos frecuentemente bajo la influencia del Frienlander o del Pfeiffer, etc.

Este, es un microbio ligeramente ovalado, que se encuentra preferentemente en el pulmón, que es su sitio de predilección, pero puede encontrársele también en la pleura, pericardio, meninges, caja del tímpano, pudiendo producir pleuresias purulentas que es la complicación más frecuente, pericarditis, meningitis, otitis, etc.

Puede ser congénita y adquirida. Existe una ligera predisposición por el sexo masculino, aunque no bien debidamente comprobada; su máximun de frecuencia es el invierno y la primavera, coincidiendo la mayor frecuencia en nuestro clima con la entrada y la salida de la estación fría.

Hay que tener en cuenta también, en la produc-

ción de esta enfermedad, las enfermedades anteriores, entre ellas, es necesario citar, sobre todo la grippe y al lado de la grippe la traqueo-bronquitis, etc., etc. Sus lesiones anátomo-patológicas son las mismas que se observan en el adulto: hepatización lobar extendida, pulmón duro, cruje al corte, compacto. Al lado de los focos de hepatización se observa el infarto; su face preliminar, en cuanto a la hepatización gris, es muy rara; no son raras las lesiones pleurales concomitantes, siendo la pleuresía purulenta su complicación más frecuente.

Son raras las lesiones bronquiales, en general, es una afección benigna que, después del período de duración más o menos variable, cura bien, sin dejar rastros.

Sus sitios de predilección en el niño son los vértices pulmonares y en especial el vértice derecho, muy particularmente en los casos de neumonias primitivas; suele observarse también la localización próxima al hilio.

CAPITULO III

SINTOMATOLOGÍA. — ESTUDIO CLÍNICO

La neumonia en los niños no difiere, por ningún carácter fundamental, de la neumonia del adulto, pero, sin embargo, debido a la distinta manera con que los niños reaccionan frente al elemento mórbido, adopta caracteres clínicos particulares. He aquí bosquejada su descripción de conjunto.

Comienzo. — Es, generalmente, brusco, imprevisto, se ha observado, sin embargo, algunas veces, que es precedida de coriza y localizaciones catarrales en el curso de una grippe, que no habían traído hasta entonces molestias a su portador; sobre esta precedencia de la grippe insiste Kasowitz.

Generalmente estalla la enfermedad de entrada con su cuadro clásico, como una enfermedad primitiva.

La nota de llamada en la afección es dada habi-

tualmente por una ascensión de la temperatura que llega a 39° o 40°, siendo éste el primer indicio de la enfermedad.

El *escalofrío,* como las otras sensaciones subgetivas no es acusado por el niño, por razones obvias; no es rara la convulsión inicial que puede llenar de perplejidad al médico.

Tampoco puede contarse a esta edad con la puntada de costado, que es con frecuencia abdominal en los niños de segunda infancia que exteriorizan sus sensaciones, pudiendo simular, en algunos casos, alguna otra enfermedad, de manera que no es difícil cometer errores de diagnóstico.

La *disnea* aparece simultáneamente; es menos penosa que en el adulto, pero los movimientos respiratorios son más superficiales, son muy acelerados, pueden contarse, treinta, cuarenta cincuenta respiraciones por minuto; se impone por el aleteo de nariz y el movimiento antero-posterior de la cabeza, casi propio del saludo, más frecuente de observar cuanto más pequeño sea el niño.

La disnea se caracteriza además por la inversión del tipo respiratorio en forma que la expiración se presenta más corta que la inspiración y sonora (expiratión crachée).

La tos es corta, seca, ligeramente espasmódica; en otros casos, suele faltar. Cuando existe, se produce en accesos, pero no es quintosa; los accesos

pueden durar hasta veinte minutos, luego un reposo, por ejemplo, de media hora y vuelta al acceso; esto en el comienzo es de un gran valor diagnóstico, pues no hay casi otra afección que comience así (Centeno).

La *facie neumónica,* cara bultuosa, con rubicundez unilateral correspondiente al lado enfermo, no es frecuente encontrarlo, sobre todo en el niño de primera infancia; ya por encima del año, me ha sido dado observarlo con más regularidad.

Puede observarse y es lo común, un *estado de agitación* que, en ciertos momentos, puede ser substituído por un estado de somnolencia inquietante.

El *herpes labial,* falta habitualmente, o si no es muy tardío en su aparición, así como el perianal.

Al lado de estos signos puede observarse alguna vez las epíxtasis, únicas o repetidas, y sobre todo los vómitos; éstos persisten durante una parte o toda la enfermedad, acompañándose también de otros trastornos digestivos.

En otros casos, evidentemente más raros, el comienzo puede ser por síntomas anormales, que salen de su cuadro clásico, son aquéllas que simulan una apendicitis o que aparecen con fenómenos convulsivos.

En resumen, pues, la manera de iniciarse la neumonia en el niño de pecho, es muy variada, puede presentarse, según su cuadro clásico; puede pre-

sentarse, también, en otra forma, y quedar desconocida por bastante tiempo, hasta que los signos auscultatorios hacen su aparición y revelan verdaderamente su existencia.

Período de estado. — Cuando aún los verdaderos signos de la neumonia, signos auscultatorios, no se han evidenciado, es posible, a la *percusión,* encontrar diferencias sobre lo que Julio Simón ha llamado la atención.

Es necesario hacer la percusión con suavidad, para que, teniendo en cuenta la debilidad de la pared toráxica, todas las modificaciones de sonoridad se hagan perceptibles.

Estas modificaciones se manifiestan en un primer grado, en un timbre un poco más obscuro.

A veces, se encuentra un ligero skodismo, percutiendo de bajo de la clavícula, signo de relativo valor, precoz y frecuente.

Poco a poco, la matitez puede aparecer y extenderse al nivel de todo el foco neumónico, y al mismo tiempo, es notable un aumento de resistencia al dedo.

Puede observarse también la disminución de la resistencia que opone el pulmón enfermo con relación al pulmón sano a la mano exploradora, lo que no tiene mayor valor.

Después del examen cuidadoso del enfermo, no rara vez el clínico se reconcentra a considerar el conjunto clínico del sujeto y especialmente la expresión fisionómica de su enfermito, sobre todo cuando ha quedado en la duda de si está en presencia de una neumonia o de una bronco-neumnoia. El primero dá la impresión de mayor conservación de las energías con que resiste su proceso, soporta bien su disnea; el segundo acusa mayores perturbaciones de la hematosis, tiene lividez y dá la impresión de un conjunto de mayor gravedad.

Los verdaderos signos, los únicos capaces de evidenciarla de una manera franca y categórica, son los auscultatorios. "La neumonia puede tardar en hablar, pero ella termina por hacerse oir" (Cadet de Gassicourt).

La respiración se va haciendo más ruda poco a poco hasta tomar el carácter verdadero del soplo tubario, verdadero signo de la neumonia. Expiratorio en su comienzo, invade luego los dos tiempos, su extensión es variable y se percibe en la mitad o en los dos tercios de los pulmones y aún, en ciertos casos, del lado opuesto presentando al médico la duda de si se trata de una neumonia doble.

El ral crepitante, fino, seco, es muy lento en aparecer, y, generalmente difícil de oir. Falta completamente en algunos casos o puede ser reemplazado por rales más gruesos, más húmedos, etc., etc.

En este período la *disnea* es uno de sus síntomas funcionales más manifiestos; existe gran aceleración de los movimientos respiratorios, apreciándose gran dificultad en la respiración.

Los *trastornos digestivos* son, a menudo, muy acentuados. La anorexia es completa, sed viva, vómitos, desaparecen habitualmente al poco tiempo.

La boca y la lengua húmedas, se hallan revestidas de una capa saburral. Los vómitos son menos frecuentes, que en la segunda infancia, son generalmente biliosos, rara vez hay diarrea, preferentemente constipación (Centeno).

Hígado grande y doloroso, con urobilinuria frecuentemente.

Las reacciones nerviosas son muy intensas y muy duraderas, se traducen por fenómenos de excitación que varían desde la cefálea, el insomnio, la agitación, el delirio, con o sin alucinaciones, hasta convulsiones y fenómenos de depresión o adinamia.

Rilliet y Barthez han señalado fenómenos cutáneos, rubicundez del pómulo y el herpes, del cual Grisolle hace un fenómeno crítico.

Los signos generales toman, a veces, una intensidad extrema, sobre todo en los momentos cercanos a la producción de la crisis.

Esta crisis es notable, por la regularidad con que se produce y que dá a la neumonia su carácter propio de enfermedad cíclica, terminada en cinco,

nueve o más días habitualmente, salvo en las formas prolongadas o abortivas, muy frecuentes en la infancia.

Crisis.—La crisis que se hace generalmente de modo brusco, se acompaña de los llamados fenómenos críticos, que son, a menudo, muy pronunciados; cae la temperatura, produciéndose crisis urinaria, y caída de la presión arterial; el pulso se hace irregular.

Estas manifestaciones críticas, toman, en los niños, en ciertos casos, una intensidad extrema; la cara palidece, las extremidades se enfrían, se cubren de sudores fríos, hay diarrea, el corazón se debilita, el pulso se hace pequeño, al punto de simular un colapso.

Cadet de Gassicourt ha observado fenómenos críticos tan intensos, que el niño parecía muerto en el instante en que se producía su curación.

Los signos auscultatorios son ,a menudo, retardados en su aparición. Este carácter es peculiar en la infancia, lo mismo para su desaparición. Así es dable escuchar no solamente después de haber cedido los fenómenos febriles, no sólo rales crepitantes, de retorno gruesos, y húmedos, sino también la persistencia de signos de hepatización, el block neumónico continúa produciendo su soplo.

La desaparición anátomo-patológica de la le-

sión es probablemente más duradera que los fenómenos clínicos de la enfermedad.

En el estudio de la curva febril de esta afección, su nota más saliente está dada por un plateaù regular entre una ascensión brusca y una caída, igualmente brusca y rápida. El ascenso se hace en algunas horas, llega hasta 40° o 41°.

En el período estable de la enfermedad, se mantiene a alta temperatura, con oscilaciones poco marcadas. La crisis, en su presentación, es un tanto irregular; ella se hace al 6.°, al 7.°, al 8.° día o después, pero se produce generalmente con la sedación de todos los síntomas. En un caso reciente, atendido por el Profesor Centeno, Profesor Schweizer y Doctor Ginepro, y que me tocó muy de cerca, me fué dable observar una crisis a los doce días de iniciado el proceso, y que puso en jaque la tranquilidad de la familia.

A veces, como precursora de la crisis, se produce una elevación térmica, generalmente se produce por la noche y se hace en un intervalo de doce a veinte y cuatro horas, siendo frecuente la caída de su curva febril, por de bajo de 37°, con su comienzo de fenómenos de colapsos y enfriamiento consecutivo, a lo que es bueno estar siempre prevenido.

No siempre el descenso de la curva térmica se hace de golpe; otras veces, la primera caída es seguida de una ascensión transitoria; es una falsa

crisis que precede a la crisis definitiva, es la pseudo-crisis o pro-crisis de Baginsky o la defervescencia en dos tiempos.

Otras veces responden a otros tipos, ya apiréticas, ya prolongadas, pero son rarezas que se producen en casos muy particulares, sobre los cuales no hemos de volver. Es bueno tener presente que la defervescencia en algunos casos puede producirse en lisis.

El *pulso* del niño neumónico se caracteriza por su extrema aceleración, pasa generalmente de 120 y llega hasta 160 y aún 180 por minuto y, sin embargo, proporcionalmente, crece menos que los movimientos respiratorios a la pulsación, que es normalmente de uno a cuatro, cae de uno a tres, y más a menudo de uno a dos (Comby).

El *corazón* en los niños se defiende generalmente bien y no ofrece los peligros que en el adulto, observándose, en el primer momento, modificaciones en el pulso, fenómenos de convalecencia que se observan en todas las pirexias y que pueden persistir ocho días y más, sin que pueda sospecharse que es un signo de mal augurio.

Mientras dura la enfermedad, las orinas tienen el carácter de orinas febriles, raras, coloreadas y sedimentosas; la albuminuria no existe casi nunca; cuando existe, no es abundante, ni durable. No es raro encontrar urobilina.

Mientras que los uratos y los fosfatos están en abundancia, la úrea que aumenta al comienzo del período febril, no tarda en bajar, pero la nota culminante la dan los cloruros, que disminuyen en proporciones considerables, siendo la neumonia, entre las afecciones agudas, aquélla en la cual, la retención clorurada es más acentuada.

Junto con la caída de la temperatura, y el aumento de la cantidad de la orina, se produce también el aumento de los cloruros. Esta poliuria y cloruria alcanzan generalmente su apogeo, al tercer día después de producida la crisis.

Las *reacciones sanguíneas* son muy acentuadas en el curso de la neumonia. Los glóbulos rojos permanecen casi normales, con muy pocas alteraciones; en cambio, los glóbulos blancos aumentan de número en proporciones considerables; llegan a 15 o a 20.000 y más aún hasta 40.000; se encuentran al mismo tiempo mononucleares, neutrófilos, mientras que los eosinófilos desaparecen. Esta leucocitosis es aprovechable en un diagnóstico diferencial con neumo-tifus afección muy rara del lactante en que se encuentra leucopenia.

La terminación de la enfermedad se anuncia por la disminución del número de polinucleares, que alcanza su máximum un día o dos antes de la defervescencia; luego baja en seguida (crisis leucocitaria).

"Reasumiendo: la neumonia es una de las afecciones más regulares por su evolución clínica, y su duración limitada; ninguno de sus caracteres esenciales está alterado en los niños, y sin embargo, el cuadro clínico de la neumonia infantil, aparece sensiblemente cambiado por modificaciones accesorias.

La invasión es siempre brusca y es necesario, para hacer un diagnóstico preciso, la aparición de los signos físicos, los que pueden tardar varios días en presentarse. Su terminación es generalmente favorable en breve plazo.

Es conveniente tener presente para fundar un diagnóstico precoz la existencia del esgarro en la práctica civil, y la facilidad del examen radioscópico que tanto ayuda en la práctica hospitalaria.

CAPITULO IV

FORMAS CLÍNICAS

Diversas modalidades en que ella se presenta

Forma ordinaria.—El comienzo de la neumonia está marcado en la generalidad de las veces por un escalofrío, que no puede apreciarse en el lactante, vómitos biliosos y a veces también por convulsiones, éstas últimas sobre todo son frecuentes en los niños de primera infancia.

Los enfermos presentan aspecto febril desde el primer momento, ojos brillantes, sus pómulos cubiertos de placas rojas, que son más marcadas de un lado que del otro.

Pocas veces existe una erupción generalizada, un verdadero "rash".

El niño está agitado frecuentemente. La piel es asiento de un calor considerable, que revela la gran temperatura en que se encuentra.

En los niños más grandes se empiezan a manifestar los signos clásicos de la neumonia; puntada de costado violenta, tos seca y frecuente, respiración jadeante y algunos esputos herrumbrosos o solamente con estrías de sangre.

Por debajo de esta edad, es muy difícil percibir esos síntomas. Lo que más nos hace llamar la atención referente a que se trate de una afección toráxica, es la frecuencia y el tipo abdominal de la respiración.

Los signos físicos aparecen más o menos rápidamente, según el sitio de la hepatización; en la neumonia de base, la respiración se hace con más intensidad hacia atrás y hacia abajo desde el primer día, la matitez se pronuncia recién al segundo, menos frecuentemente al tercero y se oye al auscultar el soplo mezclado a los rales subcrepitantes, la voz y los rales disminuyen de intensidad, las vibraciones toráxicas aumentan, como consecuencia del proceso de hepatización que se está produciendo.

La inflamación se extiende en general los días siguientes de abajo arriba y de atrás adelante, de modo que en este momento, es en la axila dónde debemos buscar los rales más finos y el soplo naciente, y hacia atrás el soplo desaparece y deja su lugar a rales húmedos.

En la neumonia de vértice, los signos físicos aparecen generalmente muy tarde, casi nunca antes

del tercer día y algunas veces solamente al cuarto o al quinto.

No es sino en este momento, que, a pesar de una observación diaria minuciosa, se llegan a oir algunos rales o soplo, a la inspiración en la fosa supra-espinosa o en la parte superior y externa de la fosa infra-espinosa, todavía la percusión no revela en general ninguna diferencia en la sonoridad de los dos lados del pecho, al poco tiempo, al contrario se constata a menudo una matitez muy marcada bajo la clavícula y en la fosa supra-espinosa con el ruido skódico y un pequeño abovedamiento en la región, al mismo tiempo se oye en toda la extensión del lóbulo superior un soplo intenso.

En otros casos, todos los signos físicos quedan limitados a la fosa supra-espinosa.

La marcha de la neumonia franca es característica, la temperatura, después de ser sumamente alta, se mantiene en muchos casos de una manera uniforme entre 39° y 41°, con variaciones diurnas inferiores a ½°, pero se ven neumonias en que este absolutismo de la evolución de la temperatura, no se presenta, observándose oscilaciones más considerables: la ausencia de la gran continuidad de la fiebre de la neumonia del adulto, no debe apoyar la impugnación del diagnóstico de la neumonia en el lactante, por sí sola, cuando los demás caracteres clínicos estén presentes.

La crisis se declara del quinto al séptimo día generalmente, siendo más raro que tarde en producirse nueve, once y hasta trece y más días.

Los fenómenos que se observan al producirse la crisis son: una sudación general y abundante, la cara, especialmente en los pómulos, adquiere un color violaceo, los niños permanecen acostados en un gran estado de apatía y postración que siembra la alarma entre los que los rodean.

El pulso pequeño ha perdido mucho su frecuencia y la temperatura ha bajado en varios grados la normal; hay que vigilar esta hipotermia, que suele dar lugar a colapsos muy prolongados que ponen a prueba más de una vez las resistencias orgánicas; muy de tenerse en cuenta sobre todo en la infancia, porque sus reacciones son siempre mucho más intensas.

La tos se hace más grasa y aumenta de frecuencia; a la auscultación se perciben rales de retorno abundantes y húmedos. La crisis no es siempre tan brusca; en algunos casos, la defervescencia se detiene súbitamente durante algunas horas, y puede no terminarse de una manera definitiva, hasta pasadas veinte y cuatro a treinta y seis horas.

Producida la crisis, la convalescencia es rápida, el apetito vuelve en seguida y pasados dos o tres días, los niños vuelven a su vida ordinaria. Los signos físicos de la induración pulmonar, pueden

persistir algunos días después de la caída de la fiebre; así se puede encontrar todavía matitez y soplo durante ocho o diez días.

Ziemsen ha observado, en ciertas neumonias de vértice, una prolongación anormal de la fiebre y una reabsorción muy lenta del exudado; estos casos que simulan una verdadera tuberculosis pulmonar, son muy raros.

Puede observarse, aunque es un hecho raro, después de la neumonia franca *anasarca sin albuminuria,* es éste un accidente sin gravedad, que desparece rápidamente a medida que las fuerzas se restablecen.

Forma abortiva.—Bien estudiada por Cadet de Gassicourt y Hutinel, es bastante frecuente en los dos o tres primeros años de la vida, en la primer infancia, sobre todo; la neumonia, después de haber comenzado en su forma ordinaria, con el cortejo de síntomas que habitualmente la acompañan, bien llamativos; cesa al tercer día y aún al segundo.

Se constata casi desde el primer momento soplo bien neto y matitez, en general al nivel de la espina del omóplato, al día siguiente estos signos han desaparecido.

La neumonia abortiva, tiene en el niño su sitio de especial predilección, en la fosa supra-espinosa derecha, donde ella se hace notar por la subma-

titez, la broncofonia, y al mismo tiempo por un verdadero soplo.

El predominio de los síntomas febriles, la presencia bastante frecuente al comienzo de convulsiones o de agitación nerviosa, la poca importancia de los síntomas funcionales, tos, disnea; hacen su diagnóstico asaz difícil, se le toma habitualmente por una fiebre de causa no fácil de determinar.

Neumonia rudimentaria a forma prolongada

D'Espine ha observado en los niños de primera infancia una forma de neumonia caracterizada por una fiebre continua a remisiones poco acentuadas en la cual la caída de la temperatura no se produce sino tardíamente, al fin de la segunda o tercera semana.

La tos y la disnea no se notan casi, el abatimiento es tan marcado que hace suponer la existencia de una fiebre tifoidea.

El diagnóstico con esta afección no se puede establecer sino con un examen cuotidiano y minucioso del tórax, que hará constatar, en general en el vértice del pulmón, un espacio mate, delimitando los contornos de este órgano y que toma gran parte de la fosa supra-espinosa.

La auscultación hace, rara vez, apreciar la existencia de un verdadero soplo; no se oye generalmente sino broncofonia, una respiración indeterminada (bronco-vesicular) notándose, por lo tanto, una disminución del murmullo vesicular, cura generalmente.

Forma cerebral.—Rilliet y Barthez han descripto, bajo el nombre de neumonia cerebral, la neumonia de vértice que se complica de accidentes nerviosos graves; se distinguen en ella dos formas principales: la forma *eclámtica,* en la cual las convulsiones son el síntoma predominante, y la forma *meníngea,* que está caracterizada por gran desfallecimiento, sopor, delirio, cefalalgia, vómitos en los niños de dos a cinco años, teniendo siempre el enfermito la facies propia de los atacados con afecciones cerebrales o signo de Kernig y aún contracturas de la nuca.

La forma eclámtica de la neumonia es común en los niños de primera infancia; se observa frecuentemente convulsiones al comienzo de estas formas; estas convulsiones coinciden con la elevación brusca de la temperatura que acompaña la invasión de la enfermedad y que en general se limita a un solo ataque. A veces, estas convulsiones se repiten o bien son tardías en hacer su aparición, manifestándose solamente del cuarto al sexto día, alternan-

do con caimiento, postración del enfermo o aún con el coma; en algunos casos raros, no se muestran sino en los últimos días. Estas convulsiones son rara vez generalizadas, excepto en su comienzo, generalmente se limitan a los músculos del ojo, de la nuca o de la mano.

La neumonia eclámtica, aunque muy grave, puede terminar favorablemente; la crisis se produce en las casos de evolución favorable, como en la neumonia ordinaria.

La forma meníngea se acompaña al comienzo de cefalalgia y de vómitos, algunas veces también de constipación.

El síntoma predominante es el gran *desfallecimiento,* que no es nunca tan profundo, como en la meningitis verdadera, pero que es muy intenso; este desfallecimiento, que puede llegar hasta el coma, cesa, en general, desde el cuarto o quinto día, y no desaparece hasta el momento que se produce la desfervecencia o se termina por la muerte, lo que ocurre muy rara vez.

En la autopsia, se encuentra, como lesiones anátomo-patológicas, edema de las meninges, y gran vascularización de la corteza cerebral.

El delirio no se observa sino a partir desde los cinco años de edad, no es muy violento y se presenta bajo el carácter de alucinaciones de la vista y del

oído, desaparece, en general, con la sedación de los síntomas.

La meningitis aguda puede complicar la neumonia; es así que Rendu ha visto sobrevenir en una niñita de cinco años, después de tres días de producida la remisión, accidentes agudos de una neumonia cerebral, con todos los síntomas de una meningitis cerebro-espinal, que evolucionaron al mismo tiempo junto con una nueva *poussée* de hepatización pulmonar; el niño curó bien, después de un tratamiento apropiado de baños calientes, inyecciones de suero artificial, bromuro de potasio y calomel.

El Prof. Schweizer cita el siguiente caso, muy demostrativo, de esta clase de forma, y pone de relieve también al mismo tiempo lo difícil que es su diagnóstico. El caso es el siguiente: Hace dos años, próximamente, en la época de exámenes, se presentó al consultorio un niño de ocho meses con fiebre, poca tos, vómitos, constipación, estupor, fontanela tensa, abdómen hundido, que fué diagnosticado como meningitis y sirvió para que un distinguido estudiante diera un examen brillante sosteniendo tal diagnóstico, que mereció felicitación de la mesa examinadora. Pero el niño, a los dos días, presentó soplo expiratorio intenso y abundantes rales, sanando al poco tiempo, con lo que se confirmó plenamente el error del diagnóstico en que maes-

tros y alumnos se habían embarcado. Es éste, como queda dicho, un caso muy demostrativo.

Neumonia multilobar.—Cuando la neumonia se extiende a muchos lóbulos de un mismo pulmón o cuando ella alcanza sucesivamente los dos pulmones, la fiebre aumenta a cada nueva extensión de la inflamación; la crisis siempre demora en hacer su aparición; no se produce hasta el noveno, décimo, undécimo día o todavía más tarde; esta forma no es muy común.

La neumonia doble se complica de edema colateral y es muy grave, porque puede producir la muerte por asfixia.

Neumonia sucesiva. — En ciertos casos — raros por otra parte — la flegmasía de los diversos lóbulos que produce la infección, produce manifestaciones febriles que alternan con período apiréticos que duran desde algunas horas hasta un día.

Ziemsen ha llamado la atención sobre esta forma curiosa de la neumonia. Por su parte, el profesor Schweizer nos relató un caso en clase en el curso en que fuí su discípulo, muy demostrativo al respecto. Se trataba de un niño que había observado con el Dr. Tolosa, niño que tuvo fiebre brusca, dísnea y tos. Al cuarto día de la observación, el doctor Tolosa nota foco neumónico en el vértice del pulmón

derecho; a los ocho días de esto, bajó la temperatura, desapareció la fatiga y la tos, y el niño se mantuvo sano por espacio de veinte y cuatro horas, siguiendo en asistencia médica por su convalecencia. Volvieron a notar los facultativos que lo atendían—a los dos días—la nueva aparición de un foco que terminó a los ocho días, sin repetirse.

Neumonias a recaídas.—Son casos de evolución prolongada, en que suelen alternar período apiréticos en la plena evolución de la enfermedad, simulando verdaderas recaídas en su proceso.

Su pronóstico está en relación con el niño, de acuerdo con su estado de salud, de constitución y favorece su buena evolución el ser alimentado a pecho y no tener trastornos nutritivos.

Pleuro-neumonia. — Cuando la neumonia se complica de pleuresía con derrame, los signos físicos de la enfermedad primitiva están muy modificados.

En algunos casos, una ausencia casi completa del ruido respiratorio reemplaza a la respiración brónquica; lo más a menudo el soplo aumenta de intensidad y toma hasta un timbre cavernoso. La matitez se hace completa al nivel del derrame.

Estos signos se observan principalmente cuan-

do la hepatización pulmonar, complicada de pleuresía, se sitúa en la parte posterior del pulmón.

La pleuro-neumonia con derrame abundante se acompaña de una dísnea más marcada y una fiebre más viva que la neumonia simple; al producirse la crisis común, persiste y se continúa bajo la forma de accesos remitentes, principalmente en aquellos casos que se acompaña de pleuresía purulenta, que es su complicación más frecuente.

El pronóstico de la pleuro-neumonia es más grave que el de la neumonia, cuando se acompaña de pericarditis es casi siempre fatal.

NEUMONIA CONGÉNITA. — Totalmente negada hasta hace muy poco tiempo, era confundida con la bronco-neumonia pseudo-lobar, pero, sin embargo, existe, aunque no es muy común.

La infección se transmite por la madre septisémica, en el momento del parto, por la vía placentaria; también se ha visto que en el recién nacido puede producirse la neumonia por aspiración del líquido amniótico infectado o de secreciones infectadas del canal genital.

Existen varios casos que demuestran perfectamente su existencia:

Caso de Levy. — Este autor cita el caso de una madre afectada de neumonia durante el parto, cuyo

hijo presentó, a las siete horas de nacer, cianosis, disnea, abundantes rales finos, y que murió a las cuarenta y nueve horas de vida.

La autopsia constató neumonia hemorrágica catarral en el lado derecho, que, según Recklinghaussen, no tenía más de tres días de evolución. Era, pues, una neumonia adquirida congénita catarral.

El estudio microscópico de la placenta no reveló nada de particular, y en la madre y en el niño, se constató el neumococo de Frankel.

Caso de Thorner.—Madre neumónica en el momento del parto, cuyo niño murió a las cuarenta y ocho horas, constatándose a la autopsia neumonia en el período de hepatización roja.

Caso de Mac Donald.—Madre neuómnica, niño muerto a las veinte y ocho horas de edad, comprobándose a la autopsia una neumonia en el período de hepatización roja.

Caso de Brocheusky-Groebel. — Citado en la obra de von Reuss; se trata de una madre enferma de neumonia del lóbulo inferior derecho, que dió a luz un niño, que, inmediatamente después del nacimiento, presentó cianosis y disnea, pudiendo señalarse, al examen del tórax, numerosos rales subcrepitantes finos y matitez, a la vez que respiración

ruda. La madre sanó bien, pero, en el niño muerto, a las once horas del nacimiento, se hallaron focos neumónicos en todos los lóbulos pulmonares, con excepción de los superiores. Seguramente la infección debe haberse producido por transmisión placentaria del neumococo, lo que no cuesta admitir, teniendo presente que en la sangre del neumónico circula el neumococo. A pesar de esto, son más frecuentes las transmisiones por aspiración, mecanismo por el cual se producen las neumonias en el recién nacido.

A esta edad, el proceso es muy grave. No deja de tener su importancia el hecho que el recién nacido reaccione a las infecciones de modo muy semejante al niño en alimentación artificial, siendo solamente a edad un poco más avanzada en que se pone de relieve las ventajas de la lactancia materna, medio excelente para la conservación de la inmunidad.

Existe una verdadera predisposición del neumococo para localizarse en el pulmón, a pesar de lo cual existen formas septicémicas que invaden casi todos los órganos de la economía, produciendo trastornos sumamente graves que intoxican al organismo con gran rapidez, produciendo la muerte a breve plazo.

Existe una forma especial de neumonia, llamada neumonia blanca, que es debida a una infiltración

celular de teijdo intersticial en los alveolos y luz bronquial; si se extiende, la vida del feto peligra; mueren generalmente antes de nacer o a las pocas horas de haber nacido.

Son generalmente producidas por trastornos secundarios y la causa de su producción es la sífilis. Mueren casi siempre.

Neumonia paravertebral Czerny. — Llamada también neumonia paravertebral hipostática (Bartenstein y Tada). No se produce por vía bronquial y es originada por perturbaciones circulatorias que dan lugar a hiperhemia, hemorragia y trasudación, agregándose secundariamente el factor bacteriano de procedencia intestinal, que ha pasado del epitelio del intestino mediante el debilitamiento de sus funciones protectoras, producido por las fermentaciones que engendran los trastornos nutritivos, acompañados de los de la inmunidad.

Es, pues, una manifestación secundaria del trastorno de la nutrición que exige el tratamiento funcional dietético, que, en términos generales, puede decirse que será más eficaz a base de alimentación natural de leche de mujer, tanto más necesaria cuanto más joven sea el sujeto, en las cantidades que su tolerancia le permita elaborar, lo que se apreciará por el modo de reaccionar el sujeto.

COMPLICACIONES

La neumonia de la primera edad está sujeta a complicaciones, que son: unas el resultado de la extensión del proceso infeccioso a su órganos vecinos, y otras lesiones producidas por metástasis, por infección sanguínea o de localización concomitante en diversos puntos del organismo, del neumococo.

Son así frecuentes dentro del primer grupo las bronquitis a grandes rales que preceden, acompañan o siguen a las neumonias (Centeno).

Vistas de un modo general, estas complicaciones pueden ser precoces o tardías. Las primeras se localizan de preferencia en las vías respiratorias mismas, o sobre los aparatos que tienen contacto directo con ellas. Son generalmente propagaciones infecciosas. Las segundas se hacen por continuidad; la pleura y el pericardio son los más frecuentemente atacados por este medio; otras veces, por diseminación, son complicaciones a distancia, septi-

cémicas, metastasis neumónicas, cuyas determinaciones pueden ser innumerables.

Complicaciones precoces.—Dentro de este grupo, la otitis — más frecuente en el lactante que la angina — es la más importante. Puede aparecer en cualquier momento, precediendo o apareciendo después de ella.

La otitis media es, generalmente, supurada; puede determinar la perforación del tímpano, pero esta perforación es benigna; cuando trae complicaciones se trata de otitis dobles.

La angina puede revestir todas las formas: desde la angina simple, eritematosa o pultácea, hasta la pseudo-membranosa. Su evolución es brusca y rápida.

Pueden observarse laringitis y bronquitis que hacen su manifestación clínica en gruesos rales diseminados.

La congestión pulmonar se observa también, y se manifiesta porque agrava los síntomas generales y sobre todo la disnea.

Las meninges pueden ser tocadas en cualquier momento de producida la infección, siendo la vía de acceso sumamente variable. Puede partir de la nariz, del oído, o bien puede ser transmitida por vía sanguínea; pero la verdadera complicación grave es la meningitis neumocóccica con supuración

del líquido céfalo-raquídeo, cuyo pronóstico es sumamente grave.

Complicaciones tardías. — La pleuresía es la más frecuente; en el mayor número de los casos es purulenta.

La reacción de la pleura se traduce por una pleuresía seca con producción de falsas mebranos o más frecuente se acompaña de un líquido serofibrinoso, cuya abundancia es más o menos variable, pero la verdadera pleuresía neumocóccica es la pleuresía purulenta, tardía, metaneumónica, apareciendo en un momento que todo parece haber declinado, siendo en muchos casos para-neumónica.

Se caracteriza por ser de la gran cavidad, con mayor frecuencia que enquistada; pocas veces interlobar, a veces difícil de reconocer clínicamente, pudiendo curar después de una o muchas evacuaciones del pus o por vómica, exigiendo, en muchos casos, la discusión de la oportunidad de la intervención quirúrgica. Puede observarse la curación espontánea en esta clase de pleuresía del niño.

El pericardio se infecta algunas veces por vía sanguínea, pero, generalmente, la infección se hace por continuidad a través de la pleura; esto atestigua la coexistencia frecuente de las lesiones de estas dos serosas.

La pericarditis es seca o purulenta. Se la su-

pone clínicamente a causa de los síntomas generales que ella determina, pero su diagnóstico cierto es sumamente delicado.

La peritonitis neumocóccica es rara, relativamente. Presenta la particularidad de ser generalmente primitiva. Las localizaciones secundarias de la neumonia en el peritoneo son excepcionales y en los raros casos que ellas se producen, la infección se verifica por vía sanguínea o por vía transdiafragmática.

En categoría de complicaciones menos frecuentes, podemos citar: las nefritis con albuminuria y hepatitis con icteria o por flebitis.

Muy raro es el tipo de infección de las grandes septicemias con endocarditis ulcerosa, supuraciones viscerales, parotideas, tiroideas, subcutáneas, óseas; entre estas últimas suelen observarse artropatías.

Por múltiples que sean las determinaciones neumocóccicas, que puede sobrevenir en cualquier momento que estalle la neumonia, se pueden encontrar entre ellas, a pesar de sus maneras distintas de presentarse, caracteres comunes; ellos son: su gran afinidad por las serosas, y la gran tendencia que tienen todas ellas a curar, exceptuando, naturalmente, algunas de sus manifestaciones clínicas graves, como ser: la pericarditis, que es a menudo mortal, y la meningitis supurada, que, aunque no tan grave, es de sumo cuidado. Las demás, por otra

parte, son benignas, de una benignidad relativa, pero muy de tenerla en cuenta en frente de otras complicaciones microbianas.

Se ve, pues, en esto el carácter típico del neumococo, notable, por la intensidad de las reacciones que determina y por la duración limitada de sus manifestaciones. Estas propiedades se manifiestan principalmente sobre las grandes serosas: pleura, peritoneo y pericardio.

Si se considera que el niño afecto de neumonia está sobre todo amenazado por sus complicaciones; que la evolución natural del block neumónico no se hace ni a la supuración, ni a la hepatización gris y que esto es sumamente raro, y que, en caso de producirse complicaciones, éstas son benignas, estaremos dentro de la benignidad y del buen pronóstico que debemos hacer ante este proceso.

PRONÓSTICO

En términos generales, puede decirse que la terminación habitual de la neumonia es su curación.

La estadística de Barthez sobre doscientos doce casos de neumonia observados, da solamente dos casos fatales. Comby da el cinco por ciento de mortalidad. Schlessinger igualmente. Henoch, Ziemsen, Jurgensen, Frankel y Reiche llegan — en sus conclusiones — a que la mortalidad oscila entre dos y cuatro por ciento.

En la primera infancia, su mortalidad es un poco más elevada. Comby, que es el que tiene la estadística más completa, dice que aquí la mortalidad es del once por ciento. En otras edades, siempre aumenta el porcentaje de mortalidad, siendo, en la edad adulta, del quince por ciento, para alcanzar en la vejez el cincuenta por ciento.

A pesar de todo — dice Centeno — le neumonia de la infancia es benigna. Se ha dicho que la de

vértice es muy grave, pero no es exacto. Los peligros son, en realidad, desprendidos de la extensión del proceso, y no tenemos, ante esta amenaza, ni en cuenta las condiciones generales del individuo en cuanto a resistencia.

La neumonia franca es, pues, una afección relativamente benigna en el niño, estando en relación su benignidad con la edad. Es mucho más grave en la primera que en la segunda infancia.

Las formasclínicas tienen también su gran importancia, lo mismo que la asociación de afecciones que naturalmente disminuyen las resistencias orgánicas.

Así, las neumonias de vértice en los niños de uno a dos años, son peligrosas, porque pueden complicarse de accidentes cerebrales (Rilliet y Barthez).

La pleuresía purulenta, tan frecuente desgraciadamente después de la neumonia, agrava también su pronóstico, muy sobremanera en la primera infancia.

Los síntomas peligrosos en la evolución de la neumonia, son la disnea, acentuándose, la temperatura muy elevada y continuándose más allá del noveno día. Cuando esto último sucede, debe sospecharse una complicación que puede no haberse sin embargo producido (pleuresía, pericarditis, meningitis, etc.)

La evolución es muy arbitraria — dice Centeno — "No esperar los cinco, seis, siete días clásicos de evolución, pues suele ser variable y tenemos observaciones que sólo han durado tres días". (Centeno).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la neumonia es, a menudo, en extremo difícil, sobre todo en su iniciación.

Es tan variada la manera de presentarse; cuando se inicia ofrece matices tan variados en su comienzo, que ningún clínico, por sagaz que sea, puede identificarla de un modo categórico, hasta la presencia de sus síntomas auscultatorios — los únicos que pueden sentar definitivamente el diagnóstico.

Es natural — en el comienzo — algunos de sus síntomas están muy atenuados, otros completamente anormales, desfigurados, y no es sino en el momento en que aparecen los signos físicos, en que ella puede interpretarse claramente.

Es, pues, muy distinto su diagnóstico, teniendo en cuenta en qué momento del proceso observamos al enfermo. Así, no es igual en el período en que los signos físicos están latentes aún, que, cuando

ellos se han hecho bien evidentes y han hecho su aparición de una manera bien definida y neta.

En el comienzo, pueden servirnos como elementos de guía la brusquedad con que se inicia, la ascensión rápida de la temperatura, el signo de Weil y el skodismo infraclavicular, que pueden hacer suponer el sitio de la infiltración localizado en el vértice.

No es raro encontrar angina y vómitos que pueden simular la escarlatina en su comienzo, pero en esta última existe un eritema buco-faríngeo que no existe en la primera, lo mismo que la erupción clásica generalizada.

Las anginas simples, en ciertos casos, pueden revestir determinadas formas y ser confundidas con la neumonia, pero en esta última la temperatura tiene dos grandes caracteres: su constancia y regularidad y lo alto de sus cifras.

La puntada de costado abdominal puede confundirla con la apendicitis, pero sus caracteres distintivos estarán en la falta de defensa muscular al nivel del punto doloroso y sobre todo la indolencia del abdómen a la palpación profunda que se observa en las neumonias y que no se nota en la apendicitis.

También en la primera hay opresión y un poco de dísnea que no existe en la segunda.

Otras veces, en que sus manifestaciones de co-

mienzo no son intensas y que, por el contrario, se presentan de una manera insidiosa, pueden hacer pensar en una fiebre tifóidea, tanto más cuanto que, en una como en otra, pueden presentarse vómitos, meteorismos y diarrea, y sólo con la aparición de los signos físicos, puede hacerse el diagnóstico de una manera definitiva, aunque es bueno tener presente que la dísnea es mucho más acentuada en las neumonias y el carácter típico de la temperatura en la fiebre tifóidea.

En otros casos, en las neumonias infantiles, aparecen ciertos fenómenos que pueden hacer pensar en meningitis.

Se puede preguntar aquí, si se trata solamente de neumonia con fenómenos tóxicos y fenómenos reflejos, es decir, meningismo, o si la neumonia se complica de localización del neumococo sobre las meninges (meningitis serosa o purulenta a neumococos), o bien, si no se trata de granulia con meningitis tuberculosa.

El comienzo brusco en la neumonia es una de los mejores signos diferenciales con la granulia. En la neumonia y en las meningitis neumocóccicas, el niño está sobre todo muy agitado y violento, buscando la soledad y el aislamiento. En los casos dudosos, el citodiagnóstico del líquido céfalo-raquídeo dara la luz.

Un diagnóstico sumamente difícil y muy im-

portante establecerlo es con la bronco-neumonia, con la cual tiene muchos puntos de contacto.

En el comienzo, no es difícil confundirlas, pues la neumonia es primitiva y no lleva consigo ningún síntoma bronquial. Hay, en la neumonia, un block unilateral, con temperatura siempre firme, y en la otra, pequeños focos lobulares, con gran superficie de pulmón sano entre uno y otro y predominio de fenómenos bronquiales.

En la neumonia de la primera infancia bien intensa, es muy común encontrar en el pulmón sano, respiración ruda y ligeramente soplante, sobre todo en el vértice; es éste un buen síntoma para el diagnóstico diferencial. En la bronconeumonia hay focos de congestión dentro de una bronquitis generalizada.

El profesor Centeno nos ha ensañado en sus lecciones clínicas la importancia del estudio con toda detención, tanto del pulmón sano como del enfermo, que ayuda mucho para hacer un diagnóstico preciso y sobre todo un pronóstico.

En cuanto a la frecuencia por debajo del año, es más frecuente la bronconeumonia que la neumonia, y es también mucho más grave la primera que la segunda.

Otro punto interesante del diagnóstico diferencial es con la congestión pulmonar aguda. Es muy difícil expedirse dentro del término inicial de las

veinte y cuatro a cuarenta y ocho horas de declarada la enfermedad; pero este estado de confusión dura poco tiempo, porque la congestión toma un tipo de temperatura más bajo y desaparece, y en la neumonia aparecen pronto sus signos físicos que la revelan.

Con la pleuresía típica, son muy notables los signos diferenciales: abolición de vibraciones, la matitez con sus caracteres especiales, el soplo, la disminución del murmullo vesicular, etc., etc.

Es importante también establecer el diagnóstico diferencial con la espleno-neumonia de Grancher, que se acompaña de matitez hídrica y en la que no se produce el descenso de los derrames con el movimiento. También hay broncofonia. Es muy rara en el lactante.

Es muy difícil distinguir hepatización de esplenización. En algunos casos, la punción puede aclarar el diagnóstico.

Cualquiera que sean las dificultades que puedan presentarse, es siempre bueno tener presente en clínica que el diagnóstico de la neumonia no puede hacerse hasta el segundo o tercer día. Por esto se explica que, en la práctica habitual, se descuide de recurrir a los medios de laboratorio, que son simples y suelen ser oportunos.

Entre los medios auxiliares son los más usados: la radioscopía propuesta por Variot y Chicotot, que

da resultados precoces y buenos. Suele dar resultados también el fibrino diagnóstico de Hayem, de técnica sencilla y muy preconizada por Hayem, Marfan y Rosenthal. Se usa poco.

La punción lumbar puede aclarar más de una vez un punto confuso, pero, en tesis general, podemos afirmar que estamos en presencia de una afección que su diagnóstico debe ser puramente clínico y solamente como consecuencia del examen directo del paciente.

La leucocitosis con polinucleosis de la neumonia, en momentos de inseguridad ante un enfermo febril, en que pueda pensarse en tifóidea, permitirá diferenciarla de esta última que tiene leucopenia, con predominio linfocitario.

La maniobra que permite recoger con un porta-algodón armado, el esgarro en la faringe, provocando la tos, es precidimiento muy usado en el servicio del Profesor Centeno y ofrece servicios eficaces en la diferenciación diagnóstica.

La disminución de cloruros en la orina puede investigarse también en caso de duda, si bien su importancia no está a la altura de los procedimientos anteriores, debiendo además contar con la dificultad de recoger la orina en el lactante.

TRATAMIENTO

La neumonia en el niño es una enfermedad en la cual todos los autores clásicos antiguos están de acuerdo que cura sola, siendo el rol del médico limitado a vigilar atentamtnte a su enfermo y estar listo para intervenir cuando las exigencias del caso lo requieran.

Se trata de una afección en sí poco contagiosa, pero es siempre conveniente evitar el contacto con los otros niños. Los vestidos y ropas de que ha hecho uso el enfermo deben ser cuidadosamente desinfectados. Los esputos suelen ser vía de contagio y es bueno siempre tenerlos presente en este sentido. Se tratará, por los medios posibles, aún en plena convalescencia, hacer lavajes antisépticos de la cavidad bucal, desinfección de la nariz, donde pueden, por algún tiempo, quedar alojados gérmenes infecciosos.

Es conveniente tomar algunas precauciones referentes al sitio en que debe ser alojado el neumó-

nico. La pieza debe conservarse a una temperatura conveniente, bien aereada. El enfermo debe estar tranquilo y en muy buenas condiciones de aseo en su piel, boca y mucosas.

Por lo referente a la alimentación, debe ser puramente líquida — leche sobre todo — y bebidas de tiempo en tiempo en beneficio de su diauresis.

Una vez producida la crisis y el enfermo reanimado, debe aumentarse poco a poco la alimentación vigilando constantemente al enfermo y observando como lo tolera.

El profesor Centeno resuma, en muy pocas palabras, sus ideas sobre el tratamiento de la neumonia, un tanto en controversia con las opiniones antiguas, en que, como se trataba de una enfermedad cíclica, la abandonaban a sí misma.

"Nunca ser negligente, a pesar de tratarse de una afección cíclica" (Centeno).

Los preceptos que él nos ha enseñado desde la cátedra y en su clínica habitualmente, son: hacer permanecer al enfermo durante el día en una pieza distinta de la que ocupa de noche. Esta debe tener una temperatura de (17° a 18) con vapor de agua.

Asepsia prolija de cavidades (boca, nariz, oído). Dieta hídrica, breve primero y una alimentación apropiada después.

Si el niño padece de insomnios se los combate

con baños tibios a 33°, que obran también en beneficio de su temperatura.

Es mi maestro un tenaz opositor de los febrífugos químicos, en esta afección (antipirina, quinina, etc.), tan usados antiguamente, combatiendo habitualmente el síntoma "temperatura" por baños y compresas que, a la vez, provocan una revulsión de influencia favorable sobre el estado pulmonar, principalmente sobre la dísnea.

Si el insomnio persiste, a pesar del baño, Centeno usa enemas de cloral, que formula así en la primera infancia:

Rp.

Cloral hidrato.	0,50	ctgs.
Agua destilada	50	grs.
Leche.	50	„

(para un enema)

En la segunda infancia da: veronal 0,15 cgrs. en una sola vez, mezclado al alimento.

Si hay fenómenos intestinales de constipación, los combate: en la primera infancia, con laxantes ligeros; y en la segunda infancia, da calomel a muy pequeñas dosis.

De los laxantes usa habitualmente el sulfato de soda a dosis de 2 a 2 ½ grs. por año de edad, dándolo en ayunas y no abusando del medicamento.

Es conveniente dar benzoato de amonio de 2 a 3 gramos cuando la infección neumónica tiende a hacer ya su evolución. El opio está formalmente contraindicado (Centeno).

El síntoma "temperatura" puede combatirse de varios modos: en primer término, lo que más recomiendo por ver a diario, que es lo más práctico por su técnica sencilla, al alcance de cualquiera y su efecto rápido, es el baño de 30 a 34°, repetido cada tres horas, si es necesario.

Se usan con buen resultado también las envolturas frías y las lociones frías y generalizadas de las que he tenido ocasión de ver sus muy buenos resultados.

Algunos se hacen partidarios de la quinina, no sólo como febrífugo, sino ambién por su acción tónica.

En general, toda medicación a hacer debe ser puramente sintomática. Contra la dísnea deben emplearse las cataplasmas sinapizmadas o las ventosas secas.

Es bueno fortalecer al enfermo con estimulantes, como ser: te, cafe o, en caso necesario, aceite alcanforado y cafeína.

En ciertos casos en que las reacciones nerviosas son muy intensas, debe recurrise al bromuro de potasio y al cloral.

Cuando hay signos de debilidad cardíaca, debe

sostenerse el miocardio por la tintura de digital a dosis de cinco a diez gotas por día, cuyo empleo será excepcionalmente necesario en el lactante. El aceite alcanforado en inyecciones puede ser también usado, siendo superior su uso al de la cafeína, pues ésta suele producir excitaciones del lado del sistema nervioso.

En casos de colapso puede recurrirse al éter o al suero artificial.

En estos últimos tiempos se preconiza, por la la escuela quimioterápiča, la optoquina en el tratamiento de las afecciones neumocóccicas, en algunas de las cuales, como en la úlcera a hipopyon, su eficacia es manifiesta, según lo ha verificado el doctor Argañaraz entre nosotros y según se desprende de la lectura del trabajo del doctor Arrillaga.

En el servicio del doctor Centeno se ha empleado en pocos casos la optoquina que, por causas conocidas, no se encuentra actualmente en el comercio. No tenemos noticia de que en otros países se le haya empleado en la neumonia del lactante y podemos predecir que pasará algún tiempo antes de que dispongamos de experiencia sobre este tratamiento. La relativa rareza de la afección en el lactante, la inseguridad del diagnóstico en su comienzo que impedirá apreciar debidamente el efecto de la droga y su curabilidad en un plazo relativamente fijo, serán causas perturbadoras para formar

opinión y muchas veces para indicar el empleo de nuevos remedios, que tienen fundamentos muy serios, basados en una acción específica en contra del neumococo.

La acción del haptinógeno se nos aparece dudosa, quizá en parte, por las razones expuestas, respecto de la optoquina.

Nos parece, sin embargo, racional, en nuestra preocupación mayor de curar enfermos, que de establecer con difícil exactitud la precisa eficacia de cada remedio, el empleo simultáneo del viejo tratamiento, de espectación, y sintomático, con el empleo prudente del Haptinógeno Neumo de Méndez, en forma de una o dos inyecciones, como lo quiere su autor y de la optoquina a dosis de 0,03 a 0,04 ctgrs. cada tres horas en niños dentro del año.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Observación I

Hospital Nacional de Clínicas, Sala VI, servicio del Profesor Centeno.

A. C., de nueve meses de edad, de nacionalidad argentino, domiciliado en la calle Azcuénaga 457.

Diagnóstico: Neumonia de base derecha.

El día 6 de Agosto de 1915 se enfermó bruscamente, presentando alta temperatura, convulsiones, fatiga y apareciendo al poco tiempo vómitos y diarrea.

Agosto 7: Se observa detenidamente al enfermo en el servicio y constatamos: temperatura 38°8 (rectal). Se hace el examen clínico con toda detención, notándose una zona mate bastante extendida sobre la base derecha y al mismo tiempo respiración tubaria, no se encuentran rales. La axila está libre y encontramos un ligero skodismo debajo de la clavícula.

Le indicamos como medicación, puramente sintomática, ventosas, envolturas frías, baños, etc.

Agosto 8: Temperatura 40°2 (rectal). La matitez persiste y a la auscultación es dado percibir bien visiblemente un soplo tubario en la base derecha. Sigue el caso en nuestra observación y se hacen las mismas indicaciones.

Agosto 9: Es llevado nuevamente a nuestro consultorio y observamos el siguiente estado actual: temperatura 39° (rectal), los fenómenos pulmonares se notan de la siguiente manera: existen rales, lo mismo que soplo en el mismo sitio; este último bien caracterizado, a pesar de lo cual, el enfermito ha mejorado visiblemente en su estado general.

Agosto 10: Presenta 39°5 (rectal). El soplo tiende a desaparecer, dejando en su lugar, en el foco a rales, no existiendo ya nada más de particular.

Agosto 11: Temperatura 38°6 (rectal). Se encuentra sensiblemente mejorado su estado general, hay una evidente sedación de los síntomas, habiendo disminuído la fatiga, los vómitos, etc.

Agosto 12: Temperatura 38°4 (rectal). Continúa la mejoría general. Se sigue siempre con la misma medicación.

Agosto 13: Temperatura 37°5 (rectal). Gran mejoría del estado general y han empezado a producirse ya los fenómenos críticos, descenso térmico, el pulso se ha hecho frecuente y el niño se ha agitado. Al mismo tiempo los signos físicos han experimentado una sensible mejoría. La matitez ya casi

no se percibe, el soplo no existe y ha dejado en su lugar solamente rales.

Agosto 14: Temperatura 36°5 (rectal). Han desaparecido totalmente todos los fenómenos generales, de fátiga, vómitos, diarrea, etc. Lo mismo pasa con sus fenómenos pulmonares, no quedando sino un poco de tos, para la cual indicamos una medicación apropiada.

Agosto 16: Es visto nuevamente nuestro enfermo y dada de alta totalmente curado.

Análisis de sangre (7 de Agosto de 1915):

Glóbulos rojos	3.420.000	
„ blancos.	20.000	
Hemoglobina	64	
Valor globular.	0,94	
Relación globular	1 x 170	
Polinucleares neutrófilos.	68,33	o|o
„ cosinófilos .	0,33	„
Linfocitos.	30,—	„
Formas de transición . .	1,33	„

Investigación bacterioscópica: Glóbulos rojos normales.

Análisis de esputos (7 de Agosto de 1915):

Citológico bacteriológico: Se observan diplococos que toman el Gram con los caracteres del neumococo de Fraenkel.

Observación II

Hospital Nacional de Clínicas, Sala VI, servicio del Profesor Centeno.

C. V., argentino, edad 2 años. Septiembre 28 de 1915.

Diagnóstico: Neumonia de base izquierda.

Se inicia hace pocos días bruscamente con fiebre, inquietud, fatiga y vómitos. Es traído a nuestro consultorio y constatamos el siguiente estado actual.

Septiembre 29. Temperatura 39°5 (inguinal). Pulso 140. Respiración 70; se nota muy agitado e intranquilo. En su examen pulmonar, notamos una evidente disminución de sonoridad en toda la base izquierda. Existe a la auscultación ya soplo tubario bien neto y bien manifiesto.

Septiembre 30: Temperatura 40°2 (inguinal). El estado general a pesar de su alta temperatura, parece haber mejorado. Ha pasado la noche más tranquilo y ha dormido. El soplo tubario existe

siempre bien neto y caracterizado; se oye en la parte posterior y en la axila. Se ha notado una ligera diarrea que tiende ya a mejorar.

Octubre 1.°: Se ha producido un gran descenso febril, hoy se nos presenta con 38° (inguinal). Ha pasado inquieto toda la noche. Los fenómenos físicos existen más o menos sin ninguna modificación. Ha salido pus del oído derecho.

Octubre 2: Temperatura 37° (inguinal). Ha estado mucho más tranquilo la noche anterior, habiendo conciliado su sueño muy regularmente, ha descansado bien y su estado de ánimo ha mejorado mucho. Persiste siempre la disminución de sonoridad en la base izquierda y el soplo tubario.

Octubre 3: Ha seguido bien. Los síntomas generales han desaparecido totalmente. La temperatura ha caído. Los fenómenos pulmonares, matitez y soplo, han desaparecido, dejando en su lugar algunos escasos rales. Como presentaba algunos fenómenos intestinales, indicamos un purgante.

Octubre 4: Persistencia de rales y de desórdenes intestinales ligeros. Apirético.

Octubre 5: Temperatura 36°5 (inguinal). Rales gruesos en am bospulmones. Gran mejoría del estado general.

Octubre 12: Es dado de alta totalmente curado.

Análisis de sangre C. V., (Septiembre 29 de 1915):

Glóbulos rojos.	4.140.000
„ blancos	10.000
Hemoglobina	75
Valor globular	0.91
Relación globular	1 x 414
Polinucleares neutrófilos.	69,— o|o
Polinucleares eosinófilos.	0,66 „
Linfocitos	30,— „
Fórmulas de transición. .	0,33 „

Investigación bacterioscópica: Glóbulos rojos normales.

Análisis de esputos. C. V., (Septiembre 29 de 1915).

Citológico. Bacteriológico.

Se observan diplococos que toman el Gram con los caracteres del neumococo de Frankel y diplococos que no toman el gram con los caracteres de micrococos catarrales.

Observación III

Hospital Nacional de Clínicas, Sala VI, servicio del Profesor Centeno.

O. T., argentino, domiciliado en la calle California núm. 1622. Entró por primera vez al consultorio en Agosto 24 de 1915. El niño tiene la edad de 2 años.

Diagnóstico: Neumonia de base izquierda.

Su enfermedad comenzó hace cinco días más o menos, según el relato de la madre que lo acompaña, produciéndose bruscamente a media noche, presentando desde el primer momento gran temperatura, mucha tos, disnea, vómitos, etc. Se le examina con toda detención. Presenta 38°8 de temperatura (rectal) pero no manifiesta ninguna alteración pulmonar que pueda hacer pensar en un proceso definido. Se le ordenan ventosas, baños sinapizados, envolturas frías y se le formula una bebida con acetato de amonio. Sigue en observación.

Agosto 25: La temperatura ha subido. Presenta 40°2 (rectal). Al mismo tiempo se nota en su examen clínico una gran matitez en la base izquierda y al auscultarlo, un soplo bien manifiesto se pone en evidencia. Los síntomas generales persisten: tos, disnea, aunque ésta última un poco disminuída.

Agosto 26: Temperatura 39° (rectal). La tos y la disnea han disminuído; los fenómenos pulmonares continúan en el mismo estado.

Agosto 27: El mismo estado. Se continúa con las mismas indicaciones y continúa en observación.

Agosto 29: Se ha producido un pequeño descenso térmico. El enfermito presenta 38°5 (rectal). Al mismo tiempo ha mejorado en lo que se refiere a sus fenómenos generales. (Tos, disnea, vómitos, etc.). Se halla también, más tranquilo, duerme mejor, y el soplo tubario tiende a desaparecer.

Agosto 30: El enfermito se presenta apirético. La madre relata que la noche anterior su niño fué preso de una gran crisis sudoral, luego urinaria, y que tuvo un pequeño enfriamiento que llegó a alarmarla, pero que al poco tiempo reaccionó encontrándose bien y completamente apirético.

Septiembre 2: Es dado de alta, completamente curado.

Análisis de sangre. O. T., Agosto 26 de 1915:

Glóbulos rojos.	4.050.000
„ blancos	15.200
Hemoglobinu.	75
Relación globular	1 x 266
Valor globular	0.93
Polinucleares neutrófilos.	70,— o|o
Polinucleares eosinófilos.	0,66 „
Linfocitos	28,— „
Formas de transición . .	1,33 „

Investigación bacterioscópica: Glóbulos rojos normales.

Observación IV

R. B., de 7 meses de edad, árabe. Vista por primera vez en Julio 2 de 1915.

Diagnóstico: Neumonia de vértice.

Comenzó su enfermedad bruscamente hacen 5 o 6 días con gran temperatura, debiendo hacer constar que hasta el momento actual siempre ha gozado de perfecta salud.

En Julio 2 soy solicitado para ver a la enfermita y me encuentro con el siguiente estado actual: disnea, bastante intensa, con aleteo de raniz, aunque no muy pronunciado, pulso frecuente, regular, de mediana tensión; temperatura alta, 39° (rectal). Poca tos. En el día de la víspera la familia le recetó un purgante habiendo tenido cinco deposiciones. Se le indicó euquinina y dieta. Continúa en mi observación.

Julio 4: Vuelvo a ver a la enferma en esta fecha, encontrándola en el estado siguiente: Temperatura 39° (rectal). En el examen atento de sus pul-

mones que el día anterior no se notaba nada, se observa una matitez bastante marcada en el vértice izquierdo; a la auscultación se notan rales escasos y hay un soplo que comienza a insinuarse. El resto del examen de sus órganos es completamente nulo. No acusa ningún otro malestar. Se le formuló una poción con benzoato, envolturas frías, dieta, etc. y continúa en mi observación.

Julio 7: Vuelvo a ver a mi enfermita encontrándola con 39°5 (rectal). Los fenómenos pulmonares se han acentuado. El soplo se ha hecho bien neto y manifiesto y los rales gruesos se aprecian debidamente. Como persiste la disnea intensa, formulo nuevamente ventosas. Continúa también con envolturas, dieta, etc.

Julio 9: Temperatura 39°2 (rectal). Siguen los fenómenos pulmonares más o menos en el mismo estado de sus fenómenos pulmonares. Se acentúa la mejoría del estado general.

Julio 12: Muy mejorada. Con 37°4 de temperatura. Casi sin restos de fenómenos pulmonares. El estado general es muy bueno.

Julio 13: Sólo queda un poco de tos. Se formula una bebida apropiada.

Julio 16: Es dada de alta completamente curada.

Análisis de sangre (Julio 4 de 1915):

Glóbulos rojos	4.000.000
„ blancos	23.200
Hemoglobina	75
Relación globular. . . .	1 x 172
Valor globular	0.93
Polinucleares neutrófilos.	69,— o|o
Linfocitos	29,66 „
Fórmulas de transición. .	1,33 „

Análisis bacterioscópico. Glóbulos rojos normales.

Observación v

(Particular)

S. L., edad 2 años, española, domiciliada en la calle Jujuy 1119.

Diagnóstico: Neumonia de base izquierda.

Soy solicitado para ver a la enferma por primera vez el 12 de Febrero de 1916.

Según dice la madre se enfermó desde hace tres días, de pronto, pues hasta entonces siempre había sido perfectamente sano, no habiendo acusado padecimiento alguno. Sujeto regular, bien constituído y normalmente desarrollado.

Su enfermedad comenzó bruscamente con temperatura y vómitos. La madre le dió un purgante pero a pesar de él continuó más o menos con el mismo estado.

A mi observación se presenta con el siguiente estado actual: Temperatura 40°5 (rectal). Respiración 70. Pulso 150. Se le indicó baños, envolturas frías, alcohol y una poción con benzoato de soda,

acetato de amonio y jarabe de Tolú. Observación a diario.

Febrero 13: La temperatura ha disminuído algo el termómetro no marca sino 38°9 (rectal). Pulso 140. Respiración 68. En el examen atento y detenido de sus pulmones, noto en el izquierdo rales gruesos secos. Indico euquinina. Continúa en observación diaria.

Febrero 14: 38°7 (rectal) de temperatura. La base izquierda está más obscura a la percusión. Se ausculta un soplo bronquico suave. Desde anoche tiene tos un poco más fuerte, lo mismo que noto una ligera acentuación de su disnea. Indico ventosas, fomentaciones, acetato de amonio.

Febrero 15: Está apirética y muy despejada. Ha sudado mucho. En la región del foco descubierto ayer persiste la disminución de sonoridad, pero el soplo ha desaparecido y se oyen muchos rales subcrepitantes finos y medianos. Mismas indicaciones.

Febrero 17: Continúa la mejoría de la enfermita. Persiste la tos grasa aunque no muy frecuente.

Febrero 19: Gran mejoría local y general. Ya no hay tos.

Febrero 21: Es dada de alta completamente curada.

Análisis de sangre (Febrero 12 de 1916):

Glóbulos rojos.	4.110.000
„ blancos	15.000
Relación globular	1 x 274
Hemoglobina	75
Valor globular	0.91
Polinucleares Neutrófilos.	63,50 o|o
Linfocitos	35,— „
Formas de transición . .	1,50 „

Investigación bacterioscópica: Hematíes normales.

Observación VI

A. S. P. C., edad 2 años, argentina, Julio 2 de 1915.

Diagnóstico: Neumonia de vértice derecho.

Perfectamente sana hasta entonces, apenas un poco de tos. En la madrugada del 5 de Julio amanece con gran disnea, gran temperatura, facies descolorida y con sudores intensos más o menos generalizados. Al mismo tiempo se notan alteraciones graves de pulso que reclaman la asistencia profesional de inmediato y un decaimiento muy grande que pudo haber simulado un proceso cerebral.

El Profesor Centeno, bajo la dirección de quien se inició el tratamiento, indicó previo un examen pulmonar, no muy detenido, porque el estado de la niña no lo permitía, inyecciones de aceite alcanforado, cafeina, aplicación de ventosas, baños repetidos,

Julio 3: El estado de la enfermita había mejorado un poco. Los fenómenos generales tan in-

tensos de disnea y alteraciones circulatorias habían cedido en cierta medida y a pesar de que persistía el estado de inquietud, pudo ser examinada ya con más detalle, notándose, en su examen pulmonar, un foco bien neto con soplo inspiratorio bien localizado en la fosa derecha y una gran cantidad de rales que no se localizaba al punto preciso donde se producía el soplo, sino que afectaba una zona más o menos considerable, pudiendo simular un proceso de mayor complicación y así fué creído en cierto momento. Continuó con aplicaciones de ventosas, baños, lociones frías, su temperatura era de 39°. El pulso se había fortalecido.

Julio 4: El estado general de la enferma ha mejorado visiblemente, la temperatura se conserva en 39°, la fatiga ha disminuído, su hábito exterior también es mejor, su estado de ánimo continúa en el mismo tratamiento, debido a la ansiedad respiratoria, es necesario hacer vigilancia a todo momento diurno y nocturno.

Julio 5: Temperatura 39°. Mejor la ansiedad respiratoria; los fenómenos circulatorios han pasado. Los fenómenos locales de pulmón persisten con un soplo inspiratorio bien caracterizado, los rales sobre-agregados se los percibe alrededor del foco pero en otras zonas se perciben rales diseminados en ambos pulmones que persisten.

Julio 6: Mismo estado general, 38°4 de tempe-

ratura, menor fatiga. Ha pasado la noche tranquila y dormido bie. Comienza a tener un poco de tos, se le indica una bebida apropiada.

Julio 7: Mismo estado. Menos fatiga. Menos tos. 38°6 de temperatura. Ha pasado de noche tranquila. Continúa con baño s,ventosas, lociones, etc.

Julio 8: Ha habido una pequeña suba en el termómetro que marca 39°2 a pesar de lo cual su estado general se mantiene bien. Se indica baños a menos espacio de tiempo y se le observa.

Julio 9: Mismo estado general, localmente el soplo tiende a desaparecer. Ha disminuído mucho su intensidad. Los rales más diseminado persisten aún. Tiene 38°2 de temperatura.

Julio 10: Mismo estado general. Mejor estado local. Continúa en asistencia.

Julio 11: Está con 37°2 de temperatura, su estado general es muy bueno, está contenta, jugando en la cama. Su fatiga ha desaparecido totalmente, sus fenómenos de pulmón permanecen modificados, el soplo no se percibe y no quedan sino rales más disminuidos y más localizados a un punto.

Julio 14: No queda sino un poco de tos. Está en plena convalescencia.

Julio 20: Es dada de alta completamente curada.

Observación VII

N. N., argentino, 26 meses de edad, criado en muy buenas condiciones y perfectamente sano.

Antecedentes personales.—Sólo ha tenido coqueluche de la que curó bien.

Enfermedad actual.—Comenzó bruscamente al volver de un paseo, se sintió sumamente molesto con temperatura, fatiga, vómitos, volviendo a su casa a las 6 p. m.; a las 7 p. m. tenía 37° 4|5 de temperatura; a las 10 p. m., 39° 1|5. No se notan aún al examen pulmonar fenómeno sde foco manifiestos.

Día 30: Pasa todo el día con 39° de temperatura, 120 de pulso, con un estado de agitación bastante marcado, notándose en la vértice derecho un foco inarmónico bien caracterizado con su soplo característico.

Día 31: Más o menos mismo estado general; la temperatura hasubido tres quintos y se presenta más o menos constante todo el día, el pulso está en 120, el estado pulmonar es idéntico.

Día 2: mismo estado general, sin alteraciones grandes dentro de sus fenómenos generales y sin mayores alteraciones tampoco de sus fenómenos locales.

Día 3: Hay una pequeña reducción de la temperatura que tiende a bajar poco a poco, menos fatiga, el soplo ha casi desaparecido dejando en su lugar gran cantidad de rales bien manifiestos.

Día 4: La enfermedad ha hecho crísis bien manifiesta, el enfermo está con 37° 3|5 quintos de temperatura. Los fenómenos pulmonares han desaparecido casi totalmente.

Día 5: El enfermo está apirético, ha entrado en plena convalecencia, casi sin rastros ya de fenómenos pulmonares.

Día 8: Es dado de alta perfectamente curado.

Esquema de la temperatura:

	8 a. m.	12 p. m.	8 p.m.
Día 30	39 2|5	39 2|5	39 3|5
Día 1.°	39 3|5	39 4|5	39 3|5
Día 2	39 4|5	39 4|5	39 4|5
Día 3	39 2|5	39 4|5	39 3|5
Día 4	37 3|5	37 1|5	37
Día 5	36 4|5	36 3|5	36 4|5
Día 6	36 3|5	36 4|5	36 3|5

Observación VIII

Hospital Nacional de Clínicas, Sala VI, servicio del Profesor Centeno. Consultorio externo.

J. J., argentino, edad 10 meses, Mayo 10 de 1916.

Antecedentes hereditarios. — Padres vivos y sanos.

Antecedentes personales.—Ha sido siempre alimentado con leche de vaca, nunca ha tomado pecho, apesar de lo cual el sujeto se encuentra en buenas condiciones, buen crecimiento y peso, actualmente pesa 7.780 grs., se le alimenta con leche y sopas, ha tolerado muy bien siempre su alimentación hasta la

Enfermedad actual: Comenzó bruscamente la noche anterior a su traída al consultorio en que se manifestó su enfermedad por gran fatiga, temperatura, vómitos y un gran estado de intranquilidad.

Al examen pulmonar notamos un foco en el vértice derecho muy alto, con su soplo bien neto; temperatura qu epresenta el sujeto en el día es de 40°. Le indicamos baños templados, una bebida con acetato de amonio para la tos y dieta relativa en su alimentación. Continúa el enfermo en nuestra observación.

Mayo 11: Mismo estado general; temperatura 38°,8 (restal). Mismas indicaciones.

Mayo 12: Temperatura 38°,8; veo la enferma a los rayos y noto perfectamente el foco en el lugar indicado; continúa su evolución sin mayores alternativas.

Mayo 13: Mismo estado; el foco se estáreabrien do, el soplo es menos intenso, se encuentran algunos rales en la zona superior del pulmón derecho, hay una gran mejoría del estado general, continúa la tos. Se hace un examen de orinas y de sangre, cuyo resultado anoto más abajo. Mismas indicaciones, continúa en nuestra observación.

Mayo 14: Mismo estado. Temperatura 38°.

Mayo 16: Gran mejoría del sujeto; se ha producido la crísis, está opirético, no quedando como síntoma más que un poco de tos.

Mayo 20: Está apirético, sin fenómenos pulmonares de ninguna índole, es dado de alta completamente curado.

Análisis de sangre

Glóbulos rojos.	3.970.000
" blancos.	16.600
Relación globular. . . .	1 x 239
Hemoglobina.	70
Valor globular.	0.90
Polinucleares neutrófilos .	54.00 o|o
Polinucleares cormófilos .	0.33 "
Linfocitos.	43.66 "
Formas de transición. .	2.00 "

Investigación basteriológica. — Glóbulos rojos normales.

CONCLUSIONES

I.—Los grandes rasgos clínicos de la neumonía del lactante son iguales a los del adulto.

II.—Algunas manifestaciones clínicas se vinculan a las reacciones mórbidas propias de la infancia, y no a lesión ni a su causa.

III.—La inseguridad de establecer el diagnóstico en el comienzo de la afección sospechada por los síntomas funcionales en ausencia de signos físicos perceptibles, crea una situación particular al médico que se mantiene en duda hasta el momento de la aparición del soplo inspiratorio, síntoma, en nuestra opinión, el más importante para decidir el diagnóstico y particularmente el pronóstico.

IV.—La radioscopía, la extracción del esgarro y el examen de la sangre, son poderosos auxiliares del diagnóstico, a cuyo empleo adherimos.

BIBLIOGRAFÍA

Jiagensen.—Memoria del Tratado de Patología Médica y Terapéutica de Ziemsen.

Barth. — "Pneumonie" du Dictionaire Encielopédique des sciences medicales de Dechambre.

Rillet, Barther y Sanné.—Traité clinique et pratique des maladies des enfants.

Billard.—Traité des maladies des enfants nouveaux cies et a la manuelle.—Paris 1828.—Cit. por Comby.

Jacconel.—Traité de Pathologhie Interne.

J. Simon.—Conferences cliniques therapeuthiques.—Tome II.

Variot F.—Contagion hospitalaire de la pneumonie. Journal clinique et therapeuthique, núm. 13.—1898.

Grisolle.—Traité de la pneumonie 1841. Paris.

Kahler-Faudelic Lefflhe.—Cent cas de pneumonie franche chez l'enfant.

Baginsky.—Traité des maladies des enfants.

Netter.—Societé de Biologie de Paris-9 Marzo de 1889.

John Chan Dar Dewar.—Four cases of lobar. Pneumonie aparently and to infection.—British Medic. Journal.—8 de Marzo, 1897.

Jaccoud.—Traité de Pathologie Interne 1883.

Woillez.—Traité clinique des maladies aignés des organes respiratoires.—Paris 1872.

Urdarian.—De la pulmonie franche rudimentaire chez les enfants—These de Genoul 1888.

German See.—Des maladies especifiques (nor tuberculeuses du poumon) 1885.

Viti.—Archivo Italiano de Pediatría, 1890, pág. 188.

Cadet y Gassicourt.—Traité clinique des maladies de l'enfance.—1887.

Frankel.—Pneumonie consecutive a une chute dans l'eau.

Aufrecht.—Die Lungenentrhudungen "De la Enciclopedia de Specialle Pathologie und Therapie de Nothmagel.—1897.

Khun.—Rudimentaire und Lasirte Pneumonieu.

Behreud.—Uber die intermitetten Formen der Pilimossen Pneumoine.

Blasi.—Congreso de Roma.

XVIII.—Congreso alemán de Medicina Interna—Wiesbaden 1900. Analizado en Semaine Medicale 1900, pág. 135.

Discusión sobre el tratamiento de la neumonia en los niños; La Revue Mensuelle des maladies de l'enfance, 1900, pág. 110.

Durk.—Studien uber die tetiologie und Histologie des Pnemonie und Kindelsalter.

Concetti.—Sopre aleune forme anormali di pulmonite lobare, nei bambini.—"La Pediatria", 1889, pág. 129.

Grancher, Comby y Marfan.—Maladies de l'enfance, Societé Biologique de Paris.

Arnaudet Sop.—Erithéme au debut de la pulmonie lobaire infantile. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1893, pág. 745.

Laclautre.—Dificultés du diagnostic de la pulmonie au debut chez l'enfant (Tésis, Paris 1897).

Charcot.—Maladies du poumon.

Déspine.—Memorie rudimentaire—Congreso de Roma, 1894.

Devobex Achard.—Clinique Medicale.

Henoch.—Maladies de l'enfance.—Forlesing über Kinderkran Kheiten. Cap. "Die Pilsinios Pulmonie".

E. Anisset.—Maladies des enfants.

Marfan.—La Semaine Medicale, 1900, págs. 27 y 95.

E. Shlessinger.—Falle crouposer Pneumonie und Kindelsalter.

Kaler, Jeandelise y Lefevre.—Cent cas de penumonie franche chez l'enfant.

Paurmelle.—Recherche sur le poeulls dans la pneumonie franche des enfants.—Thése de Paris, 1896.

Baril.—Anathomie Pathologique.

Samaylora—Pulmonie de la premiére enfance. (Tésis de Paris 1912).

D'espine y Pradt.—Traité des maladies de l'enfance.

H. de Roethschild.—Higiéne et Patologie des nourisson.

Mouriquand.—Sur la pleuresie metaneumonique de l'enfant.

Maillet.—Sur la benigristé de la pneumonie chez l'enfant eu rapport avec l'origine sanguine de la maladie.

Escherich.—Beitrag sur Karnistik der Pneumonie des Kindelsolters.

Monti.—Ueber die Behandlungder genuinen Pulmonie suit Romer's Pneumokokken Serum.

Cruz.—Pneumonie.

Baginsky.—Ueber Kinderpneumonieu.

Brüning.—Kruderpneumonieu. Pneumokokken serum.

Hutinel.—La pratique des maladies des enfants.

Comby.—Maladies de l'enfance.

Martínez Vargas.—Tratado de Pediatría.

BIBLIGRAFIA ARGENTINA

García Juan J.—Pulmonía aguda—1832.

Arévalo Arístides.—Consideraciones sobre el rol terapéutico en la neumonia—1883.

Canellotti Luis.—La neumonia en los niños.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Infecciones anómalas de los órganos respiratorios—1892 (Buenos Aires).

Anchutz Germán.—Consideraciones clínicas sobre la neumonia fibrinosa en los niños—1899.

Sainte Marie Pedro.—Tratamiento de la neumonia—1900.

Aráoz Alfaro Gregorio.—Breve contribución al estudio de la neumonia fibrinosa en los niños—1900.

Massia José J.—Contribución al estudio de la neumonia fibrinosa en los niños de pecho—1903.

Bianchi Edmundo.—Consideraciones sobre la neumonia en la infancia—1905.

Acuña Mamerto.—Archivo Latino-Americano de Pedriatría,—Año 1905, Núm. 10.—"La neumonia a recaídas en el lactante".

Equiasú J. Francisco.—Complicaciones meníngeas en la neumonia y homoneumonia infantil, utilidad de la punción lumbar para el diagnóstico y tratamiento—1909.

Esarraet Félix.—Pleuresías neumónicas—1910.

Sarmiento Carlos.—Neumonia en la Provincia de San Juan.

Schweizer Fernando.—Conferencias de Clínica Pediátrica.

A. Pasqualis Polit.—Enfermedades de niños. (Conferencias del Profesor Centeno).

La Prensa Médica Argentina.—Conferencias del Profesor Centeno tomadas por el Dr. Rogelio D'Ovidio.

Buenos Aires, Mayo 12 de 1916.

Nómbrase al señor Académico Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, al profesor titular Dr. Luis Agote y al profesor suplente Dr. Mamerto Acuña, para que, constituídos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4.° de la "Ordenanza sobre exámenes".

E. Bazterrica

J. A. Gabastou
Secretario.

Buenos Aires, Mayo 20 de 1916.

Habiendo la comisión precendente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.° 3114 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. Bazterrica

J. A. Gabastou
Secretario.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

La leucocitosis en el pronóstico de la neumonia.

Gregorio Aráoz Alfaro.

II

Eficacia de los tratamientos específicos.

Luis Agote.

III

Neumonia a recaidas en el lactante.

Mamerto Acuña.

30414