



Mex B. N. S. G.

Año 1917

Núm. 3358

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Neumonía y sus Tratamientos

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Héctor Videla Ponce

Ex-practicante del Instituto Jenner y del Hospital Carlos Durand

1914 - 15 - 16

Actual médico interno del Hospital Provincial de Mendoza

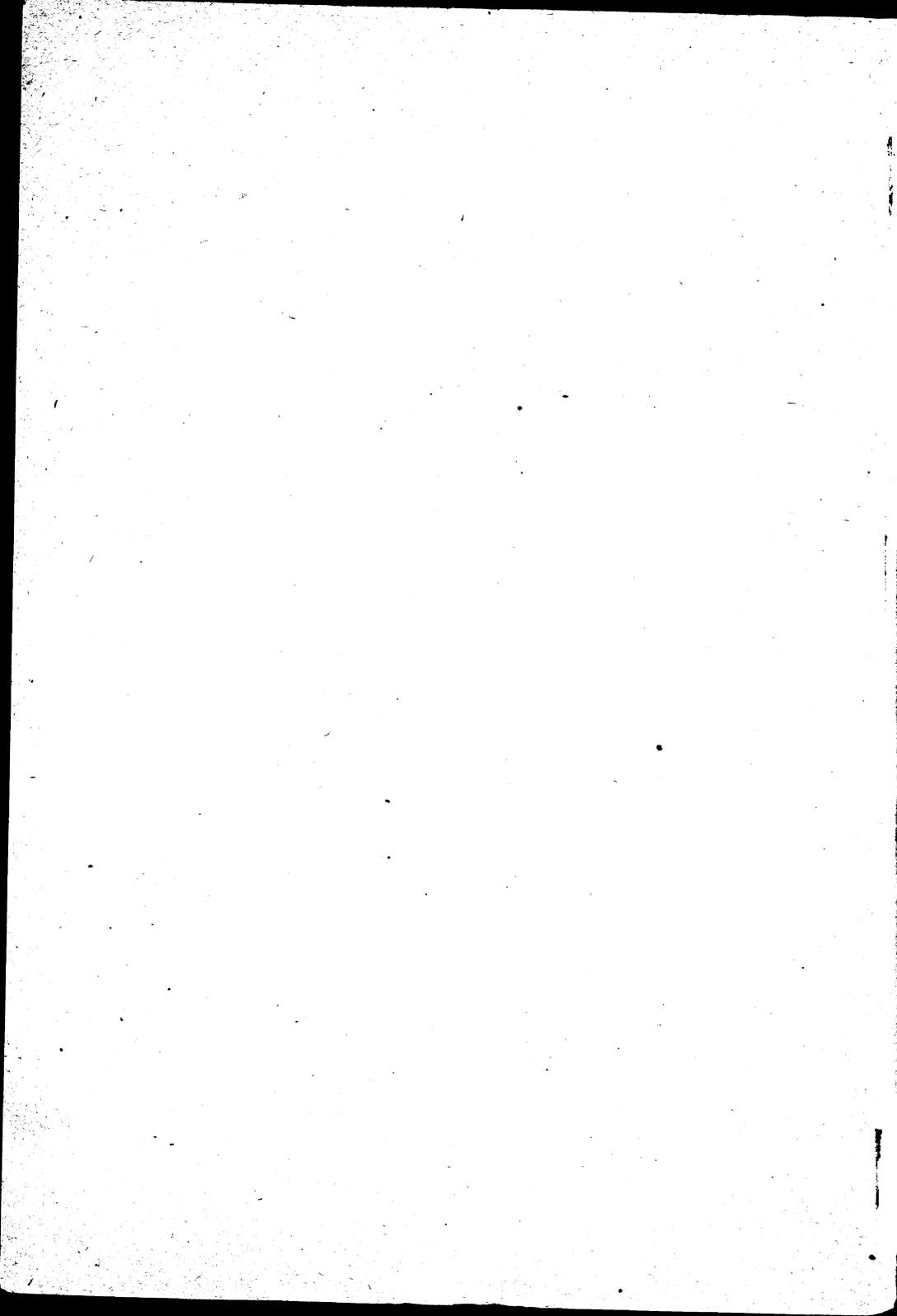
1916 - 17



"LAS CIENCIAS"

LIBRERÍA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CÓRDOBA 1877 - BUENOS AIRES



Neumonía y sus Tratamientos



Año 1917

Núm. 3358

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Neumonía y sus Tratamientos

TESIS

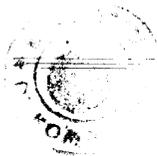
PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

Héctor Videla Ponce

Ex-practicante del Instituto Jenner y del Hospital Carlos Durand
1914 - 15 - 16

Actual médico interno del Hospital Provincial de Mendoza
1916 - 17



"LAS CIENCIAS"

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

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

Artículo 162 del R. de la F.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Presidente

DR. D. DOMINGO CABRED

Vice-Presidente

DR. D. DANIEL J. CRANWELL

Miembros titulares

1. Dr. D. EUFEMIO UBALLES
2. " " PEDRO N. ARATA
3. " " ROBERTO WERNICKE
4. " " JOSÉ PENNA
5. " " LUIS GÜEMES
6. " " ELISEO CANTON
7. " " ANTONIO C. GANDOLFO
8. " " ENRIQUE,BAZTERRICA
9. " " DANIEL J. CRANWELL
10. " " HORACIO G. PISERO
11. " " JUAN A. BOERI
12. " " ANGEL GALLARDO
13. " " CARLOS MALBRAN
14. " " M. HERRERA VEGAS
15. " " ANGEL M. CENTENO
16. " " FRANCISCO A. SICARDI
17. " " DIOGENES DECOUD
18. " " BALDOMERO SOMMER
19. " " DESIDERIO F. DAVEL
20. " " GREGORIO ARAOZ ALFARO
21. " " DOMINGO CABRED
22. " " ABEL AYERZA
23. " " EDUARDO OBEJERO
24. " " PEDRO BENEDIT

Secretario general

DR. D. MARCELINO HERRERA VEGAS



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ACADEMIA DE MEDICINA

Miembros Honorarios

1. DR. D. TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLIVINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO WIDAL
5. " " ALOYSIO DE CASTRO
6. " " CARLOS CHAGAS
7. " " MIGUEL DE OLIVEIRA COUTO



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Decano

DR. D. E. BAZTERRICA

Vice Decano

DR. D. CARLOS MALBRAN

Consejeros

DR. D. ENRIQUE BAZTERRICA
.. .. ELISEO CANTON
.. .. ANGEL M. CENTENO
.. .. DOMINGO CABRED
.. .. MARCIAL V. QUIROGA
.. .. JOSÉ ARCE
.. .. EUFEMIO UBALLES (con lic.)
.. .. DANIEL J. CRANWELL
.. .. CARLOS MALBRAN
.. .. JOSÉ F. MOLINARI
.. .. MIGUEL PUIGGÀRI
.. .. ANTONIO C. GANDOLFO (Suplente)
.. .. FANOR VELARDE
.. .. IGNACIO ALLENDE
.. .. MARCELO VÍNAS
.. .. PASCUAL PALMA

Secretarios

DR. D. P. CASTRO ESCALADA

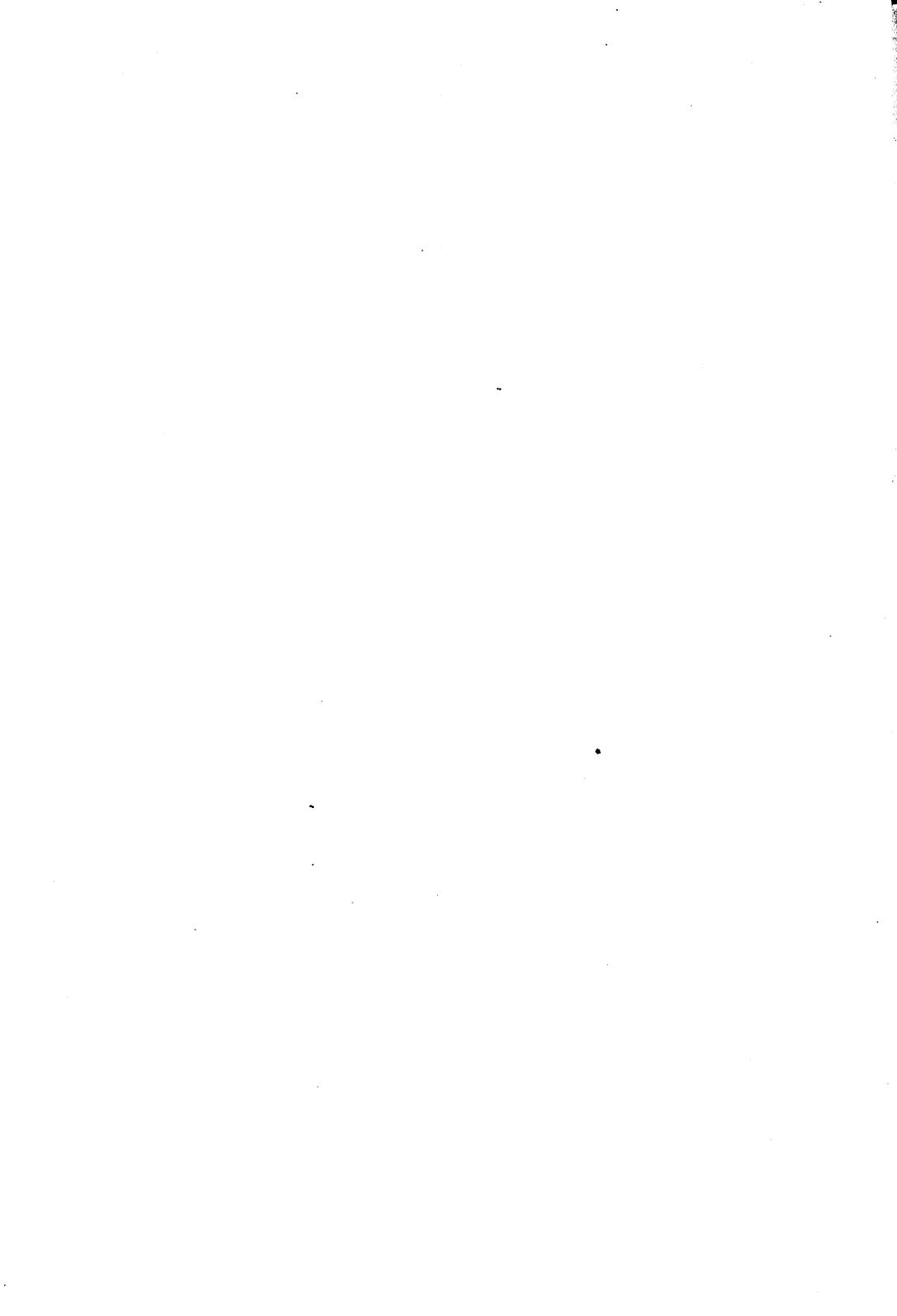
DR. D. JUAN A. GABASTOU



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

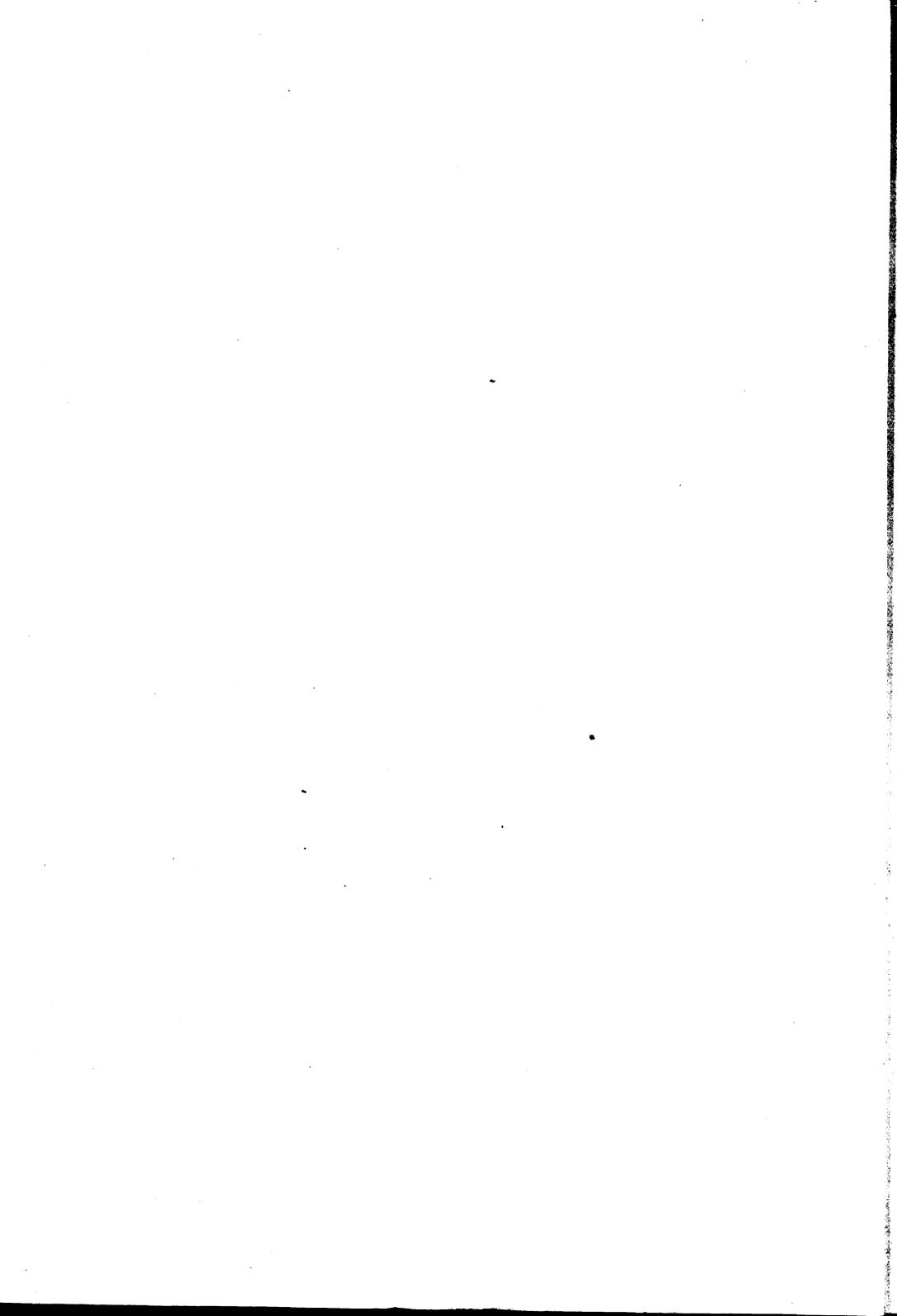
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica	DR. PEDRO LACAVERA
Botánica Médica	„ LUCIO DURASONA
Anatomía Descriptiva	„ RICARDO S. GOMEZ
Anatomía Descriptiva	„ R. SARMIENTO LASPIUR
Anatomía Descriptiva	„ JOAQUIN LOPEZ FIGUEROA
Anatomía Descriptiva	„ PEDRO BELOU
Histología	„ RODOLFO DE GAINZA
Física 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
„ Génto-urinarias	„ PEDRO BENEDIT
Toxicología Experimental	„ JUAN B. SENORANS
Clínica Epidemiológica	„ JOSÉ PENNA
„ Oto-rino-laringológica	„ EDUARDO OBEJERO
Patología Interna	„ MARCIAL V. QUIROGA
Clínica Oftalmológica	„ ENRIQUE B. DEMARIA
„ Médica	„ LUIS GUEMES
„ Médica	„ LUIS AGOTE
„ Médica	„ IGNACIO ALLENDE
„ Médica	„ ABEL AYERZA
„ Quirúrgica	„ PASCUAL PALMA
„ Quirúrgica	„ DIOGENES DECOUD
„ Quirúrgica	„ ANTONIO C. GANDOLFO
	„ MARCELO T. VIÑAS
„ Neurológica	„ JOSÉ A. ESTEVES
„ Psiquiátrica	„ DOMINGO CABRED
„ Obstétrica	„ ENRIQUE ZARATE
„ Obstétrica	„ SAMUEL MOLINA
„ Pediatría	„ ANGEL M. CENTENO
Medicina Legal	„ DOMINGO S. CAVIA
Clínica Ginecológica	„ ENRIQUE BAZTERRICA



ESCUELA DE MEDICINA

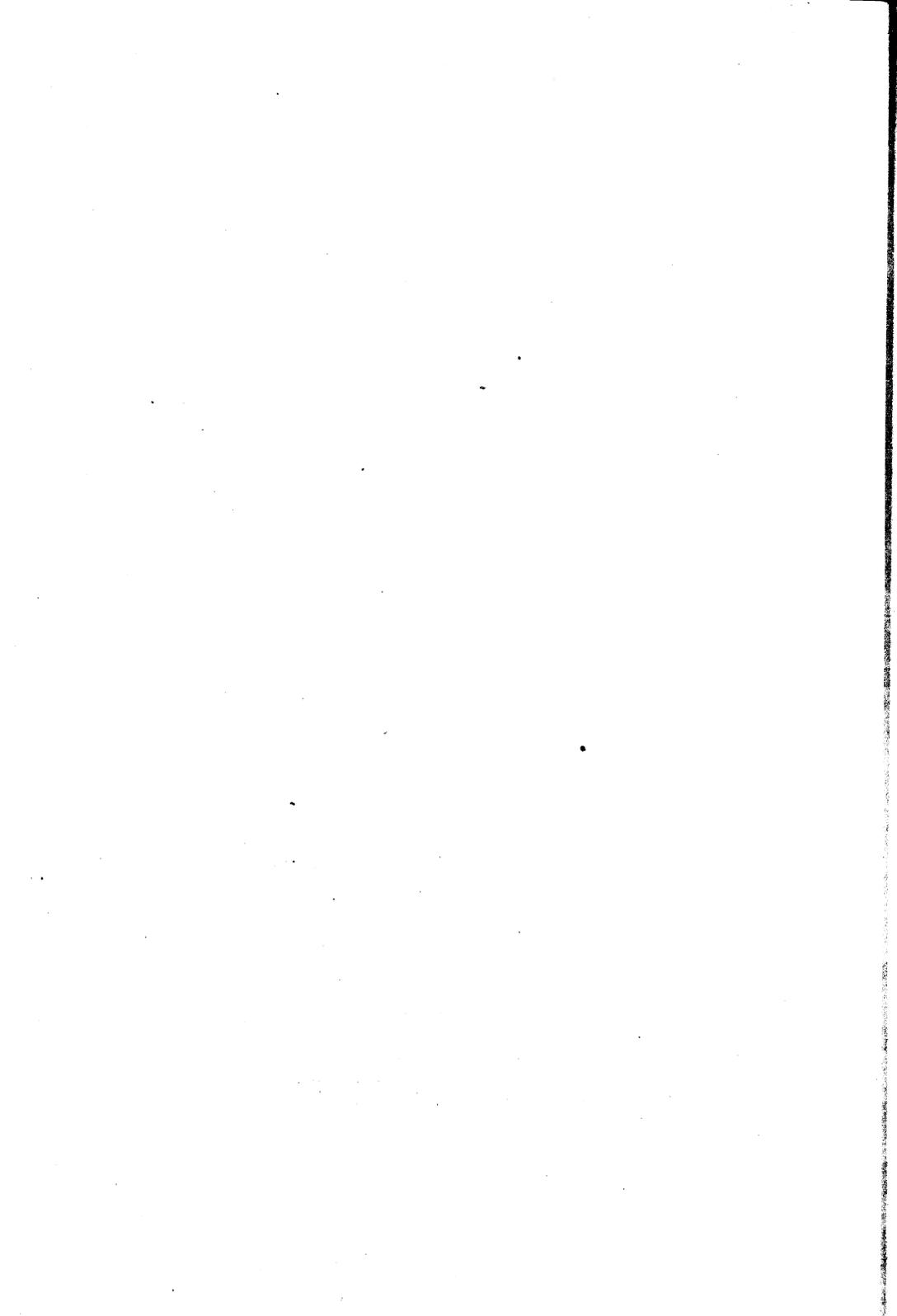
PROFESORES EXTRAORDINARIOS

Asignaturas	Catedráticos extraordinarios
Zoología Médica	Dr. DANIEL J. GREENWAY
Histología	„ JULIO G. FERNANDEZ
Física Médica	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología	{ „ JUAN CARLOS DELFINO
	{ „ LEOPOLDO URIARTE
	{ „ ALOIS BACHMANN
Anatoma Patológica	„ JOSÉ BADIA
Clínica Ginecológica	„ JOSÉ F. MOLINARI
„ Médica	„ PATRICIO FLEMING
„ Dermato-sifilográfica	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
„ Génito urinaria	„ BERNARDINO MARAINI
Clínica Neurológica	{ „ JOSÉ R. SEMPRUN
	{ „ MARIANO ALURRALDE
Clínica Pedlática	{ „ ANTONIO F. PIÑERO
	{ „ MANUEL A. SANTAS
Clínica Quirúrgica	„ FRANCISCO LLOBET
„ Quirúrgica	„ MARCELINO HERRERA VEGAS
Patología Interna	„ RICARDO COLON
Clínica oto-rino-laringológica	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica	{ „ JOSÉ T. BORDA
	{ „ BENJAMIN T. SOLARI



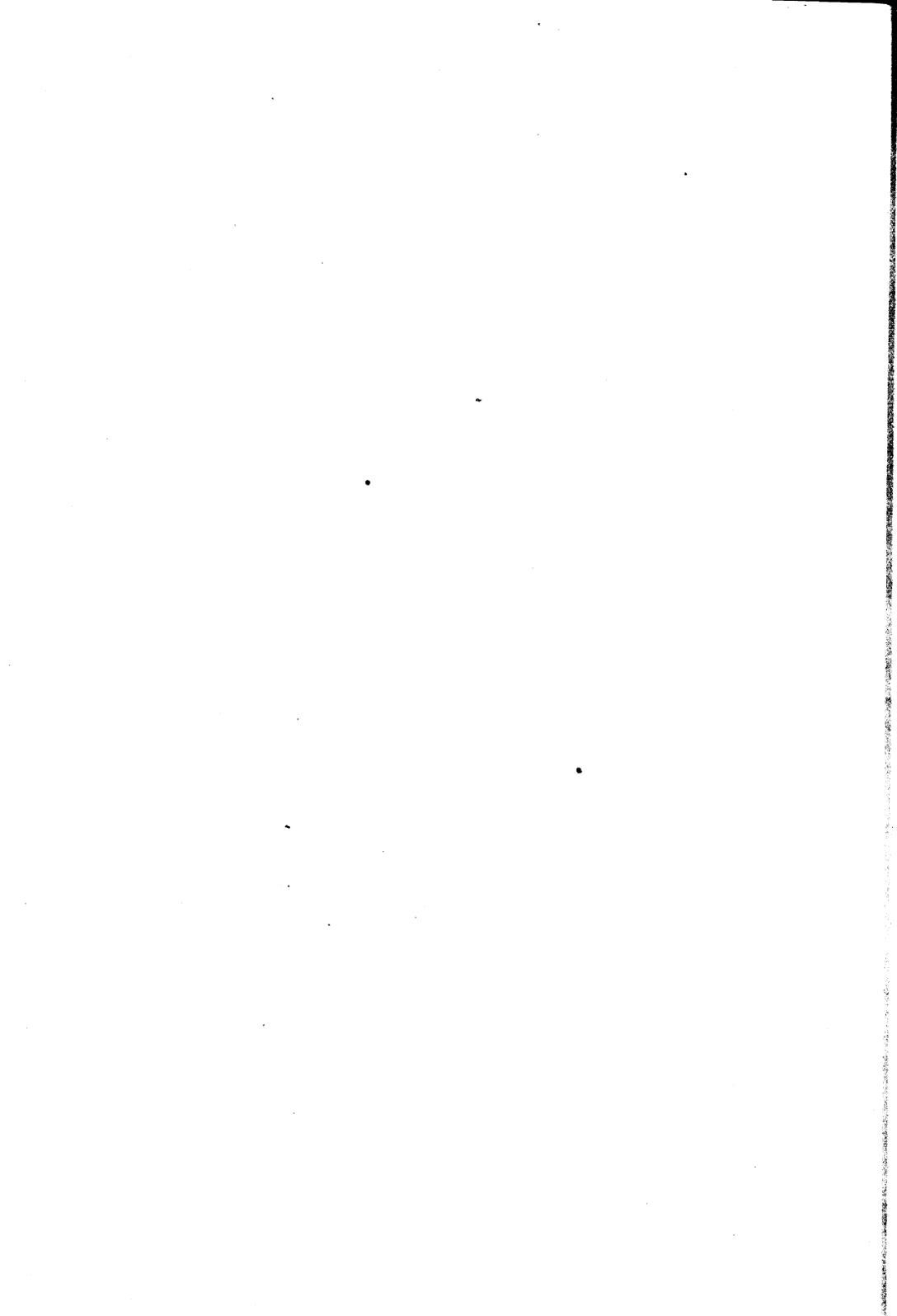
ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica	DR. RODOLFO ENRIQUEZ
Zoología Médica	" GUILLERMO SEEBER
Anatomía Descriptiva	" SILVIO E. PARODI
Fisiología general y humana	" EUGENIO GALLI
Bacteriología	" JUAN JOSE CIRIO
Química Biológica	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica	" BERNARDO HOUSSAY
Semelología y ejercicios clínicos	" RODOLFO RIVAROLA
Anatomía Patológica	" SALVADOR MAZZA
Anatomía Topográfica	" BENJAMIN GALARCE
Materia Médica y Terapia	" FELIPE JUSTO
Medicina Operatoria	" MANUEL V. CARBONELL
Patología externa	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Clínica Dermato-sifilográfica	" ALFREDO VITON
.. Epidemiológica	" JOAQUIN LLAMBIAS
.. Oftalmológica	" ANGEL H. ROFFO
.. Oto-rino-laringológica	" ANGEL F. SAN MARTIN
Patología Interna	" JOSE MORENO
Clínica Quirúrgica	" ENRIQUE FINOCCHIETTO
.. Médica	" CARLOS ROBERTSON
.. Pediatría	" FRANCISCO P. CASTRO
.. Ginecológica	" CASTELFORT LUGONES
.. Obstétrica	" ENRIQUE M. OLIVIERI
Medicina Legal	" ALEJANDRO CEBALLOS
Clínica Psiquiátrica	" NICOLAS V. GRECO
	" PEDRO L. BALINA
	" FERNANDO R. TORRES
	" FRANCISCO DESTEFANO
	" ANTONINO MARCO DEL PONT
	" ADOLFO NOCETTI
	" RAUL ARGASARAZ
	" JUAN DE LA CRUZ CORREA
	" MARTIN CASTRO ESCALADA
	" FELIPE J. BASAVILBASO
	" ANTONIO R. ZAMBINI
	" ENRIQUE FERREIRA
	" PEDRO LABAOURI
	" LEONIDAS JORGE FACIO
	" PABLO M. BARRARO
	" EDUARDO MARINO
	" JOSE ARCE
	" ARMANDO R. MAROTTA
	" LUIS A. TAMINI
	" MIGUEL SUSSINI
	" ROBERTO SOLE
	" PEDRO CHIUTRO
	" JOSE M. JORGE (hijo)
	" OSCAR COPELLO
	" ADOLFO E. LANDIVAR
	" VICENTE DIMITRI
	" ROMULO H. CHIAPPORI
	" JUAN JOSE VITON
	" PABLO J. MORSALINE
	" RAFAEL A. BULLRICH
	" IGNACIO IMAZ
	" PEDRO ESCUDERO
	" MARIANO R. CASTEX
	" PEDRO J. GARCIA
	" JOSE DESTEFANO
	" JUAN R. GOYENA
	" JUAN JACOBO SPANGENBERG
	" TELLO MARTINI
	" CANDIDO PATISO MAYER
	" MAMERTO ACUSA
	" GENARO SISTO
	" PEDRO DE ELIZALDE
	" FERNANDO SCHWEIZER
	" JUAN CARLOS NAVARRO
	" JAIME SALVADOR
	" TORIBIO PICCARDO
	" CARLOS R. CIRIO
	" OSVALDO L. BOTTARO
	" ARTURO ENRIQUEZ
	" A. PERALTA RAMOS
	" FAUSTINO J. TRONCE
	" JUAN B. GONZALEZ
	" JUAN C. RISSO DOMINGUEZ
	" JUAN A. GABASTOU
	" ENRIQUE A. ROERO
	" JOSUE BERUTI
	" NICANOR PALACIOS COSTA
	" JOAQUIN V. GNECCO
	" JAVIER BRANDAN
	" ANTONIO PODESTA
	" AMABLE JONES



ESCUELA DE PARTERAS

Asignaturas	Catedráticos titulares
<i>Primer año:</i>	
Anatomía, Fisiología, etc.	Dr J. C. LLAMES MASSINI
<i>Segundo año:</i>	
Parto fisiológico	„ MIGUEL Z. O'FARRELL
<i>Tercer año:</i>	
Clinica obstétrica	„ FANOR VELARDE
Puericultura	„ UBALDO FERNANDEZ



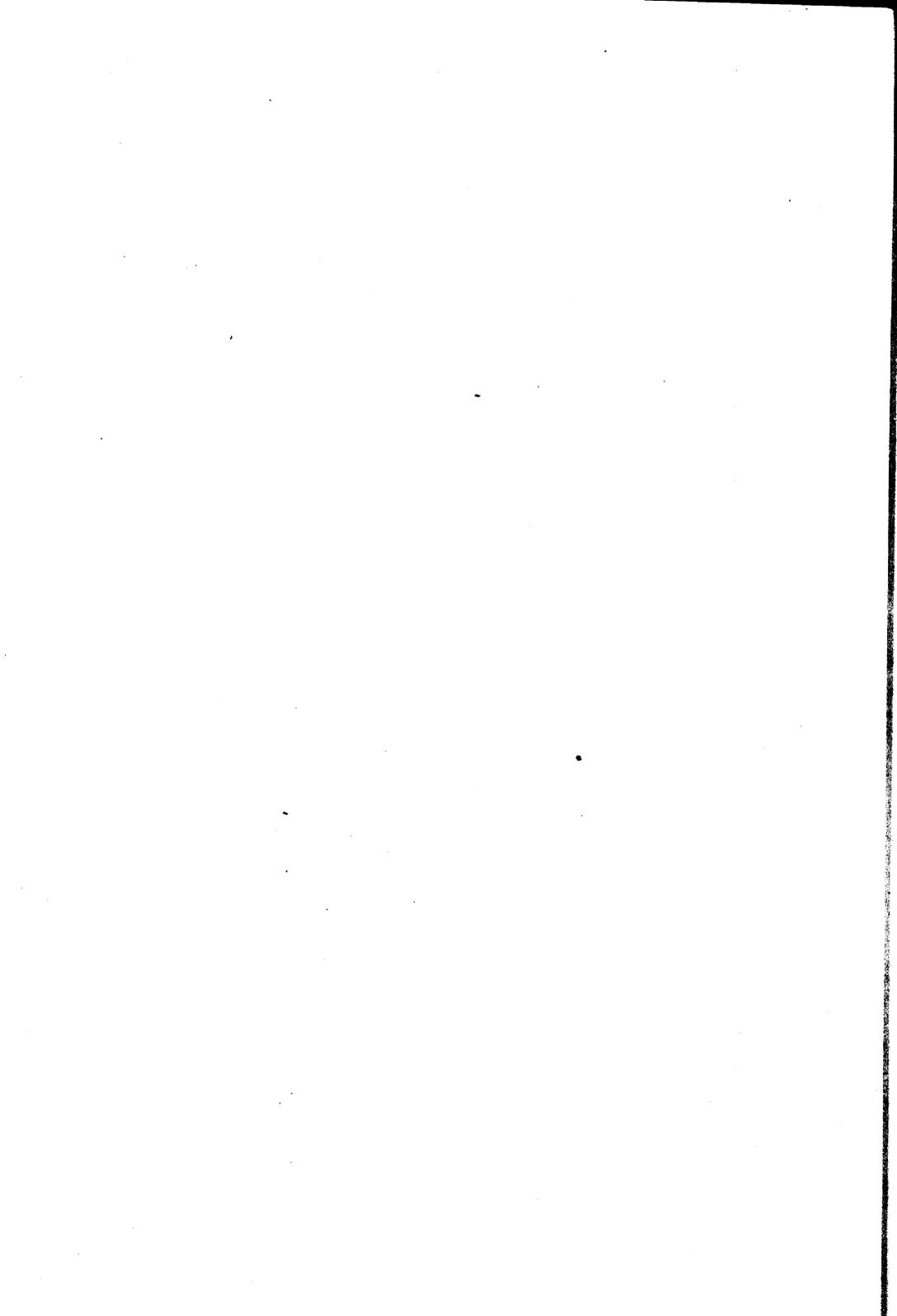
ESCUELA DE FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Zoología general: Anatomía y Fisiología comparadas	DR. ANGEL GALLARDO
Física farmacéutica	„ JULIO J. GATTI
Química farmacéutica inorgánica..	„ MIGUEL PUIGGARI
Botánica y Micrografía vegetal...	„ ADOLFO MUJICA
Química farmacéutica orgánica ...	„ FRANCISCO C. BARRAZA
Técnica farmacéutica (1er. curso).	„ J. MANUEL IRIZAR
Higiene, Ética y Legislación.....	„ RICARDO SCHATZ
Química analítica general	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Farmacognosia especial	SR. JUAN A. DOMINGUEZ
Técnica farmacéutica (2.º curso)..	DR. J. MANUEL IRIZAR

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Física farmacéutica	DR. TOMAS J. RUMI
Química farmacéutica inorgánica..	„ ANGEL SABATINI
	„ EMILIO M. FLORES
Técnica farmacéutica	SR. RICARDO ROCCATAGLIATA
	„ PASCUAL CORTI
Química farmacéutica orgánica....	DR. PEDRO J. MÉSIGOS
	„ LUIS GUGLIALMELLI
Farmacognosia especial	SR. ÓSCAR MIALOCK
Química analítica general	DR. JUAN A. SANCHEZ

DOCTORADO EN FARMACIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
Complementos de Matemáticas...	—
Mineralogía y Geología.....	—
Botánica (2.º curso). Bibliografía botánica argentina	—
Química analítica aplicada (Medicamentos)	DR. JUAN A. SANCHEZ (supl. en ejer.)
Química biológica	„ PEDRO J. PANDO
Química analítica aplicada (Bromatología)	—
Física general	—
Bacteriología	DR. CARLOS MALBRAN
Toxicología y Química legal.....	„ JUAN B. SENORANS



ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Asignaturas	Catedráticos titulares
1er. año	DR. RODOLFO BRAUZQUIN
2.º año	„ LEON PEREYRA
3er. año	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protesis Dental	Sr. ANTONIO J. GUARDO

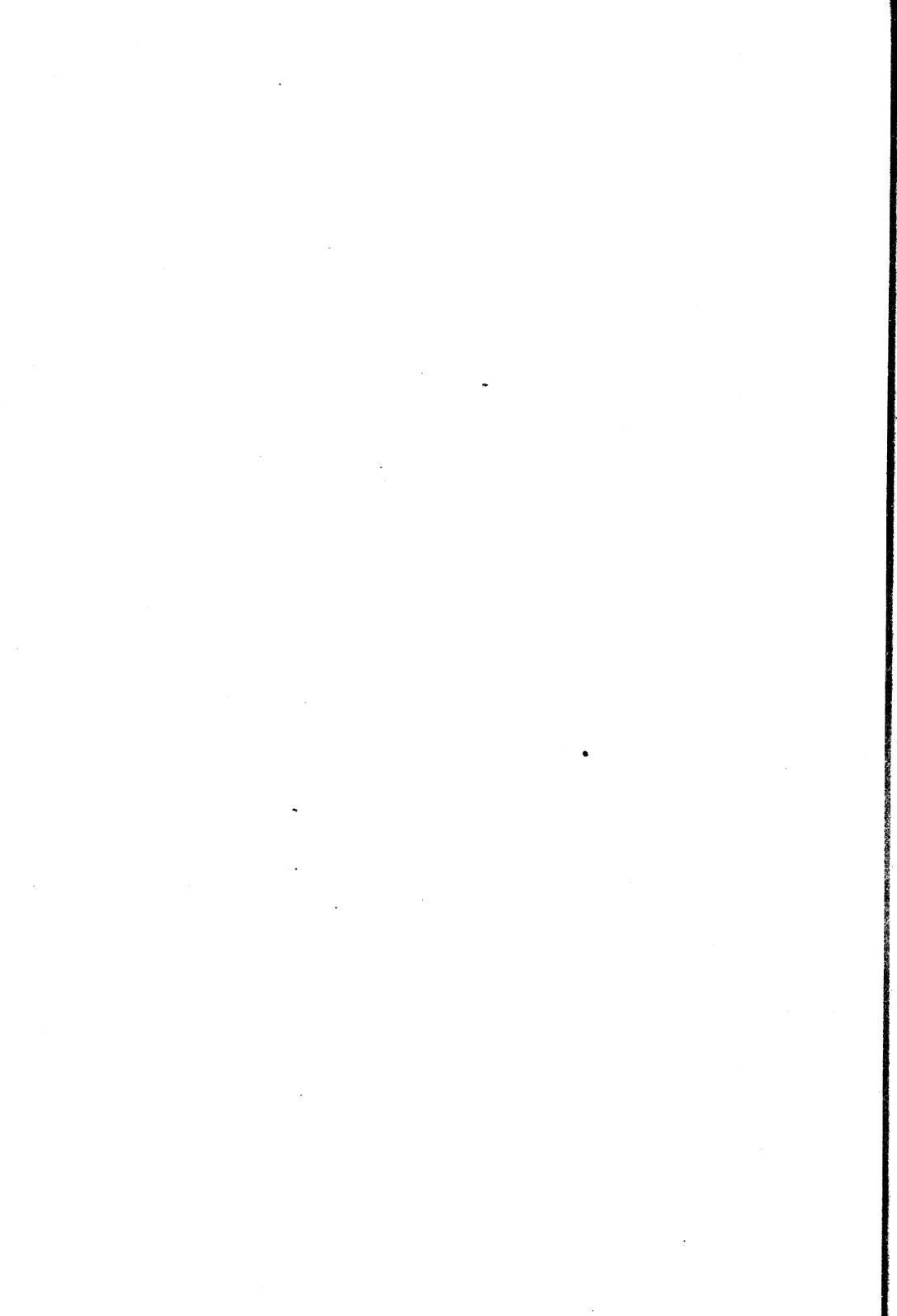
Catedráticos suplentes

DR. D. ALEJANDRO CABANNE (3.er año)

DR. D. TOMAS S. VARELA (2.º año)

SR. D. JUAN U. CARREA (Protesis)

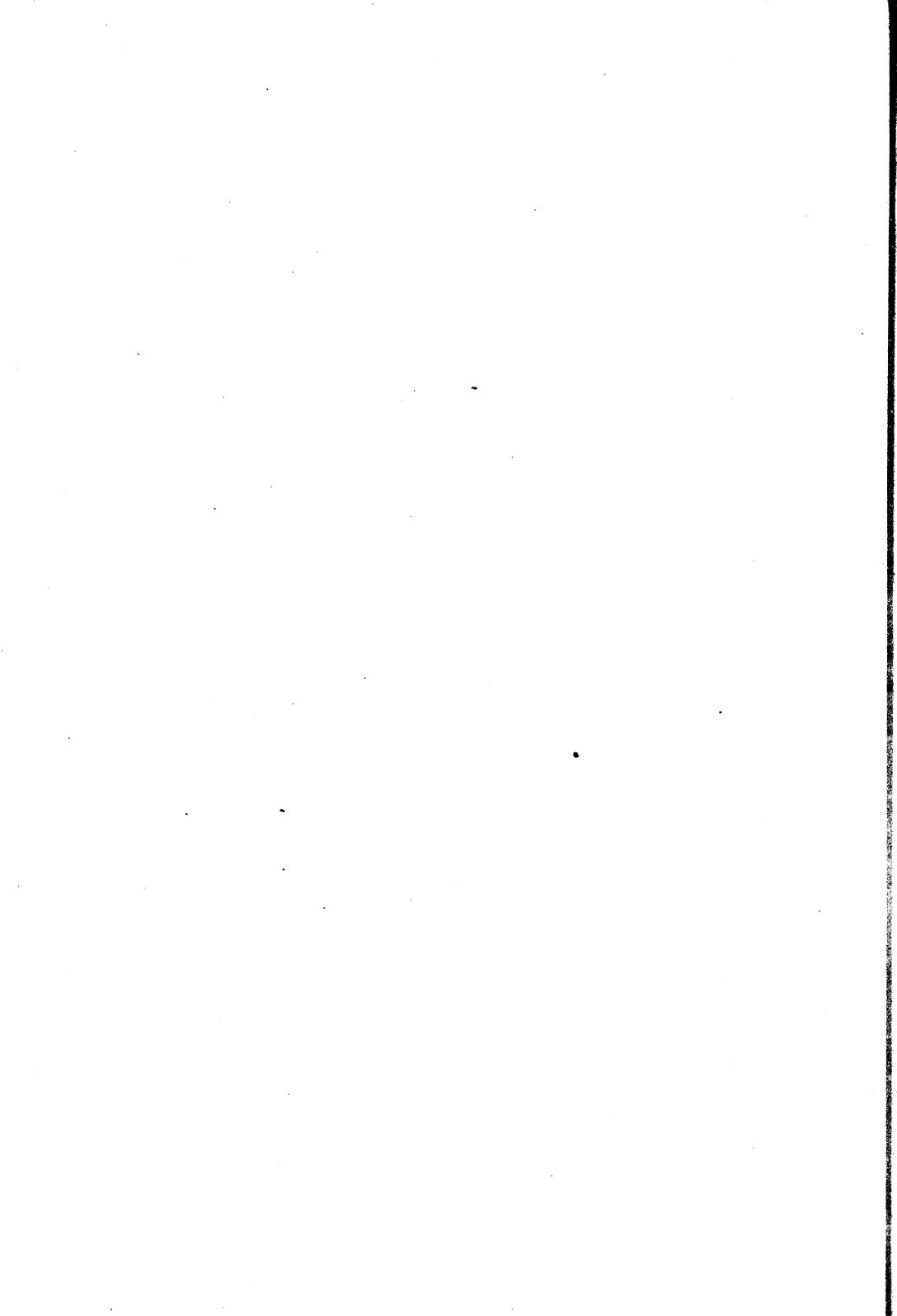
SR. D. CIRO DURANTE AVELLANAL (1er año)



Padrino de tesis:

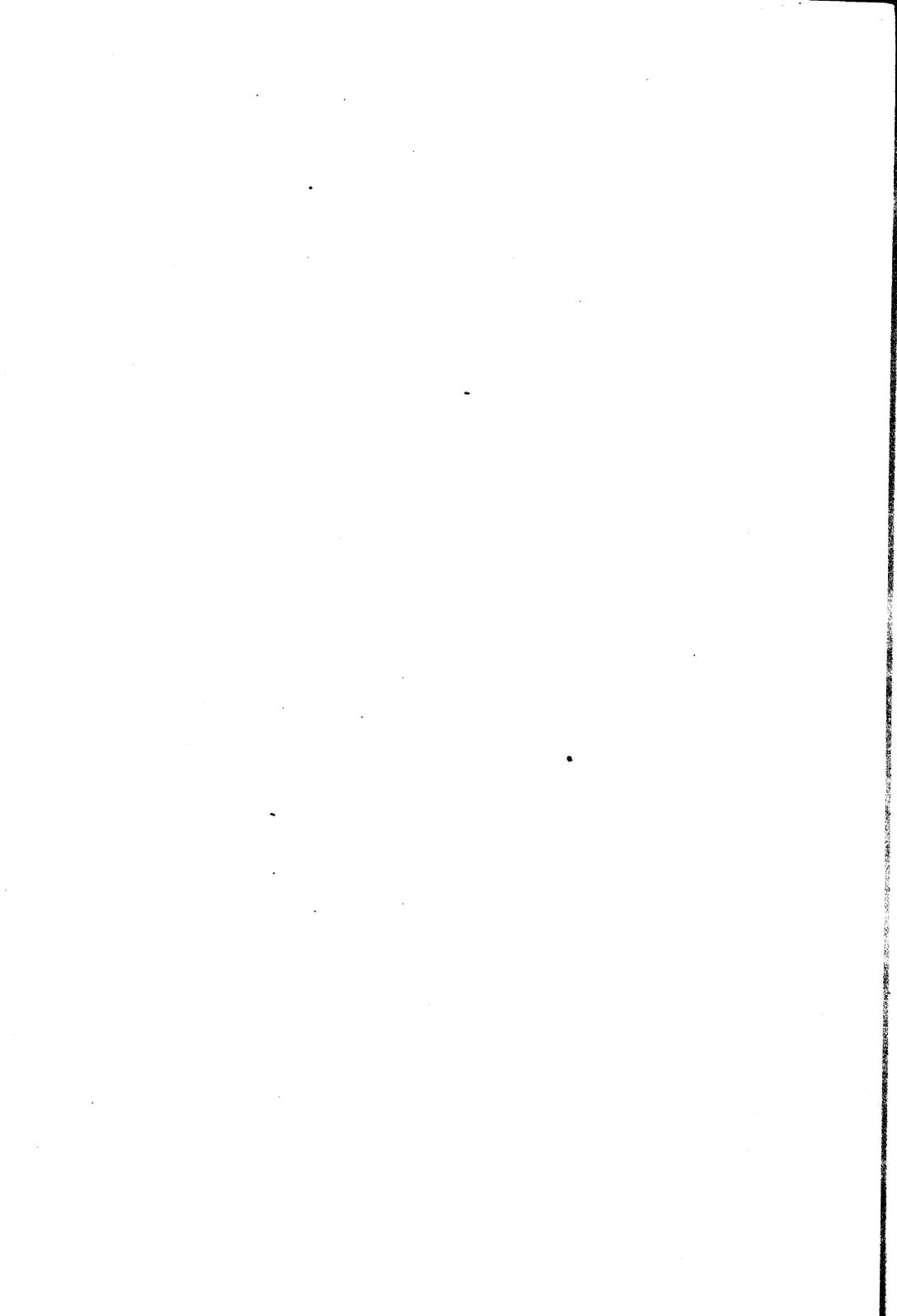
Doctor MARCIAL V. QUIROGA

Consejero, Profesor titular de Patología Interna
General de Sanidad

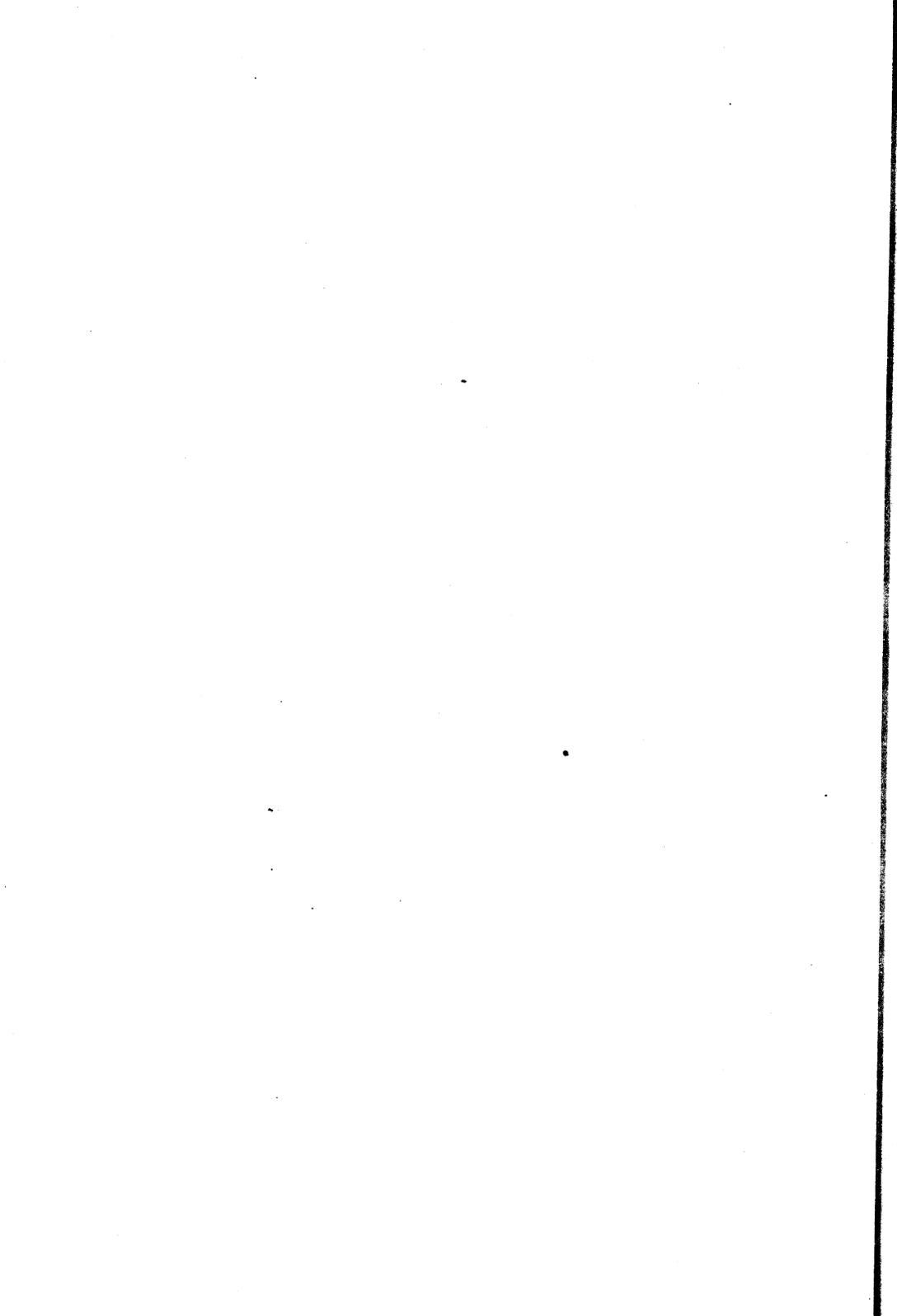


A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI MADRE



A MIS AMIGOS



Señores Académicos :

Señores Consejeros :

Señores Profesores :

Presento a vuestra consideración este modesto trabajo hecho con el objeto de llenar el requisito último que exige el reglamento de nuestra Facultad para obtener el título de doctor en Medicina.

No ignoro que el tema elegido debe carecer de interés por ser muy conocido; con él nos familiarizamos desde nuestros estudios de semiología donde ya aprendemos a hacer el diagnóstico de la enfermedad que trato, y lo encontramos repetidas veces en nuestros estudios posteriores, fuera del buen número de enfermos de neumonía que tenemos oportunidad de ver y estudiar durante nuestra práctica hospitalaria que complementa en un grado casi completo nuestros conocimientos sobre dicha afección.

Pero, precisamente el porcentaje de neumónicos que he tenido oportunidad de ver en mi

práctica de interno de hospitales ha confirmádome esta observación: la frecuencia de la evolución anormal de la neumonía. Presentando en la mayoría de los casos en la iniciación los signos cardinales clásicos, la evolución no es siempre igual: el proceso evolutivo que termina según el cuadro clásico a los siete días en una crisis, presenta en la observación y en la práctica, un número considerable de excepciones, al punto de que no creo aventurado decir, que en los neumónicos se cumple de un modo bastante exacto el conocido lema: que no hay enfermedades, sino enfermos.

La prevención de las complicaciones y de las anomalías en la evolución, exigen un completo examen y conocimiento del enfermo, el terreno en el cual se desarrolla la infección, y ante todo el mayor conocimiento de ésta que es la enfermedad, en todas sus formas clínicas y anómalas.

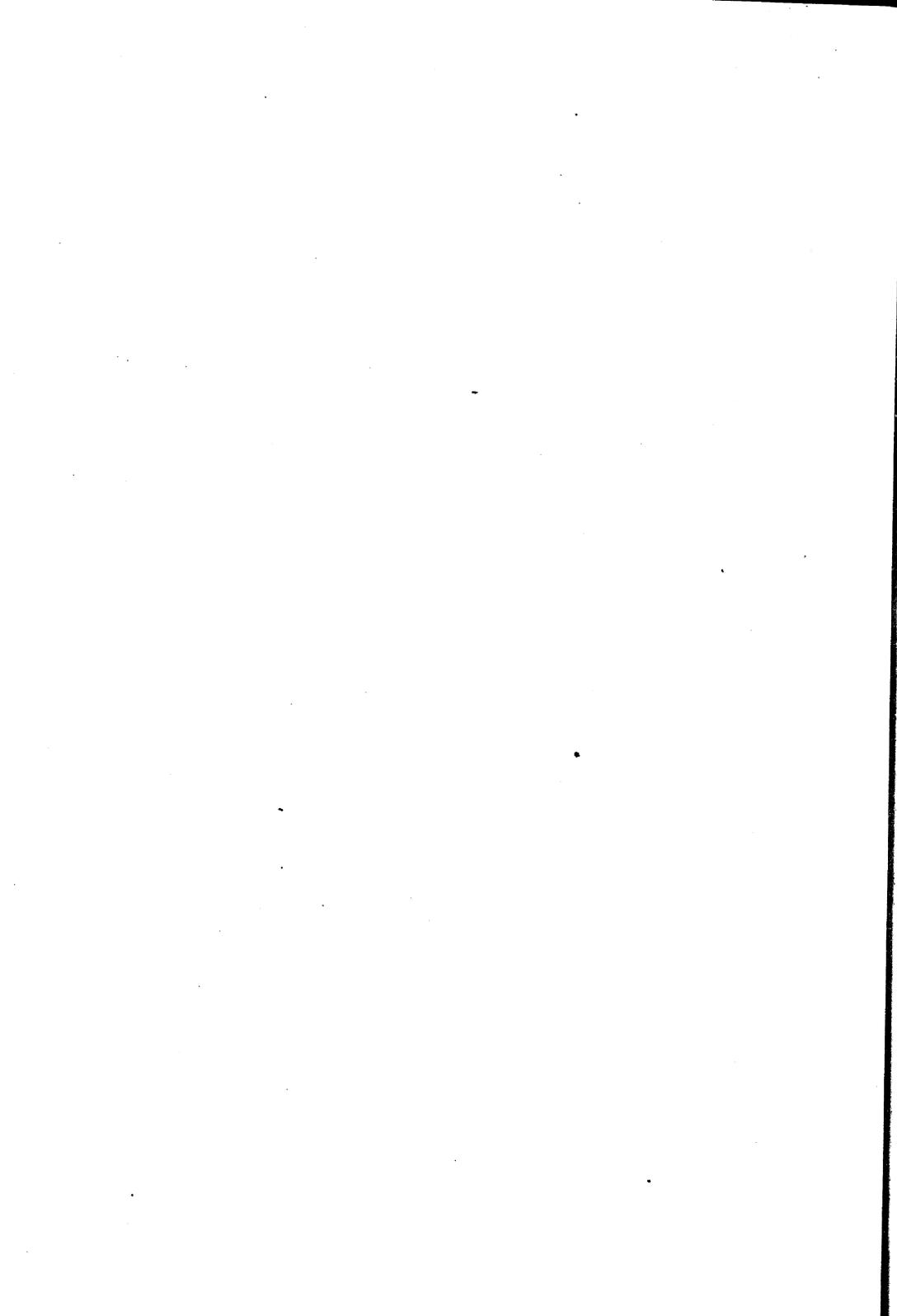
Debo antes de entrar de lleno en materia, expresar a los maestros de la escuela de medicina mi agradecimiento por las enseñanzas en ella recibidas y debo hacer una mención especial del profesor doctor Marcial V. Quiroga, por sus deferencias inmerecidas para conmigo y por el ho-

nor que me dispensa de acompañarme ahora en la presente tesis.

A los compañeros de internado y de estudios, al calor de cuya amistad y mismos entusiasmos he hecho la carrera, la expresión de mi invariable afecto.

Al Director de la Asistencia Pública de Mendoza, doctor Carlos Ponce, como asimismo al Director y Médicos del Hospital Provincial, mi reconocimiento por las atenciones recibidas.

Al Director del Hospital Durand, y a los médicos que allí me enseñaron con buena voluntad, mi gratitud.



NEUMONÍA

La neumonía, que ha sido llamada también pulmonía, pulmonía fibrinosa, perineumonía, determinación pulmonar de la neumococcia, es conocida y mencionada desde Hipócrates, y su historia ha pasado tres períodos:

Primero: Hipocrático; faltan los conocimientos anatómicos, patológicos e histológicos, conociéndose sólo su sintomatología; y se la confunde con la pleuresía (perineumonía).

Segundo: Desde Laenëck; con la auscultación mediata define los períodos y lesiones anátomo-patológicas. Jürgensen establece un concepto claro; es una enfermedad general y no local, infecciosa y específica; el estudio de las complicaciones merece el apoyo de este concepto.

Tercero: Desde el advenimiento de la bacteriología; Pasteur encuentra el microbio a Areola (1883) y Tálamon y Fraënkel el agente ocasional.

La neumonía, tiene una individualidad nosológica por cuanto consta de una unidad etiológica (neumococo), de una unidad anátomo-patológica (reacción fibrinosa de un lóbulo pulmonar) y una unidad evolutiva que es su ciclo en siete días (forma clásica).

ETIOLOGÍA

En su etiología existe una causa eficiente, causas predisponentes y causas ocasionales.

CAUSA EFICIENTE

En ésta el neumococo; no pudiendo aportar ninguna observación ni estudio particular sobre este agente, me limito a hacer una descripción somera, por ser esta descripción hecha en una forma tan completa en los tratados.

La investigación empieza con Klebs, Koch y Friëndlander, quienes señalaron algunos cocos a quienes atribuyeron especificidad; Fraënkel, en Alemania, y Tálamon en 1883 en Francia, recién reconocieron este agente patógeno. Es un diplococo lanceolar y encapsulado, en forma de llama de bujía; que no siempre se encapsula, sobre

todo en los medios desfavorables de vida. Es aerobio facultativo. Sus medios de cultivos ordinarios son la gelosa, gelatina, papa, caldo, con caracteres bien descriptos en todos los libros; coagula la leche; los medios excelentes de cultivo son el suero de Loëffer, yema de huevo, gelosa con sangre y los esputos mezclados con gelosa. Muere a los 50° de calor, y la luz solar lo atenúa a las doce horas.

Para colorearlo se usa con preferencia, y éste es un carácter importante, el método de Gram y los colores de anilina.

Neumo bacilo de Friëndlander: Bacilo encontrado por este autor en la neumonía; un bacilo corto y desprovisto de movimientos espontáneos. Se decolora con el Gram. Toma los colores de anilina.

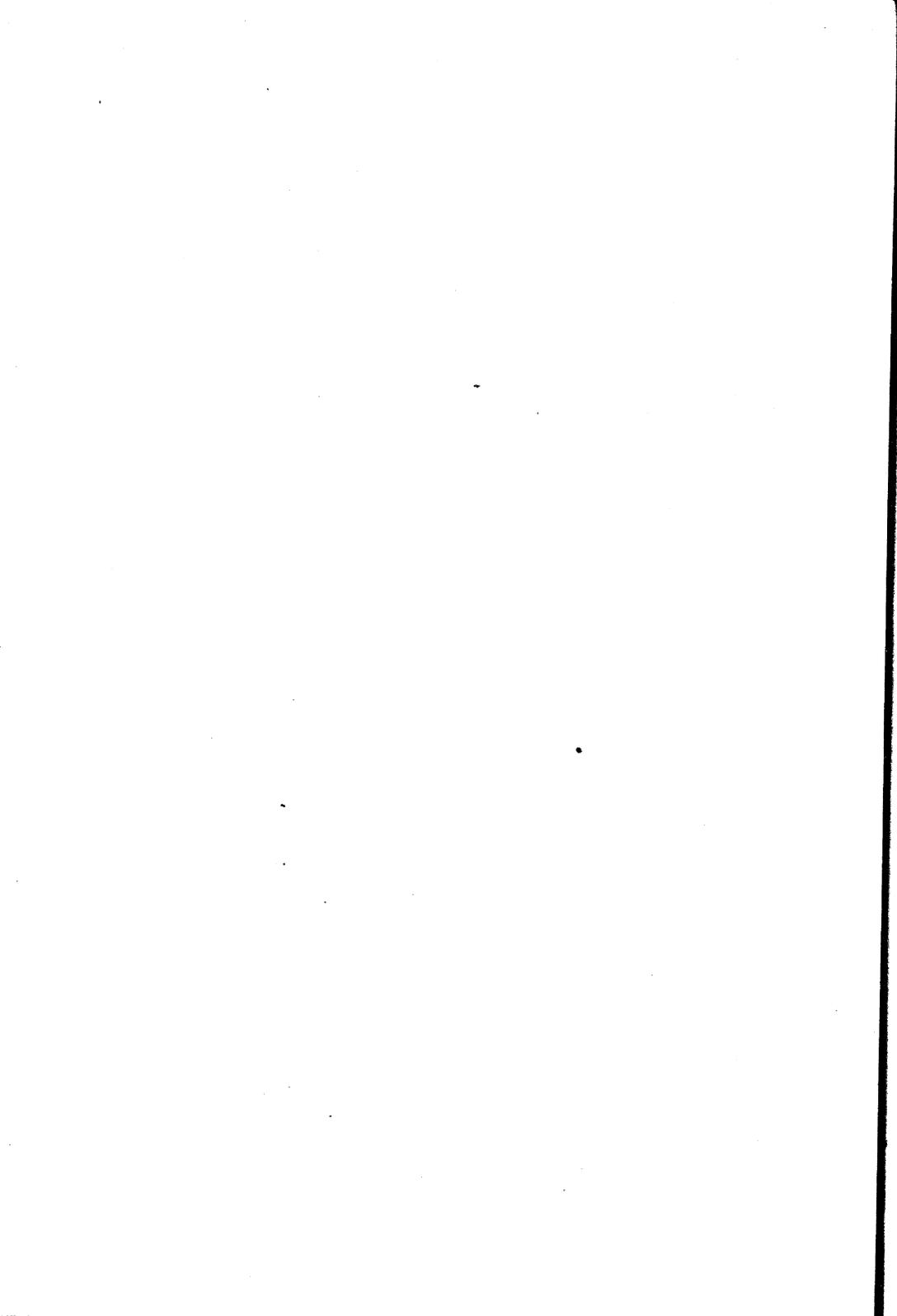
CAUSAS PREDISPONENTES

Son intrínsecas; podemos sintetizarlas en una palabra: el *terreno*; las diátesis, afecciones crónicas, fatigas corporales y traumatismos, organismos debilitados son los favorables como en todas las enfermedades infecciosas, para que eclusione en un momento dado la neumonía; es la

enfermedad intercurrente más frecuente para ocasionar la muerte de enfermos del sistema cerebro-espinal, esclerosis en placas, lateral amiotrófica, etc.

CAUSAS OCASIONALES

Son extrínsecas: el frío, origen de la teoría de la irritación local «*frigus neumoniæ unica causa est*», mantenida mucho tiempo. Los vapores irritantes, el alcoholismo agudo y otros más son las causas que agrupamos en las ocasionales.



PATOGENIA

El agente específico se encuentra normalmente en las vías respiratorias como saprófito y por causas ya mencionadas en el capítulo anterior se exalta su virulencia para hacerse patógeno e introducido en ellas, en momentos favorables para su desarrollo actúa desde el principio como tal; es ésta la forma admitida en general, pero discutida por lo que se llama teoría de la infección por vía pulmonar.

Disminuída la defensa bactericida del pulmón y exaltada la virulencia del microbio se inicia el mal, en su progreso, del lóbulo pasa a la pleura, a los ganglios y a la sangre (septicemia).

Otra teoría empieza por donde esta termina: sería la neumonía una septicemia localizada; varias razones hay en su apoyo, pudiendo mencionar como sugerentes éstas: diplocemia

precoz anterior a la localización pulmonar, con síntomas apreciables; neumonías precedidas de otra localización, neumonías lobares típicas fetales, etc.; para explicación de esta teoría se dan como puertas de entrada las amígdalas (Bezancon) e intestino (Calmette).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La descripción clásica admite estos períodos: congestivo o edematoso hiperhémico; de hepatización; de resolución.

Durante el primero de duración de 48 horas se encuentran en los alveolos un exudado seroso (edema inflamatorio) conteniendo abundantes glóbulos rojos; algunos filamentos de fibrina que van en aumento y los capilares extraordinariamente llenos. El contenido alveolar de aire está muy disminuído; el tejido no crepita entre los dedos, pero aún los pequeños fragmentos sobrenadan en la superficie del agua.

HEPATIZACION — La fibrina ha aumentado mucho, y es una red de malla bastante cerrada; el líquido se condensa en una masa sólida, dándole al pulmón una consistencia de pulpa esplénica. De aspecto rosado al principio. Un examen

microscópico coloreando al carmin muestra la fibrina y los neumococos. El pulmón es voluminoso; el corte con cuchillo de la pieza revela gránulos en forma de pequeñas espirales que revelan los bronquiolos; son moldes bronquiales o de infundibulos o de alveolos. Exuda un líquido rojizo, exprimiéndolo.

Hasta este estado llega el pulmón en una neumonía que evoluciona normalmente; de esta hepatización roja pasa directamente a la resolución, o sigue a la hepatización gris. El corte del pulmón será en este estado de aspecto gris claro con estrias oscuras, habiéndosele denominado «atigrado» por su aspecto; es menos consistente, muy frágil y más voluminoso.

Al abrir el tórax no se retrae el pulmón; muy comprimido contra la pared torácica muestra a veces la impresión de las costillas. Tiene también un aspecto particular cuando es antracócico semejando al aspecto del mármol.

Microscópicamente se ven una enormidad de leucocitos; menos fibrina que en el período anterior y sin forma reticular.

El contenido alveolar aumentando llega a presionar los capilares sub-endoteliales y dificultan la circulación, contribuyendo esta isquemia a dar el color pálido característico de la pieza.

RESOLUCION — Evolucionando a este período el contenido pulmonar se reblandece al extremo de una emulsión; la consistencia del lóbulo es blanda; la superficie del corte muy húmeda y desprende un líquido turbio; por lo demás es más friable que en la hepatización gris.

Ocurre la fluidificación de la fibrina (destrucción molecular) y desaparición de los glóbulos blancos; el exudado se reabsorbe con preferencia por la vía linfática. El epitelio se regenera.

LESIONES DE OTROS ORGANOS

En una neumonía franca las lesiones más frecuentes son del aparato hematopoiético e hígado. El bazo es grande, blando y disfluyente. El hígado congestivo en los primeros días puede empezar o llegar a tener lesiones degenerativas (grasa o infiltración periportal).

Los ganglios de la zona afectada son grandes y los linfáticos tienen aumentado su calibre.

Respecto a la sangre, presenta importantes modificaciones: la coagulación se retarda y adquiere la propiedad de aglutinación.

En sus elementos figurados hay desde lue-

go leucocitosis, con predominancia de polinucleares neutrófilos; esta leucocitosis cae con la crisis, precedida de una elevación que es precrítica y seguida de un descenso brusco en 24 horas; es la crisis hemática. Cuando hay resistencia a ella indica resolución lenta del exudado. En los casos graves hay leucopenia.

Los eosinófilos aparecen unos días antes de la crisis, y aumentan después de ella; hay una eosinofilia post-infecciosa.

Los grandes mononucleares y las formas de transición siguen una progresión paralela a los neutrófilos. Los mielocitos y los mieloblastos se hallan en las formas graves.

Glóbulos rojos: Hay una hipoglobulia precrítica y a veces hay normoblastos y megaloblastos. En el momento de la crisis hay plaquetas abundantemente.

SINTOMATOLOGÍA

Como infección única y primitiva su sintomatología es típica y cíclica; el proceso local domina en la mayor parte de los casos al general, y es hasta cierto punto ésto, una característica de esta infección, si recordamos la tifoidea, por ejemplo, en que el proceso general domina al local.

En una neumonía normal, según Brouardel, en el 25 por ciento de los casos la sintomatología se inicia con los siguientes prodromos: cefalea, epistaxis, insomnios, bronquitis, período que es de dos días de duración.

Generalmente el comienzo es brusco e imprevisto, empezando con un escalofrío cuya duración llega a ser de más de una hora, cefalea y puntada de costado; esta iniciación se acompaña de temperatura.

Así iniciada, continúa con temperatura por

encima de la normal desde pronto, con la puntada de costado que viene así a ser persistente y aparece la tos que en los dos primeros días es seca, y desde entonces húmeda, siendo su expectoración herrumbrosa y de caracteres particulares que los trataré más adelante.

Complemento de la puntada de costado es la disnea con respiración superficial y frecuencia aumentada.

Este cuadro clínico termina a los 7 días favorablemente.

Entremos ahora a estudiar aunque sea someramente cada signo enunciado.

Puntada de costado: Su causa es discutida, suponiéndose pleural por unos o una neumopatía intercostal por otros. Es viva, lancinante, punzativa continua, exagerada por los menores movimientos o esfuerzos respiratorios, obligando al enfermo a la inmovilización.

La observación demuestra ser más fuerte el dolor en los focos neumónicos del lóbulo inferior o medio derecho, y se siente por lo general en el lado enfermo y a la altura del mamelón. Sin embargo, hay muchas excepciones y se acusa en el lado opuesto y a veces en el abdomen, en la fosa ilíaca derecha con los caracteres del dolor apendicular.

Disnea: Con 30 o 40 respiraciones por minuto, respiración superficial, y cuyo origen es la puntada de costado. La sensación subjetiva de cada enfermo la hace variar.

Tos: Es seca al principio, y ésto invariablemente; no la modifica el tratamiento de los expectorantes, según lo revela la observación, y es inútil darlos en este período; quintosa, fatigante, que exacerba los dolores torácicos contribuyendo al malestar del enfermo.

SINTOMAS OBJETIVOS

Reconocidos estos síntomas subjetivos que ya nos encaminan de suyo al diagnóstico, al hacer el examen somático del enfermo, encontraremos por regla general el siguiente cuadro físico:

Facies: Expresa sufrimiento y ansiedad; baten las alas de la nariz, los pómulos rosados, suele haber inyección conjuntival y se ven herpes labiales casi siempre.

Cuello: Se ve una tensión inspiratoria de los músculos externo cleido masteoideo y escalenos; hay ingurgitación venosa en el momento de un ataque de tos.

Tórax: La inspección revela inmovilidad del lado enfermo en distintos grados.

Palpación: Aumento de vibraciones vocales en la región que corresponde a la zona inflamatoria; no hay dolor evidente a la presión.

Percusión: Empieza por darnos una sensación de resistencia de la pared, muy aumentada; los límites del cambio de sonoridad son francos; en los focos centrales es difícil apreciarlos por la percusión. Por lo demás, se nota un skodismo infraclavicular. En la zona enferma hay matitez franca.

Auscultación: Soplo tubario, ral crepitante y ral seco alveolar, simultáneo; el soplo que al principio es inspiratorio luego es de los dos tiempos. Se imita muy bien tapándose los oídos y soplando con la boca abierta.

Síntomas pleurales: Aunque ya constituyen una complicación, por corresponder a la región topográfica del tórax donde pasan los fenómenos descritos, haremos de ellos mención; la puntada de costado se acentúa o mantiene en la pleuritis produciéndose un frote palpable. Produciéndose el derrame fibrinoso, la evolución de la neumonía se modifica mucho, siendo la crisis por lo pronto atípica, y continúa así el proceso pleural meta o paraneumónico.

Aparato circulatorio: Se aprecian 100 pulsaciones en las neumonías medianas y 140 por minuto en las graves; 160 pulsaciones en el mismo tiempo en las muy graves; es igual, regular, rítmico, de mediana tensión, ofreciendo en la neumonía de evolución franca el peligro del colapsus; las miocarditis, endo y pericarditis no corresponden a la presente disertación.

Sangre: Desde luego existe la leucocitosis en un aumento de 20.000 glóbulos blancos, siendo el 80 por ciento neutrófilos y con los demás caracteres ya expuestos anteriormente. Hallaremos casi siempre neumococos en la sangre.

Aparato digestivo: Lengua seca, semeja a la del tifoideo, anorexia y vómito inicial; ictericias ligeras o graves debido al catarro duodenal o dilatación de las venas hepáticas. Hay aumento de tamaño constante del hígado y del bazo.

Riñones y orina: Notamos la albuminuria con frecuencia en mayor o menor cantidad, que desaparece después de la crisis y en algunos casos hallamos cilindros y epitelios de sangre, produciéndose así una nefritis aguda.

La orina del neumónico es de color obscuro, con un sedimento abundante; en su análisis notamos y es detalle de la mayor importancia, retención de cloruros y por lo tanto hay retención

hídrica. La eliminación es de 1 a 1.50 grs. diarios y la toxicidad está disminuída.

Se halla también peptona, debido a las células y exudados pulmonares destruídos y reabsorbidos en la sangre.

Espustos: Son viscosos y adherentes, luego herrumbrosos y amarillo-rojizos, rara vez verdosos. Se eliminan en cantidad de 70 a 80 gramos diarios. El esputo es adherente en la boca donde hay muchas veces que sacarlo con el pañuelo, y en el crachoir; ésto es debido a la mucina. La densidad es de 1014 a 1020, conteniendo albúmina en un 3 por ciento de la masa total, que desaparece en la convalecencia.

Los neumococos se encuentran en cantidad de 2 o 3 por campo en los primeros días, pero cuando la espectoración es franca, se hallan muchos y con los caracteres descriptos en el capítulo correspondiente.

Bezançon y Jong han demostrado por el estudio de los preparados extendidos en laminillas y coloreados, que es un esputo fibrino leucocitario; al lado de las células endoteliales jóvenes de tipo mononuclear, aparecen células pulmonares hinchadas, macrofágicas; más tarde los polinucleares cuyo número aumenta día a día.

Transcurso de la fiebre: Es una curva tér-

mica típica; la elevación de 40° continúa con tendencia a remisiones que se llaman pseudo-crisis hasta el séptimo día; estas pseudo-crisis son a veces intermitentes. La temperatura puede subir hasta 41°, tiene casi siempre relación con la gravedad; los máximos aumentos por lo común se observan en los primeros días.

Sistema nervioso: Hay debilidad, cefalalgia y trastornos psíquicos con relativa frecuencia, que entro a considerar.

Psicopatías: Se observan estos trastornos psíquicos que se deben a la infección o a la autointoxicación especialmente en los alcoholistas; si bien es cierto que éstos por su estado de quimismo inestable y muchas veces en verdadera autointoxicación en que se encuentran, presentan una aptitud especial a delirar, se puede sin embargo afirmar que en la gran mayoría de los casos, la causa real de la psicosis es la infección.

En el período agudo: es frecuente que la neumonía se inicie con delirio brusco, alucinatorio, violento; a veces se declara antes que la neumonía.

En el período de estado: es muy frecuente. Reviste una de las formas más agudas de la confusión mental y en particular del delirio agudo meningítico. Puede afectar también la forma del

delirio agudo alucinatorio, semejante al delirio in tremens, y caracterizados como él, por visiones terroríficas. Es violento, con temblor y agitación; rara vez con estupor.

En el período de convalecencia: aparece casi siempre en el momento de la caída de la curva térmica, de la desfervescencia. Es una particularidad interesante de la neumonía, porque en la mayoría de las enfermedades infecciosas agudas, en este período no hay delirio. Está constituido por una confusión mental aguda, con alucinaciones. Se acompaña de una agitación motriz considerable, seguida a veces de estupor; el insomnio es la regla.

Se le atribuye, o tal vez contribuye, el estado de nutrición y agotamiento a que llega el enfermo en este período, y por otra parte, a que en este período llegan las toxinas a su mayor cantidad. Pero, por lo general, es un delirio transitorio.

Las psicosis de la convalecencia propiamente dicho, que sobrevienen después de un tiempo del período febril, son raras. Tienen los caracteres de la confusión mental, asténica con depresión física y psíquica, sin delirio y sin excitación bien marcada.

TERMINACIÓN DE LA NEUMONIA

La terminación normal es bruscamente y paradójal, viniendo en seguida la sensación de bienestar; la agitación nerviosa desaparece, lo mismo la disnea, la lengua vuelve húmeda y la piel fresca; la crisis va acompañada de hiperfuncionamiento de todos los emuntorios, sudores abundantes, la orina que con una ingestión de 2.500 gramos era eliminada en cantidad de 500 a 1000 gramos, se eleva ésta a 1.500, 2.00 y 2.500 gramos, con aumento de la eliminación de cloruros que llegan a 10 gramos diarios, y una descarga urotóxica que dura 24 a 48 horas.

La crisis hemática se aprecia en 2.000 a 3.000 glóbulos blancos de ascenso que caen en seguida a la normal.

SINTOMAS FISICOS DE LA CRISIS

El soplo es menos neto, nuevos rales que no son tan finos ni secos como los crepitantes, son los rales de retorno (en los dos tiempos respiratorios) para desaparecer finalmente; la matitez va siendo menos y menos neta, y llega a veces a ser de tono timpánico.

Espustos: se vuelven muco-purulentos.

Puede haber una recaída y recidiva; la primera es rara, de duración corta y atenuada. La recidiva es frecuente en un 20 por ciento de los casos.

FORMAS CLÍNICAS DE LA NEUMONIA

La descripción anterior corresponde a la neumonía normal; pero las excepciones son muchas, y en realidad, como digo anteriormente, no hay neumonías, sino neumónicos.

Según Landouzy, tres hechos dominan la historia clínica de la neumonía franca normal: un síndrome físico especial que está en relación con la hepatización de un lóbulo; un síndrome funcional y general que hace reconocer al neumónico antes de haberlo auscultado, y tercero y último, una evolución cíclica cuyas diferentes etapas son: comienzo, período de estado y desfervescencia, y que son marcadas con anticipación. En la asociación de estos tres elementos sintomáticos, que definen clínicamente a la neumonía normal, está el tipo irregular, revestido por cada uno de ellos, lo que crea las anomalías

de la neumonía y define las formas atípicas. Puede pues ser anormal por su:

Síndrome físico: primer grupo.

Por su ciclo: segundo grupo.

Por el conjunto de los signos funcionales y generales que la manifiestan: tercer grupo.

Además, la asociación de la neumonía a otras infecciones, dan a ésta caracteres irregulares.

NEUMONIAS ANORMALES POR SU SINDROME FISICO

NEUMONIA CENTRAL — Tiene todos los signos físicos y funcionales, pero no los de auscultación. La presencia de esputos o presencia de herpes labial pueden ayudar al diagnóstico. Los signos estetoscópicos pueden aparecer mas tarde si la lesión se hace superficial.

NEUMONIA MASIVA — Descripta por Gran-cher se caracteriza por la obstrucción de los bronquios por tapones de fibrina; durante los 2 o 3 primeros días, nada hay anormal, pero comienza luego una disnea extrema; se suprime la expectoración.

Es un estado congestivo del arbol brónquico causado por el neumococo; se presenta la inmo-

vilidad del lado correspondiente torácico, con matitez hídrica, silencio respiratorio, y a veces rales finos y soplos lejanos; además hay egofonia, broncofonia y peptoriloquia áfona. Como vemos, esta sintomatología es semejante a la de una pleuresía y con ella debe hacerse el diagnóstico diferencial.

Los caracteres diferenciales son los siguientes: el límite de matitez en la pleuresía es franco, progresivo en la neumonía masiva; las vibraciones vocales igualmente tienen un límite absoluto en los derrames, no así en la neumonía de Grancher.

La auscultación da un dato importante: el soplo lejano es más neto en el hileo y disminuye hacia la base en los derrames pleurales; en la neumonía masiva es más neto en la base que en el hileo.

Viene más tarde una espectoración característica de congestión en esta última, y por lo demás, si queremos abreviar el examen clínico para nuestro diagnóstico diferencial o afirmarlo, recurriremos a la punción pleural exploradora, en busca de líquido.

Agrego al final una historia clínica diagnosticada de neumonía masiva de observación personal.

NEUMONIA DE VERTICE — Es grave por el peligro del colapso que se observa con frecuencia por una parte y por otra por ser esta localización, la de preferencia en los viejos y en los alcoholistas; la razón, según Peter, de ésto, es la de ser los lóbulos superiores más aptos por su vitalidad inferior y su menor ventilación que el resto del pulmón para ser buen terreno a las infecciones pulmonares; su diagnóstico diferencial debe ser hecho con las lesiones tuberculosas de localización en los vértices.

NEUMONIAS DOBLES — Son relativamente frecuentes, sus caracteres son: declararse en el curso de la primera; según Grisolle no son nunca simultáneas; se descubren por la agravación del estado general, y los signos físicos especialmente, pues los esputos no se modifican ni los signos iniciales se repiten.

NEUMONIAS ANORMALES POR SU CICLO

NEUMONIAS ABORTIVAS — Su duración es de 2 a 6 días, en que hacen crisis; esta evolución dependería del sujeto, terreno o del grado de virulencia del germen; afirma Leube que hay neu-

monías del día. Esta observación, en la práctica, sugiere la idea de emplear agentes terapéuticos que obrasen como el organismo en estos casos, y a este respecto se ha ensayado con más éxito que los medicamentos, las vacunas.

NEUMONIAS PROLONGADAS — Son especialmente a repetición. Se observan caídas de temperatura y fenómenos críticos, para reaparecer luego los signos funcionales y los signos físicos revelan que la lesión reaparece después de una apirexia; duran de 9 hasta 20 días.

NEUMONIAS MIGRATORIAS — Llamada erisipelata flegmonosa de Trousseau, aunque no es c. treptocóccica; desde el quinto día sobreviene una remisión o exacerbación, con producción de un foco vecino alejado del primero. Su evolución dependerá del estado del sujeto en que así se desarrolla.

NEUMONIAS ANORMALES POR SUS SINTOMAS GENERALES

Los signos clásicos con que se manifiesta la neumonía, se ocultan o desaparecen; ofrecen los caracteres en estos casos de la fiebre tifoidea,

de las formas meníngeas o crisis de delirium in tremens.

Esta sintomatología es modificada por el terreno, factor que prima en el cambio. Son organismos predispuestos, usados, tarados, de niños o viejos que «hacen» una neumonía que cesa de ser clínicamente una neumopatía para revestir aspectos muy engañosos.

NEUMONIA MALIGNA — También llamada adinámica, ataxo-adinámica. Es una forma grave anormal que puede ser primitiva, pero más frecuentemente es secundaria. Se hepatisa el pulmón en varios focos a la vez, hay tumefacción grande del bazo, diarrea, ictericia y luego vienen las complicaciones inherentes: pleuresía, pericarditis y endocarditis vegetante; postración. El pronóstico es, como la evolución, particular a cada caso.

NEUMONIA DE TIPO TIFOIDEO — Se caracteriza por la gravedad del estado general, pareciéndose al cuadro de las fiebres tifoideas severas. Los fenómenos generales predominan y hacen aparecer muy secundariamente los síntomas torácicos; falta la iniciación brusca, iniciándose con malestar, cefalalgia, inapetencia completa, etcétera. El escalofrío es poco pronunciado. La

temperatura tarda unos días en llegar a 40°, y el enfermo impresiona como un tífico.

La postración, somnolencia, obnubilación mental, cara pálida o cianótica, lengua seca, con pulginosidades que recubren los dientes o encías; suele haber delirio violento, miembros agitados, temblores generales, todo ésto alternando con períodos de adinamia.

Los fenómenos pulmonares están en segundo plano.

Llama la atención la disnea que llega a ser muy intensa, que obliga a examinar el tórax y se hallan los signos de una neumonía cuya extensión no tiene relación con la gravedad general. La evolución es larga y la terminación es en lisis.

NEUMONIA A FORMA NERVIOSA — Los fenómenos son especialmente en este orden y esenciales las manifestaciones nerviosas. Hemos hablado ya de estos fenómenos.

NEUMONIA DE LOS NIÑOS — Esta neumonía tiene sus particularidades: he presenciado dos casos que me hicieron pensar a priori en apendicitis; puntada abdominal en la fosa iliaca derecha, temperatura y vómitos. No suele haber expectoración por la deglución del esputo.

La forma de vértice, y más en el derecho, es la que predomina; en su ciclo son abortivas o de recaídas.

Existen en mayor número en la segunda y tercera infancia, pero también se observan casos durante la primer infancia.

Tiene los caracteres generales de una neumonía, pero los particulariza las reacciones nerviosas que son muy intensas. Las pulsaciones muy aceleradas. No siempre tienen una invasión brusca, la aparición de los signos físicos tarda en aparecer algunos días; las crisis son muy pronunciadas, llegando a veces al desfallecimiento.

Respecto a las reacciones nerviosas, diré que hay dos formas: la eclámptica, con convulsiones a predominio, y la meníngea, con desfallecimiento, sopor, delirio, vómitos, signo de Kernig, o contractura de la nuca.

El pronóstico no es grave, pero la benignidad está en relación con la edad en la neumonía franca, aunque la evolución es muy arbitraria.

NEUMONIA DE LOS BEBEDORES — Con predominio siempre de los accidentes generales. Fiebre alta, delirio con alucinaciones, semejando al delirio in tremens. Localmente es una neumonía más a menudo de vértice.

NEUMONIA DE LOS ASTENICOS, Y LARVADAS—
Son la antítesis de las precedentes; las reacciones generales y funcionales son muy atenuadas. Revisten siempre gravedad por el terreno en que germinan.

NEUMONIA DE LOS CAQUEECTICOS Y DE LOS DEBILITADOS — Tanto en el cáncer como en los paralíticos generales, parálisis bulbar, pseudo-bulbar, esclerosis lateral amiotrófica, etc., se desarrolla en forma tórpida e insidiosa; la hepaticización gris es el final, aunque la evolución es la regla.

NEUMONIAS CON ESTADOS GASTRICOS; NEUMONIAL BILIOSAS — Es una asociación o afecciones simultáneas de un mismo origen; curadas las primeras, la neumonía sigue su curso con su cuadro propio.

NEUMONIA DE LOS VIEJOS — Es insidiosa, con los signos clásicos poco pronunciados. La facies y la lengua son á veces los únicos signos aparentes.

Es frecuente, dicen algunos autores, encontrar en autopsias de viejos, que han muerto súbitamente, pulmones con focos de hepaticización gris.

NEUMONIA ASOCIADA A OTRAS INFECCIONES

Como complemento entro a tratar este capítulo con las restricciones que por el carácter sinóptico que hago de estos cuadros clínicos y por la dificultad de hacer descripciones clásicas en estas formas, que varían tanto en cada enfermo.

NEUMONIA Y TIFOIDEA — Puede aquella aparecer en cualquier período: comienzo, de estado y declinación.

1°—Neumo-tifus: es rara, de evolución muy distinta; es o neumonía franca típica, que a los 7 días termina y sigue la tifoidea, o puede ir a la par.

2°—Período de estado: empieza después del 7° día de la tifoidea. De desarrollo atenuado y evolución muchas veces fatal.

3°—En el período de declinación: la neumonía ahora o en la convalecencia, es menos grave y su desarrollo es franco, y más claro que en el período anterior.

Estas asociaciones llamadas neumo-tifus son ocasionadas por el neumoco o el bacilo de Eberth.

NEUMONIA EN LA INFLUENZA — La influenza es una de las infecciones que más se asocia a la neumonía; y ésto se observa entre nosotros, especialmente en invierno. Por lo demás, es conocida la epidemia anual de toda la zona templada del país, de influenza de invierno a tipo neumocócico y a forma intestinal, especialmente.

Sea por la septicemia o por la invasión simultánea a las vías respiratorias, la manifestación pulmonar aparece y desarrolla neumonías graves. Su comienzo es insidioso, con astenia, esputos neumónicos con espectoración catarral (bronquitis primitiva). Pulso hipotenso y de formas irregulares y pueden los enfermos fallecer por insuficiencia cardíaca.

La defervescencia es lenta e interrumpe por accesos de fiebre. Sin haber manifestación pulmonar de neumococcia, éstas influencias curan o pueden curar con los específicos para la neumonía. He tenido oportunidad de seguir un caso con Haptinógeno Neumo y desinfección intestinal seguido de desaparición del cuadro gripal y curación.

NEUMONIA EN LA TUBERCULOSIS — Esta última origina un excelente terreno al neumococo; si es en su comienzo la neumonía evoluciona de

una manera regular, pero si las lesiones son extendidas o avanzadas la complicación neumónica es casi siempre fatal.

NEUMONIA EN LOS PALUDICOS — También es una complicación frecuente; en cada acceso hay remisión y agravación de los fenómenos generales y locales. La neumonía es a neumococos.

NEUMONIA Y REUMATISMO — Presenta los caracteres francos de la neumonía y sobreviene en el curso de un reumatismo poliarticular agudo febril; es una neumonía a neumococos.

A veces se observan fluxiones de pecho, fenómenos torácicos, con signos incompletos de neumonía, y alternando con localizaciones articulares; parecen debidos estos fenómenos más bien al agente o causa ocasional del reumatismo.

DIAGNÓSTICO

Cuando el cuadro sintomatológico es típico, el diagnóstico se impone, y dice un autor clásico que «la etiqueta de la neumonía aparece en el enfermo».

Cuando el cuadro es irregular, su diagnóstico ofrece dificultades, y a veces serias; si las manifestaciones torácicas son atenuadas o frustras, si falta la disnea, la puntada de costado, la tos o la espectoración; si dominan los fenómenos generales, fenómenos meníngeos en los niños, accesos de delirio in tremens o furiosos en los bebedores, adinamia o síntomas de colapso en los viejos; la septicemia simulando una tifoidea con el cuadro del abatimiento, postración, boca fuliginosa, diarrea y esplenomegalia, nos veremos en el caso de decidirnos por el diagnóstico después de recurrir al laboratorio.

La neumonía masiva es fácilmente tomada

por una pleuresía sero-fibrinosa, y con ciertas congestiones pulmonares.

En el primer período de ingurgitación, es difícil distinguir una neumonía de una congestión pulmonar aguda primitiva, la enfermedad de Wolliez. La sintomatología es igual, sólo más atenuada en esta última; si hay una pleuresía paraneumónica están ocultos los signos físicos, y no nos permite diagnosticar al principio.

La neumonía y la bronco-neumonía que se asocian tan frecuentemente son complicaciones de la influenza, sarampión, tifoidea, etc.; presentan en tales casos posibilidad de confusión; hay fiebre, soplo y rales; puede ser una neumonía migratriz; la segunda por focos una bronco-neumonía pseudo-lobar. La diferenciación la debemos hacer por todos los otros signos generales.

Asimismo la neumonía de vértice, en los niños y en los viejos, simula una tuberculosis aguda a forma neumónica; en ésta existe la cianosis y la disnea más marcada, sudores más abundantes, adelgazamiento rápido; la aparición de herpes labial y espectoración numular caracteriza la neumonía; sin embargo, se observa la evolución simultánea llamada asociación mixta d'emblée.

En éstos y otros casos más no mencionados,

será el examen bacteriológico que nos ilustrará verdaderamente. La técnica para investigarlo ya la he tratado en el capítulo correspondiente.

Como reactivo biológico, el preferido es la laucha blanca.

El esputo neumónico en el segundo período mata en 36 horas.

Bezançon y Griffon han tratado y propuesto la sero-reacción o reacción de aglutinación (Congreso de Montpellier de 1898).

La técnica es la siguiente: se toman 10 c.c. de suero del enfermo en que se siembran directamente con el neumococo, y se coloca en la estufa a 37° durante 15 horas; retirado el tubo cuando ha vencido este plazo deberemos observar:

1° Que el suero está ligeramente enturbiado.

2° El suero está claro y en el fondo hay un precipitado.

3° El suero está turbio.

Se hace entonces un examen microscópico sacando del tubo una gota de suero o uno de los grumos que pueden haberse formado. Se extiende en el porta, se fija y colorea con azul de metileno; en el primer caso veremos al microscopio los neumococos encapsulados, repartidos

uniformemente en el campo; la reacción es negativa.

En el segundo caso tendremos que el precipitado no es más que un agregado de neumococos y no hay microbios libres.

En el tercer caso se ven montones de diplococos o de cadenitas aisladas, que es el primer tiempo de la aglutinación y que en un grado más avanzado forma el grumo: es la aglutinación total.

Esta sero-reacción no es tan segura como la de la tifoidea y no tiene más valor que de una indicación, pero sirve para descubrir localizaciones extra-pulmonares y despistar más de una fiebre tifoidea.

El índice opsónico está por debajo del normal al principio, lo pasa en la crisis.

PRONÓSTICO

La terminación natural de la neumonía es la curación con «restitutio ad integrum» del lóbulo afectado. Esto, por supuesto, en una neumonía normal y en un terreno favorable. Su gravedad más depende del terreno que de la virulencia del germen, por eso es más benigna en el niño que en el adulto o viejo.

Asimismo, en el embarazo, es más severo el pronóstico que en estado normal.

Los tarados bríhticos, diabéticos, cardiópatas, alcoholistas, etc., sucumben fácilmente de una neumonía.

Para fundar un pronóstico debemos tomar nota, ante todo, de la edad, sexo, profesión y antecedentes, factores que tienen mucha influencia en el desarrollo de la enfermedad. Luego el pulso, que si es lleno, de una frecuencia menor de 120 pulsaciones por minuto y una tempera-

tura de 39° máxima, con reacciones pupilares normales, espectoración fácil, orina suficiente, son signos de buen augurio, no obstante el dolor, tos y delirio. La disociación entre el pulso y la temperatura y la respiración entrecortada, son signos de mal pronóstico.

Deberemos vigilar el miocardio, pues la causa más frecuente de la muerte es la insuficiencia cardíaca en estos casos.

La fórmula leucocitaria es un excelente elemento de pronóstico; si hay crisis febril y no leucocitócica habrá complicaciones.

La hiperfibrinosis que es un proceso defensivo de la naturaleza «natura medicatrix» significa que el enfermo se defiende bien. El empirismo antiguo juzgaba por el espesor de la corteza que daba el coágulo a la sangría.

La aglutinación fuerte precoz es un signo de pronóstico favorable.

En suma, y creo que es lo más importante para pronosticar: *«los elementos para ello serán buscados en el análisis minucioso del enfermo y no en el estudio detallado de la enfermedad».*

TRATAMIENTOS

La neumonía, enfermedad cíclica en su duración, evoluciona por sí sola cuando es normal, y el rol del médico es más bien de espectación, por cuanto el tratamiento es sintomático y no se ataca al mal en sí mismo que por sí solo termina en la curación, la resolución en este caso.

En las campañas de nuestras provincias en ausencia de médicos las «pulmonías» se curan empíricamente y buen número de ellas llegan a la curación, por la evolución de la enfermedad, por una parte, pues deben ser ellas neumonías normales, y por el organismo casi siempre vigoroso de nuestros paisanos, terreno de suyo poco propicio al desarrollo del germen. En las provincias Andinas se emplea el cocimiento de hígado de chiñe y la infusión de jarilla, planta silvestre de terreno montañoso que tiene su acción benéfica debido tal vez a sus propiedades diaforé-

ticas; no he hecho experimentaciones con el primero de los «medicamentos» enunciados por falta de oportunidad, pero sé que se ha observado una hiperleucocitosis en los sujetos sometidos a ellas que así han llegado a los hospitales, a lo cual creo que le deberá la acción que le ha dado arraigo en el empirismo de las poblaciones de las regiones antedichas.

Por lo demás el tratamiento mundial ha sido desde muy antiguo sintomático, y recién en estos últimos años hemos entrado en la era de los tratamientos específicos con el objeto de suplantar al organismo en la curación de la enfermedad y hacer con la neumonía verdadera medicina y no empirismo. El ideal sería el medicamento abortivo, de lo cual ya se ha obtenido mucho con la vacunoterapia.

Voy a enumerar y a considerar aunque someramente los tratamientos que estuvieron en boga, los que están hoy y los que han de ser mañana los tratamientos usados.

SANGRIA

Se indicó mucho en el siglo pasado y en la medicina antigua, y aún se usa aunque con reservas.

Estaba indicada siempre en estos tres casos: 1° disnea intensa y temperatura elevada; 2° desórdenes mecánicos de la circulación pulmonar; 3° fenómenos en extasis encefálico.

Peter la indicó cuando la fiebre era inflamatoria y vehemente.

TARTARO ENTIBIADO

Compuesto antimonial soluble, dándose 0,30 a 0,40 cgrs.; el primer día produce vómitos y diarrea, que cesan al segundo y tercero (tolerancia establecida).

Después actúa como revulsivo por irritación de la mucosa gastro intestinal y descongestiva por la diarrea.

Trae una depresión cardíaca, ocasiona la diarrea estibiada, y hay peligro del colapso; además tarda en actuar.

KERMES

Es un oxisulfuro de antimonio; la dosis es de 0,05 en 70 grs. de infusión de hojas de naranja y 15 grs. de agua de azahar, se da seis

veces al día hasta 0,30 grs. Acción semejante a la del tártaro estibiado.

ALCOHOL

Es este tratamiento usado desde muy antiguo; a Todd se le debe su gran boga durante mucho tiempo.

Este autor lo indicaba con el propósito de sostener el organismo y estimular el sistema nervioso para mejorar su defensa.

Todd llegó a prescribirlo como alimento y daba en 24 horas 24 a 43 onzas de alcohol (una onza equivale a 28 gramos).

En esta forma, decía, el enfermo transpira abundantemente, actúa contra toda influenza de naturaleza depresiva y sostiene las fuerzas del enfermo; agregaba a ésta alimentación de beefsteack y leche y seis dracmas de acetato de amonio al día. En su criterio *es necesario dar al organismo una cierta suma de fuerzas y de resistencia para ayudar a restablecer una flegmasia.*

Buvier que también ha estudiado la influencia de la medicación alcohólica, sostiene: el alcohol en pequeñas dosis baja la temperatura,

mientras el pulso se acelera, pero el efecto es poco durable.

Fuertes dosis hacen bajar varios grados de temperatura y el pulso es frecuente y lleno.

El alcohol baja la temperatura elevada, pero administrado en forma continua y moderada.

Estas conclusiones no son aceptadas universalmente.

En resumen: la medicación alcohólica conviene cuando hay adinamia o ataxia con o sin hipertermia (neumonía de los viejos, alcoholistas y neumonías secundarias).

El modo de administrarlo influye mucho en su efecto; debe ser fraccionado en media hora, una hora o dos horas, según el estado del enfermo, edad, hábitos y sexo.

DIJITAL

Otra medicina de uso corriente en las neumonías es el digital y de mucho tiempo.

Actúa especialmente como tónico cardíaco y diurético; y a este respecto es de la mayor importancia, pues los neumónicos mueren por insuficiencia cardíaca, ante todo, y éste es el mejor agente medicamentoso del miocardio.

A dosis elevadas un gramo de polvo de hojas de digital en 100 grs .de agua y 50 de jarabe.

Se administra también como tintura o digitalina, dándose 20 gotas el primer día, 10 el segundo y 5 el tercero.

En píldoras podemos darlo 0,01 cgr. con 0,10 de kermes, en número de 10 a 30 al día. Existen, por lo demás, como sabemos, muchas fórmulas para suministrar la digital o sucedáneos.

Se observa que al tercer día el pulso es menos frecuente, llega a 60 por minuto, más fuerte y más lleno; modera la fiebre, atenúa el peligro de la hipertermia, sostiene el corazón y se opone al colapsus.

SULFATO DE QUININA

Es antipirético y de acción tónica; actúa tal vez por fijarse en los glóbulos rojos; éstos absorben menos oxígeno y se produce menos CO², retardándose así las transformaciones nutritivas y disminuye la fiebre; o por su influencia sobre los centros nerviosos; además refuerza y disminuye los latidos cardíacos por acción directa.

Aunque esta substancia tiene una reconocida acción sobre los organismos inferiores y proto-

zoarios (hematozoarios y bacterios Pfeifer), no se ha llegado a ninguna conclusión sobre la acción específica sobre el neumococo. Por eso es más posible que su acción benéfica en la neumonía sea por las causas antedichas.

IPECA

Como medicamento en la neumonía, tiene efecto por su acción en las secreciones bronquiales que las determina abundante y más fáciles; muy eficaz en las neumonías biliosas e igualmente cuando los bronquios se llenan de moldes fibrinosos o de mucosidades.

Se da en dosis fraccionadas hasta 1,50 grs. diarios o en infusión de raíz de ipeca 1:250, hasta 4 cucharadas diarias.

REVULSIVOS

Las ventosas, ante todo; en cantidad suficiente y repetidas aminoran en cierta medida los fenómenos congestivos.

Tienen la ventaja indiscutible de poder ser

empleadas en todas circunstancias y de reconocer ninguna contraindicación.

Ventosas escarificadas — Actúan por la revulsión y la sangría local, especialmente por esta última; son de acción pues depresiva y revulsiva, disminuyendo el dolor, disnea y los fenómenos congestivos.

La esencia de trementina, tintura de yodo, el martillo de Mayor, etc., son revulsivos empleados igualmente, pero no de muy intensa acción.

Son éstos los agentes terapéuticos que enumero entre otros muchos que hay y que se emplean en el tratamiento expectante.

Ninguno de ellos tiene una acción específica en absoluto, pero sí son de mucho valor relativo: Ayudan al organismo en su defensa, actúan sobre órganos determinados, contribuyendo así a la feliz evolución de la enfermedad.

El tártaro estibiado y kermes como todos los eméticos están abandonados por completo.

Así pues, el tratamiento expectante se podría sintetizar en esta forma: cuidar el órgano más débil ante todo: rízon, corazón, actuando con la digital. Combatir el dolor y la disnea con

los revulsivos enunciados o con los medios que más nos satisfagan.

En los pletóricos se deben hacer sangrías.

Iniciada la espectoración ayudarla con la ipeca o el acetato de amonio.

Tonificar el organismo, mantenerlo con alimentación lácteo-vegetariana, provocar la diuresis y el funcionamiento de todos los emuntorios e intestino; combatir la fiebre con los recursos enunciados.

ENVOLTURAS FRIAS

Antes de hablar de los tratamientos específicos voy a hacer mención de este procedimiento curativo, ensayado y aconsejado por muchos autores, que obra por sí solo en diversos sistemas del organismo supliendo en forma casi completa la medicación sintomática.

Leonce Vallepellet la indica en la neumonía de los viejos como el mejor tratamiento; Oscar Wiff en 1878 y Brand en 1883 y más tarde Comby en 1893 la han consagrado.

Es grave ante todo la afección en los viejos, y hasta su fin natural, el peligro reside en el corazón y en el sistema nervioso.

Técnica — Una cubierta de lana o una sábana mojada, se envuelve al cuerpo hasta la cabeza; se deja hasta que la reacción se establezca: 40 a 60 minutos. Se prueba una sensación desagradable, chusco, castaño de dientes, viene luego la reacción que conviene ayudar con tónicos; se inicia la transpiración llegando el sudor a inundar la frente (plena reacción). Entonces se retira el trapo mojado y se mantiene el lecho caliente; se usa según los casos una a tres envolturas al día.

Acción — Primero vaso-constricción periférica, luego vaso dilatación con diapédesis y fagocitosis.

En la respiración: disminuye la disnea y el dolor y aumenta la secreción bronquial.

Funciones secretoras: se aumentan en especial la sudorípara y la urinaria.

Sistema nervioso: aquí está su principal acción; a 15° es estimulante, despierta, dice Vallepellet, el sistema nervioso. Viene en seguida el rol sedativo; se equilibra el calor del cuerpo con el del trapo y prolongase el efecto sedativo.

Sobre la temperatura: actúa primero por acción circulatoria y en segundo tiempo y especialmente por acción nerviosa.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

VACUNAS

Las vacunas por principio excitan el organismo infectado a un poder inmunizante del de los tejidos sanos.

Sobre el método de la vacuna curativa de la neumonía se está en plena experimentación en los actuales momentos.

Algunos ya han sido consagrados como eficaces por sus autores, y entre éstos menciono el haptinógeno neumo del doctor Méndez.

En el Brasil, el doctor Martins ha hecho profundos estudios al respecto; toma el germen de la porción hepatizada del pulmón, puncionando con la aguja que esté en una jeringa que contenga 1/4 de c.c. de caldo esterilizado o de la sangre, en una vena del pliegue del codo 10 c.c. en una jeringa que tiene una solución de citrato de sodio al 2 por ciento o de los esputos. Hace las culturas por los métodos conocidos y del cultivo raspa con una lista de vidrio esterilizada, lo cual emulsiona en solución salina al 0,1 por ciento. Luego los esteriliza sin destruir las propiedades opsonicas, sea por el ácido carbólico, el baño

de maría a 53°, se deja enfriar lentamente y se agrega creosol al 0,3 por ciento. En esta forma los coloca en ampollas.

Su experiencia, la cual he leído, presentando muchas historias clínicas, es favorable.

La imposibilidad por mi parte de hacer esta preparación me ha impedido usarla para presentar en este trabajo el resultado personal.

HAPTINOGENO NEUMO MENDEZ

Basada su preparación en la teoría de la inmunidad del autor me limito a intercalar ésta y presentar más adelante algunos casos clínicos seguidos con este tratamiento personalmente.

PROCESO COMPLETO

1ª faz 2ª faz

Antígeno	Fagocitosis o bacteriolisis	Haptinas	Haptinas y Lysinas	Tejidos (órganos)	Enfer- medad	Curación y Antitoxina
----------	-----------------------------------	----------	--------------------------	----------------------	-----------------	-----------------------------

ALCANFOR

Es una esencia concreta extraída del «cinnamomum camphora» (Laurináceas), masa blan-

ca cristalizada, olor sui generis, sabor amargo.

Poco soluble en agua, muy soluble en alcohol y éter.

Se absorbe por la piel y las mucosas; se elimina por la piel, los pulmones y en parte por la orina (transformada).

Acción fisiológica — A pequeñas dosis da una sensación de frescos y a mayores de quemadura; su ingestión provoca meteorismo, náuseas, vómitos y diarrea. A dosis de 0,10 a 0,20 mgrs. es excitante general y cardiotónico con excitación del sistema nervioso y del sentido genésico.

Pirogoff le atribuye acción vasodilatadora abdominal, leucocitosis y excitación de las secreciones bronquiales.

Acción bactericida — Se le da al alcanfor una acción específica sobre el neumococo y a este respecto puedo mencionar la experiencia de Websh, el que inocula en la vena auricular de un conejo una cultura virulenta de este microbio y muere a las 36 horas; repite en otro conejo la experiencia y le inyecta al mismo tiempo 1 c.c. de aceite alcanforado, observando que muere a los 3 días.

Haciendo experimentaciones clínicas puedo

citar como autorizada la de Seibert, el que en una enferma de tifoidea complicada de neumonía, con neumococos en los esputos y con un estado general muy grave, inyecta 12 c.c. al 20 por ciento, lo que repite al cabo de algunas horas. Al día siguiente empieza la desaparición gradual de todos los fenómenos mórbidos.

Se ha ensayado e indicado el suero alcanforado que según Ehrlich es una esterilización masiva inyectando 24 horas después del escalofrío inicial.

La dosis que indica es de 2 grs. en 1.000 grs. de suero fisiológico. La descripción clásica atribuye una modificación visible del estado general, descenso de temperatura y disminución de la disnea, puntada de costado, modificase la espectoración y hay mejoría del enfermo.

Personalmente; traté a un neumónico con este preparado; hube de agregar 1 c.c. de éter para disolver el alcanfor en el suero fisiológico con un éxito muy relativo.

No he tenido ocasión de ensayarlo una segunda vez.

Con el alcanfor en forma de aceite alcanforado a dosis masivas he tratado varios casos, de los cuales adjunto algunas historias clínicas y el resultado ha sido siempre satisfactorio.

ELECTRARGOL

Es plata coloide eléctrica. Finísimo polvo mantenido en suspensión en el agua; debe ser una solución isotónica.

Esta solución coloidal es de mucho poder microbicida y refuerza la formación de glóbulos blancos.

Según Créde la plata coloidal en contacto con los humores del organismo produce un ácido lacto argéntico, dotado de gran poder antiséptico y atribuye a dicho ácido su acción medicamentosa. Otros experimentadores le atribuyen su acción a la hiperleucocitosis antedicha.

No ejerce una acción específica sobre el neumococo.

OTRAS SUBSTANCIAS QUIMICAS

Se ha preconizado como específica la optoquina que ha tenido poca experimentación entre nosotros por haberse suprimido el envío de este medicamento que es alemán por las causas conocidas en sus primeros ensayos.

Es un derivado de la quinina (etil hidro cu-

preina) extraído de la corteza de la planta *Remigia Cuprea*.

Se da en sellos hasta 1,50 gramo diario en adulto.

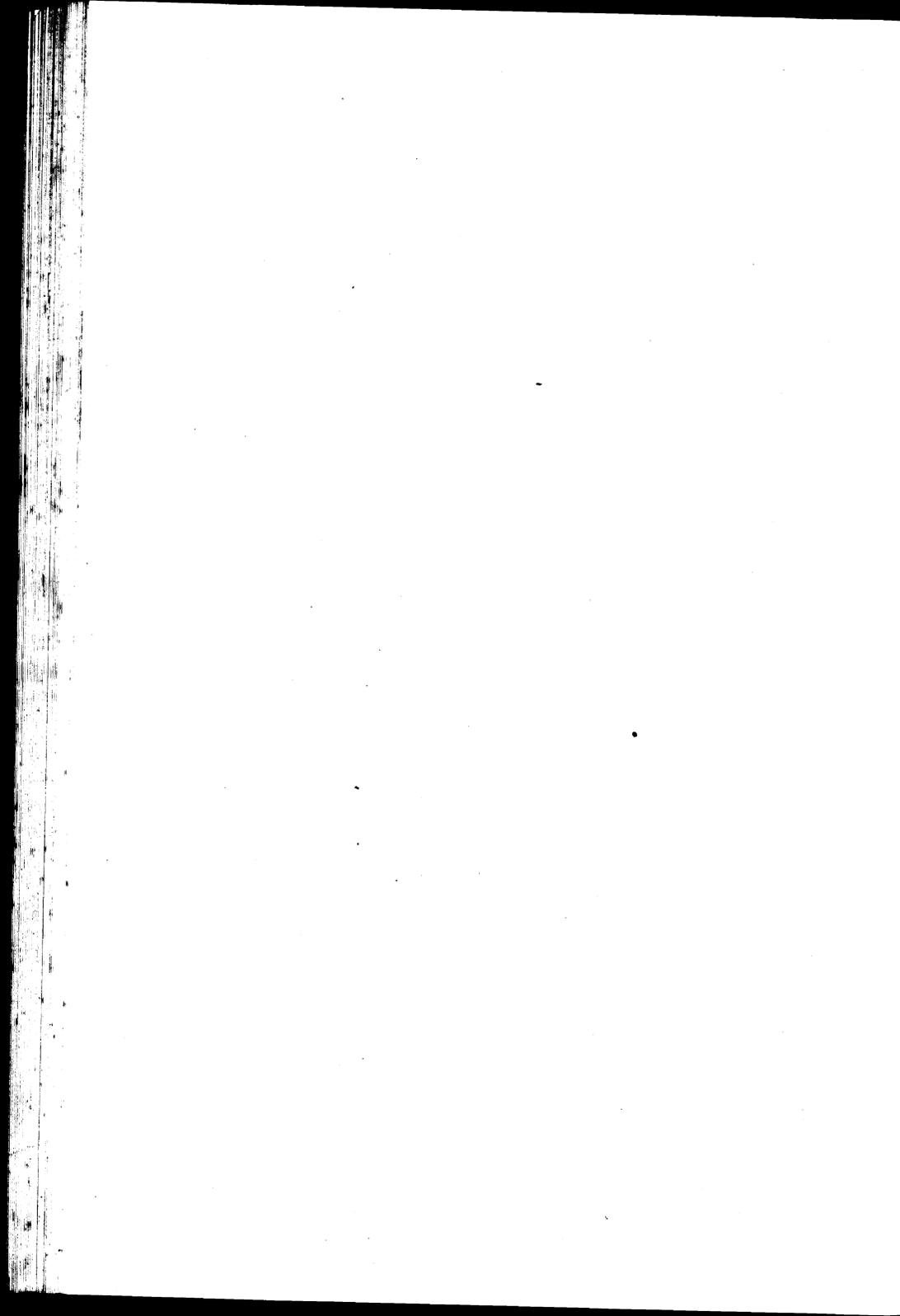
En esta capital hubieron varios éxitos en el tratamiento de las úlceras de la córnea a neumococos por la optoquina.

SOZOYODOL

Esta sal en dosis de 25 miligramos en 1 c.c. de agua destilada, inyectada de 3 c.c. a 5 c.c., tiene efectos positivos; he experimentado en un niño de 10 años, observándose al día siguiente un evidente reblandecimiento del foco hepaticizado. Forma parte del preparado suero Navarro que tiene una buena estadística a su favor.

Según este autor, obra su medicamento como impulsor del poder fagocitario y da una ionización al plasma sanguíneo activando el poder secretor celular (bactericida).

OBSERVACIONES CLÍNICAS



Las historias que agregó a este trabajo, todas de observación personal seguidas desde su ingreso al hospital, desde su diagnóstico hecho y tratamiento impuesto por el jefe del servicio unos, y desde el diagnóstico y tratamiento personal en otros, tienen sólo el valor de mostrar la eficacia indiscutible de los distintos tratamientos usados, porque los casos expuestos, son rigurosamente exactos. En ellas vemos que los medicamentos usados que son tan distintos en su naturaleza y en el modo de actuar, consiguen el mismo resultado: la evolución rápida hacia la curación.

La penúltima historia en la que hay deceso de la enferma, expone que se usaron diversos de los tratamientos indicados por separados y combinados, fuera del sintomático, sin conseguir evitar las complicaciones inmediatas ni desgraciadamente la muerte de la enferma; esta historia que deja tanta experiencia como todas las otras, hácenme llegar a las conclusiones que expongo al final.

Expongo además una historia clínica de esplenoneumonía, variedad de la que he hablado anteriormente, y que no tiene más valor que el de la poca frecuencia con que ocurre en relación a las otras formas.

OBSERVACION I (1)

Hospital Durand. — Servicio del doctor M. R. Castex. — Sala V. — Cama 23.

Dolores V. de V., 33 años, argentina, casada, cocinera.

Entrada 13 agosto 1916; salida 27 agosto 1916.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Envolturas frías.

Antecedentes hereditarios — Ignora si sus padres viven, lo mismo que sus hermanos.

Antecedentes personales — Viruela y escarlatina en la infancia. Regló a los 11 años, irregular en su aparición, escasas en cantidad, muy dolorosas, de 5 días de duración.

(1) Agradezco debidamente al Dr. Mariano R. Castex la deferencia de haberme cedido algunas historias clínicas de su servicio.

Se casó hace 6 años; aún no ha tenido familia, niega haber tenido abortos. Su esposo dice que es sano.

Enfermedad actual — Desde el día 8 del corriente, encontrándose muy resfriada, se sintió atacada de una fuerte puntada de costado derecho, dolor tan agudo que no la dejaba respirar. Desde ese día continúa con temperaturas altas, cefalea, expectoración herrumbrosa. A todos estos fenómenos han precedido crisis gástricas y varios chuchos de frío.

Estado actual — Mujer de buena estatura, esqueleto y musculatura bien conformada, de piel pigmentada, en un mediocre estado de nutrición, con una cicatriz no adherente situada a través de dedo debajo del codo.

Cráneo: Dolicocefalo, con cuero cabelludo sano, -cabellos largos negros, abundantes.

Facies: Demacrada, cianosis intensa en la nariz y mejillas. Sensibilidad y motilidad normal.

Ojos: Pupilas iguales redondas, excéntricas, reaccionan bien. Motilidad ocular normal.

Boca: Labios cianóticos, dientes en mal estado de conservación, lengua saburral seca, sin temblor ni atrofia; paladar normal, velo movable, fauces rojas.

Cuello: Cilíndrico, con ingurgitación venosa, sin estruma, con tiraje supra-external; no hay ganglios.

Tórax: Asimétrico, más prominente el hemitórax derecho. Excursión respiratoria mayor del lado derecho. Tipo respiratorio costal, ritmo normal.

Glándulas mamarias voluminosas y péndulas. Columna vertebral con ligera escoliosis.

Pulmones: Izquierdo (por detrás), a la palpación se notan disminuidas las vibraciones vocales en la mitad inferior. Percusión: sonoridad conservada y disminuída en la base. Auscultación: respiración vesicular ruda.

Pulmón derecho: las vibraciones se perciben aumentadas en la fosa supra esternal, disminuídas en la región escapular y abolidas abajo. Percusión: sonoridad skódica en la fosa supra espinosa, submatitez en el resto. Auscultación: respiración vesicular en la fosa supra espinosa; doble soplo tubario en la región escapular con frotos pleurales y silencio respiratorio por debajo. Hay egofonia en la zona de matitez. En la región escapular pectoriloquia afona.

Región lateral izquierda: palpación, percusión y auscultación normales.

Lateral derecha: palpación: vibraciones vo-

cales abolidas. Percusión: matitez hídrica. Auscultación: respiración vesicular en el tercio superior, soplo suave expiratorio; en los dos tercios inferiores hay egofonia y pectoriloquia afona.

Por delante. Pulmón izquierdo: palpación, percusión y auscultación normales.

Pulmón derecho: Palpación: vibraciones disminuídas; percusión: sonoridad skodica hasta la cuarta costilla, matitez por debajo. Auscultación: respiración soplante.

Tos húmeda, con expectoración aereada, herrumbrosa, poco abundante.

Corazón: La punta late en el quinto espacio intercostal izquierdo. D.T. = 14 cmts., D.D. = 3 cmts. D.I. = 11 cs. D.A. = 4 1/2 cs. Tonos limpios.

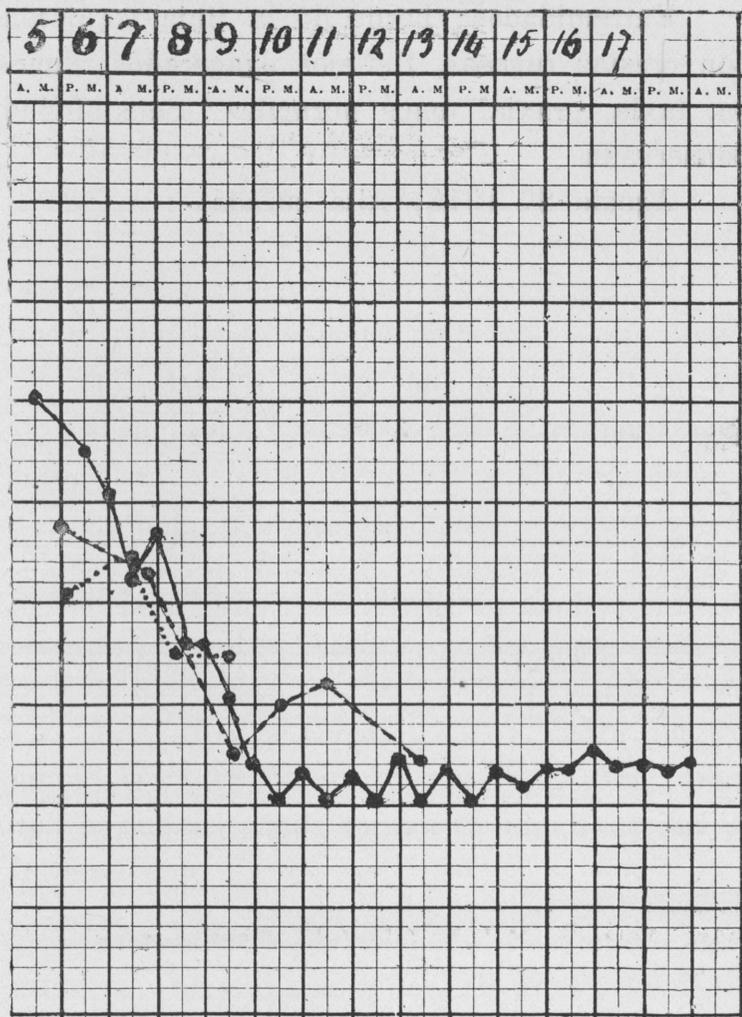
Pulso: Regular, igual, poco tenso, poco amplio.

Abdomen: Globuloso, prominente en la mitad inferior. En el hipogastrio y fosa ilíaca derecha se palpa un tumor resistente blando, movable, que parece corresponder a un útero gravídico de 6 meses.

Hígado: Borde superior en la cuarta costilla; borde inferior en la octava costilla. D.V. en la línea mamilar de 11 cs.

Bazo: No se palpa, se percute aumentado.

Riñones: No se palpan.



Peso. — Día 15: 55 kilos.
Espustos. — Koch — Neumococos +.
Deyecciones. — 3, 1, 1, 0, 0, 0, 2, 1, 0, 2, 2.
Orina. — Albúmina: vestigio₃; Glucosa: — Densidad: 1027; Reac-
 ción. Pus: +
Dieta. — Lacto - vegetariana.
Tratamiento. — Días 5, 6, 7: envolturas frías 32 c.e. de aceite
 alcanforado; día 10: 5 c.e. de aceite alcanforado; días subsiguientes:
 espectorantes, aceite ricino, enemas.

Extremidades: borde de la tibia izquierda con crestas rugosas. Reflejos exagerados. Fuerza, taxia, praxia, tonos normales. Sensibilidad conservada.

Agosto 27 1916: Alta curada.

OBSERVACION II

Hospital Provincial (Mendoza). — Sala VI.
Francisco V., 39 años, soitero, italiano, agricultor.

Entrada: octubre 14 1917.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Aceite alcanforado.

Antecedentes hereditarios — Padre muerto, ignora la causa; la madre vive y es sana; tiene dos hermanos sanos también; uno fallecido de traumatismo.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia; blenorragia a los 19 años; tuvo varias veces influenza y repetidas veces fenómenos gastrointestinales.

Enfermedad actual — Hace tres días que sintió un fuerte chuco; y luego puntada en la

región torácica derecha; se siente febril y prostrado; así ha persistido su estado hasta el día de su ingreso.

Estado actual — Sujeto bien constituido, esqueleto y musculatura desarrollados. Piel sana, sistema piloso abundante, regular proporción de tejido celular.

Facies: Expresiva, pómulos rosados.

Boca: Con herpes labial, lengua seca, saburral.

Cuello: Largo; eretismo arterial.

Tórax: Hemitórax izquierdo más amplio en la excursión respiratoria; frecuencia aumentada; respiración disneica.

Pulmones: Por detrás, derecho: palpación, vibraciones vocales exageradas en el tercio medio, región póstero-lateral. Percusión: sonoridad pulmonar en el tercio superior; zona mate en el tercio medio, parte lateral, se sigue con matitez hepática. Auscultación: respiración ruda en el vértice, tubaria en la parte media, rales medianos inspiratorios.

Pulmón izquierdo: Palpación: vibraciones conservadas. Percusión: sonoridad submate en la base, normal en el resto. Auscultación: murmullo

Corazón: Tonos normales, acentuación del segundo tiempo en el foco pulmonar, matitez normal.

Pulso: 100 pulsaciones por minuto, tensión mediana, ritmo normal.

Abdomen: Contractura de la pared abdominal; hiperestesia cutánea.

Hígado: Doloroso a la presión. D.V. = 11 cs. en la línea mamilar.

Bazo: Aumentado de tamaño, se palpa y es doloroso a la palpación.

Riñones: No se palpan.

Organos genitales: Sin anormalidades.

Extremidades: Reflejos, sensibilidad y motilidad normal.

Octubre 23: Los signos físicos de la neumonía han aumentado y la temperatura y estado general agravado.

Noviembre 6: Alta curado.

OBSERVACION III

Hospital Durand. — Servicio del doctor M.
R. Castex. — Sala VI. Cama 2.

Salim T., 21 años, árabe, soltero, peón.

Diagnóstico — Neumonía.

Entrada: julio 13 1916; salida: 20 julio
1916; estado al salir: sano:

Tratamiento — Aceite alcanforado.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — El enfermo no
recuerda haber tenido antes otra enfermedad.

Desde hace tiempo tiene fatiga. Regular fu-
mador, buen bebedor.

Enfermedad actual — Comenzó hace seis
días con chucho, fiebre alta, diarrea intensa, ce-
falalgia, dolores en la cintura y en el hemitórax

izquierdo con tos abundante, y expectoración herrumbrosa; desde entonces tiene inapetencia y constipación.

Estado actual — Sujeto de débil constitución, de mediana estatura, en mal estado de nutrición, de esqueleto y musculatura bien conformados; sistema piloso bien desarrollado; piel sana pigmentada.

Cráneo: Mesocéfalo, con cabellos poco abundantes, algo asimétrico.

Cara: Facies, motilidad y sensibilidad normal. Cianosis de los labios, mejillas y orejas.

Ojos: Pupilas iguales, regulares; reflejos pupilares normales, motilidad ocular buena.

Nariz: Ligero ateo nasal; olfacción conservada.

Oídos: Normales.

Boca: Lengua saburral, seca, dientes mal conservados, velo del paladar movable. Paladar normal, fauces rojas secas.

Cuello: Cilíndrico, delgado, con micropoliadenopatía sin ingurgitación venosa ni estruma.

Tórax: Ectasia asimétrica $D < I$. Respiración tipo costal, frecuencia aumentada, ritmo normal. Hay tiraje supra-clavicular y supra-esternal.

Pulmones: Por detrás: el derecho a la pal-

pación hay vibraciones vocales aumentadas. A la percusión, sonoridad normal, base movable.

Pulmón izquierdo, por detrás: en el tercio superior hay vibraciones vocales aumentadas; en el tercio inferior conservadas. Percusión: submatitez timpánica desde la espina a la punta del omoplató y de la columna hasta la axila. En los dos tercios superiores hay sonoridad aumentada.

Auscultación: Pulmón derecho: murmullo vesicular con expiración prolongada con gran cantidad de roncus y sibilancias; rales bronquiales medianos y finos más abundantes en la mitad inferior.

Pulmón izquierdo: En el tercio superior, murmullo vesicular, con sibilancias, muchos rales finos y frotés pleurales.

En el tercio medio doble soplo tubario intenso con abundantes rales crepitantes y frotés. En el tercio inferior respiración vesicular con expiración prolongada. Sibilancias, roncus y frotés.

Pulmones por delante: Derecho: vibraciones vocales conservadas, percusión: fosa supra claviclar con ligera submatitez; el resto sonoridad exagerada.

Auscultación: Murmullo vesicular con gran cantidad de roncus y silbidos; pocos rales húmedos y rales bronquiales medianos y finos.

Pulmón izquierdo: Vibraciones vocales conservadas en el medio superior, sonoridad exagerada; en el medio inferior submatitez timpánica.

Auscultación: Murmullo vesicular rudo con expiración prolongada y soplante; roncus y sibilancias; pocos rales medianos y finos.

Partes laterales: Vibraciones vocales conservadas, sonoridad un poco submate en el vértice.

Auscultación: Pulmón derecho: murmullo vesicular rudo con expiración prolongada; silbidos y roncus.

Pulmón izquierdo: murmullo vesicular muy rudo con expiración casi tubaria con gran cantidad de rales crepitantes, escasos frotos pleurales. Espacio de Traube libre.

Tos húmeda, intensa, abundante, espectoración herrumbrosa.

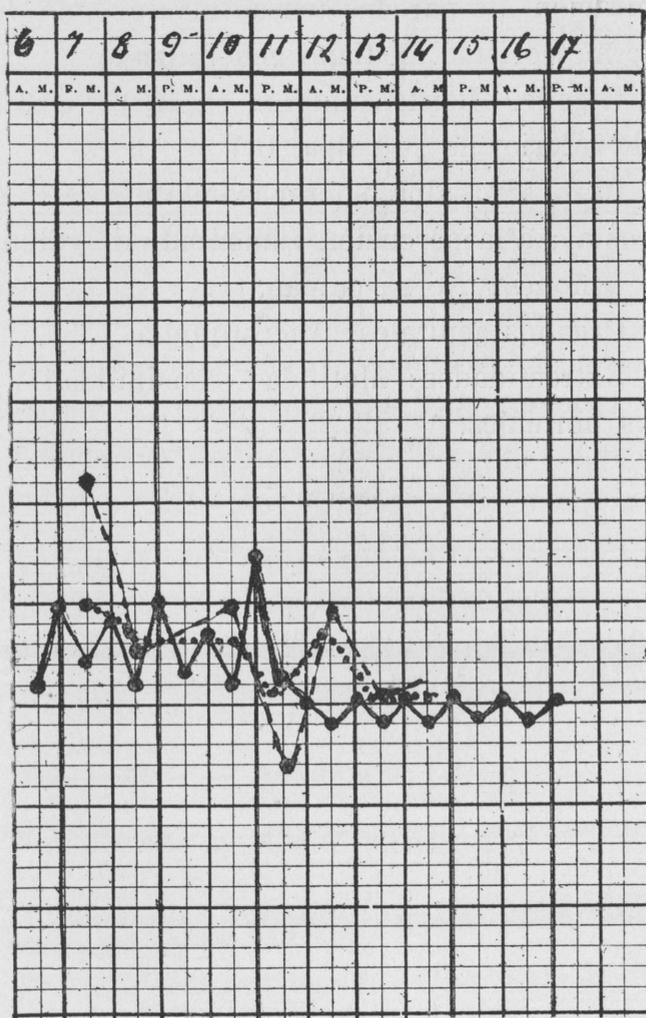
Corazón: La punta late en el 5° espacio intercostal. Matitez DT = 13 cs. (DD = 4 — DI = 9) DA = 4 1/2 c.

Tonos limpios.

Pulso regular, igual, amplio, tenso, de frecuencia aumentada.

Vasos periféricos: Normales.

Abdomen: Algo deprimido, movable con la



Peso. — Día 21: 44 kilos.

Espustos. — Koch — neumococos +

Deyecciones. — 0, 0, 1, 1, 2, 3, 1, 1, 2, 0, 1.

Orina. — 200, 1700, 1300, 1400, 1500, 1700, 1800.

Dieta. — Láctea.

Tratamiento. — Día 6.º: aceite alcanforado 12 cc.; día 8: 20 cc. de aceite alcanforado, tónicos, y espectorante.

respiración, de paredes tensas más al lado derecho; meteorismo mediano generalizado.

Hígado: Borde superior en la 6ª costilla; borde inferior no se palpa. D.V. = 13 cs.

Bazo: Se palpa, sobrepasando algo el reborde costal; a la percusión aumentado de volumen.

Riñones: No se palpan.

Organos genitales: Microrquidia.

Extremidades: Motilidad, sensibilidad y reflejos normales.

OBSERVACION IV

Hospital Durand. — Servicio del doctor M. R. Castex. — Sala V. — Cama 22.

Asunta T., 33 años, italiana, casada, costurera.

Entrada 18 agosto 1916; salida 27 agosto 1916; estado al salir: sana.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Aceite alcanforado.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — No recuerda haber tenido enfermedades en su infancia. Regló a los 14 años; las reglas han sido siempre regulares, abundantes, indoloras, de 8 a 9 días de duración. Ha tenido 5 embarazos, de los cuales 3 han sido abortos y 2 partos normales.

Ha tenido el año pasado una hinchazón de pies y piernas que desapareció a los 8 días. Sufre siempre de cefaleas.

Enfermedad actual — El sábado pasado es atacada de un violerto chucho, seguido de un dolor agudo en el costado izquierdo, que aumenta paulatinamente hasta hacerse insoportable cuando la enferma respiraba o hacía cualquier movimiento. Ha tenido altas temperaturas, tos abundante con expectoración sanguinolenta al decir de la enferma y abundantes vómitos biliosos.

Estado actual — Cráneo braquicéfalo, cuero cabelludo sano, cabellos negros abundantes; no hay estigmas degenerativos.

Facies: Poco expresivas.

Ojos: Motilidad y sensibilidad normal; pupilas desiguales excéntricas, irregulares, reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Boca: Dentadura mal conservada, lengua húmeda, saburral con temblor. Paladar bien conformado; velo del paladar movable. Fauces libres.

Cuello: Corto, cilíndrico, con ganglios, con eretismo arterial, sin ingurgitación venosa.

Tórax: Asimétrico, amplio; tipo respiratorio costal superior; frecuencia aumentada, excursión mayor en el lado derecho.

Columna vertebral: Bien conformada con ligero dolor a la percusión de las apófisis de la región dorsal superior, con una ligera escoliosis dorsal a concavidad izquierda.

Glándulas mamarias: Voluminosas, péndulas.

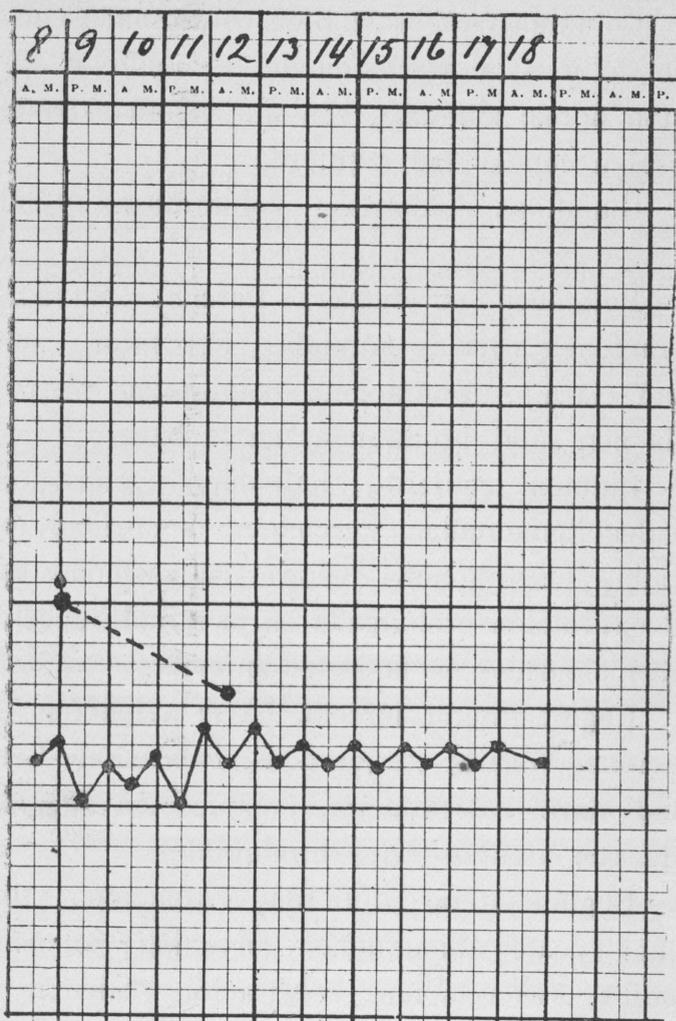
Pulmones (por detrás): Derecho: palpación, vibraciones vocales normales. Percusión: sonoridad clara. Auscultación: respiración vesicular ruda con rales bronquiales en la base.

Pulmón izquierdo: Palpación: vibraciones vocales aumentadas. Percusión: sonoridad exagerada. Auscultación: respiración vesicular ruda con expiración prolongada en la mitad superior; frotos pleurales en la mitad inferior.

Región lateral derecha: A la palpación: vibraciones vocales conservadas. Percusión: sonoridad clara. Auscultación: respiración vesicular ruda con algunos rales bronquiales.

Región lateral izquierda: Palpación: vibraciones vocales aumentadas. Percusión: sonoridad skodica. Auscultación: respiración vesicular ruda con rales gruesos en la parte inferior.

Por delante: Palpación: vibraciones vocales aumentadas. Percusión: sonoridad skodica. Auscultación: respiración pueril con expiración prolongada, frotos pleurales en la parte inferior.



Peso. — 84 kilos.
Espu.tos — Koch —
Deyecciones. — 0, 1, 1, 2, 0, 2, 1.
Orina. — 800, 1400, 1500, 1400, 1300, 1400.
Dieta. — Alimentación completa.
Tratamiento. — Día 8: inyección de 10 c.c. de aceite alcanforado. Días subsiguientes: espectorantes.

Tos húmeda, con expectoración herrumbrosa, con estrías sanguinolentas.

Corazón: La punta late en el 5º espacio intercostal; D.T. = 14 cs. D.D. = 4 cs. D.I. + 10 cs. D.A. = 5 cs. Tonos limpios en todos los focos.

Pulso: Regular, igual, tenso, frecuente, poco amplio.

Vasos periféricos: Sin particularidades.

Abdomen: Paredes gruesas, requebrajadas. No se palpa ningún tumor.

Riñones: No se palpan.

Bazo: No se palpa.

Hígado: Borde superior está en la 5ª costilla, se percute. El borde inferior corresponde al reborde costal. D.V. = 10 cs. en la línea mamilar.

Miembros superiores: Bien conformados; fuerza, tonismo, taxia y pravia normales.

Reflejos: están disminuídos. Sensibilidad conservada.

Miembros inferiores: Bien conformados, con tibias rugosas, con una cicatriz en la mitad inferior de la tibia derecha.

Reflejos: disminuídos. Hay dolor a la presión de las masas musculares y troncos nerviosos. Sensibilidad conservada.

Tono, taxia y praxia normales.

Agosto 27 1916: Alta curada.

OBSERVACION V

Hospital Provincial (Mendoza). — Sala VI.
—Cama 22.

Gaspar S., 44 años, italiano, casado, comerciante.

Entrada 14 mayo 1917; salida 8 junio 1917.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Electrargol.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia, blenorragia a los 18 años; después ha sido siempre sano. Regular fumador, poco bebedor.

Enfermedad actual — Hace dos días sintió una puntada en el pezón izquierdo, precedida de

un fuerte chucho; asimismo empezó a tener fiebre, viniendo en este estado al hospital.

Estado actual — Sujeto bien conformado.

Cráneo: Sin estigmas, cuero cabelludo sano, escasa cantidad de cabellos.

Facies: Angustiosa. Boca: herpes labial; lengua seca, saburral.

Cuello: Normal.

Tórax: Disminución de la excursión respiratoria en el lado izquierdo; frecuencia aumentada; hay disnea.

Pulmones (por detrás): Izquierdo: Palpación: vibraciones vocales aumentadas en el tercio medio. Percusión: matitez en esta zona. Auscultación: se oye un doble soplo tubario y rales inspiratorios.

Pulmón derecho: Palpación: vibraciones vocales conservadas. Percusión: sonoridad exagerada. Auscultación: murmullo vesicular rudo. Rales húmedos diseminados.

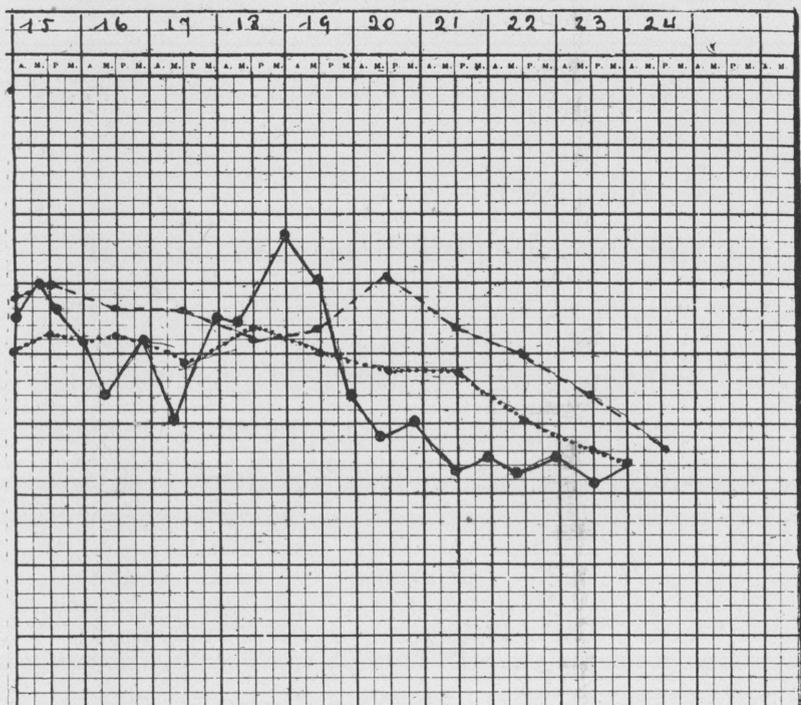
Corazón: La punta late en el 6° espacio intercostal izquierdo. Tonos normales.

Pulso: De frecuencia aumentada, tensión mediana, rítmico, poca amplitud.

Abdomen: Paredes algo tensas.

Hígado: Volumen normal, algo doloroso a la presión.

Bazo: Se palpa: se percute fuera del reborde costal el polo inferior.



Espustos. — Neumococos +

Dieta. — Lacteo-vegetariana.

Tratamiento. — Días 14, 15, 16, 17, 18, 19: ventosas, morfina, 2 c.c. diarios de aceite alcanforado; día 18: electrargol intravenoso 5 c.c.; días subsiguientes: aceite alcanforado 1 c.c.

Miembros: Reflejos algo exagerados. Motilidad y sensibilidad normal.

Junio 8 1917: Alta curada.

OBSERVACION VI

Hospital Provincial (Mendoza). — Sala VI.
—Cama 11.

Antonio G., 40 años, argentino, casado, jornalero.

Entrada: 23 julio 1917; salida: 31 julio 1917.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Electrargol.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Sano en la infancia y adolescencia; a los 25 años sufrió una fractura en la pierna derecha. Tiene una hernia inguinal, profesional, de ese lado desde hace 6 años. Regular bebedor, buen fumador.

Enfermedad actual — Empezó dos días an-

tes de su ingreso al hospital; había malestar anteriormente y desde entonces tuvo escalofríos y puntada vaga en el tórax, sobre todo al toser; se siente muy postrado.

Estado actual — Sujeto de buen esqueleto y musculatura, de regular estatura, en regular estado de nutrición.

Cráneo: Sin estigmas, cuero cabelludo sano, cabellos algo canosos.

Facies: Indiferente. Boca: lengua seca, saburral, dientes mal conservados, fauces rojizas.

Cuello: Cilíndrico, sin particularidades.

Tórax: Simétrico, bien desarrollado, excursión respiratoria disminuída en ambos lados; frecuencia aumentada.

Pulmones (por detrás): Palpación: vibraciones vocales aumentadas en el vértice del pulmón izquierdo y base del derecho. Percusión: sonoridad mate en el mismo vértice y sub-mate en la misma base. Auscultación: doble respiración tubaria en el vértice izquierdo; rales lejanos inspiratorios. Respiración ruda casi soplan-te en la base del derecho, rales en ambos tiempos, húmedos, medianos especialmente.

Por delante y a los lados: la palpación y percusión dan pocos datos; a la auscultación se

Vasos periféricos: Paredes un poco duras.

Abdomen: Sin particularidades.

Hígado: normal. Bazo: aumentado de tamaño, doloroso a la presión.

Riñones: No se palpan.

Organos genitales: Sin particularidades.

Extremidades: Reflejos, sensibilidad y movilidad normales.

Julio 31 1917: Alta curado.

OBSERVACION VII

Hospital Durand. — Servicio del doctor M.
R. Castex. — Sala VI. — Cama 16.

Luis E., 24 años, español, soltero, marineró.
Entrada: 16 junio 1916; salida 29 junio
1916.

Diagnóstico — Neumonía fibrinosa doble.

Tratamiento — Haptinógeno Neumo Méndez.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — No ha padecido
de enfermedad alguna, no ha tenido enfermedad
de mujeres, fumador y bebedor moderado.

Enfermedad actual — Hace 10 días sintió
escalofríos, seguido de fiebre alta; después un
fuerte dolor en el costado derecho del tórax que

aumentaba con la tos; ese dolor lo hacía acostarse en el decúbito lateral derecho; tenía disnea.

Estado actual — Sujeto de baja estatura, en mal estado de nutrición; piel seca, con ligero tinte sub-ictérico, con poco pániculo adiposo; sistema óseo y muscular desarrollado; sistema piloso abundante en todo el cuerpo.

Cráneo: Bien conformado, sin estigmas degenerativos; cuero cabelludo sano, cabellos abundantes.

Facies: De febricitante, con ligera cianosis; orejas cianóticas. Motilidad y sensibilidad de la cara, normal.

Ojos: Motilidad normal; pupilas iguales, reaccionan bien a la luz y acomodan bien; la pupila derecha no es central. Hay un ligero tinte sub-ictérico en la conjuntiva ocular.

Audición y olfacción: normal.

Boca: Grande, labios con fuliginosidades, lengua húmeda y saburral; dientes bien implantados, en regular estado de conservación. Fauces libres; paladar normal; velo del paladar movable.

Cuello: Corto, bien conformado, cilíndrico, sin estruma ni ingurgitación venosa, con ligero eretismo arterial y polimicro-adenopatía bilateral.

Tórax: Bien constituido, simétrico, de poca expansión. Fosas supra e infra-claviculares marcadas; tipo respiratorio costo-abdominal con predominio de este último; frecuencia muy aumentada, ritmo normal. Columna vertebral: no es dolorosa a la presión ni a la percusión; sin anomalías.

Pulmones por delante: Las vibraciones vocales están aumentadas en el pulmón derecho y sobre todo en el vértice; a la percusión, se siente sonoridad skodica en este vértice; sub-matitez en la parte media y sonoridad en la base. En el lado izquierdo hay sonoridad en los dos tercios superiores y sub-matitez en la base.

Hay rales húmedos, gruesos y medianos diseminados; en el lado derecho, hay rales sub-crepitantes en los dos tercios superiores. Hay un soplo inspiratorio intenso y rales sub-crepitantes espiratorios especialmente cuando el enfermo tose.

A los lados. Palpación: las vibraciones vocales están aumentadas en la axila derecha. Percusión: hay sub-matitez timpánica. Auscultación: soplo intenso inspiratorio con rales sub-crepitantes en abundancia.

Lado izquierdo: Se auscultan rales húmedos, medianos y gruesos en la base. Por detrás:

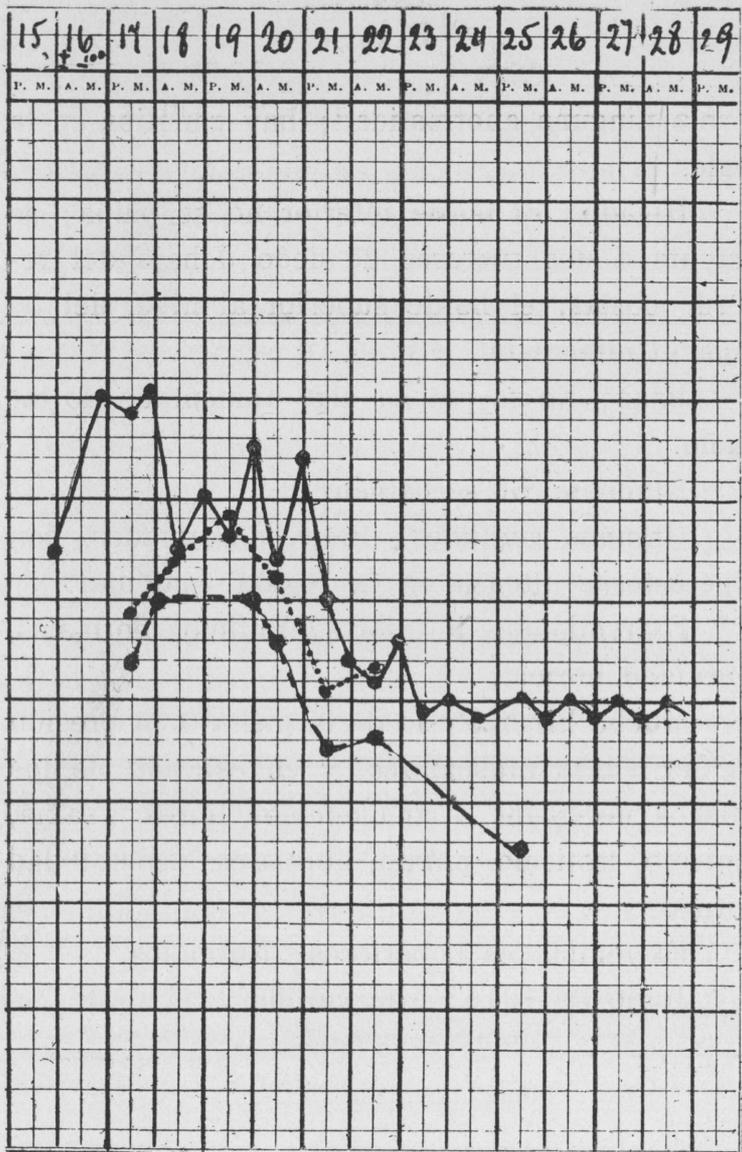
Pulmón derecho: Palpación: las vibraciones vocales están aumentadas en el tercio medio. Percusión: hay una zona de sub-matitez que corresponde al tercio medio del pulmón. Auscultación: se oye un soplo tubario inspiratorio intenso, con rales húmedos, medianos y gruesos diseminados, y una lluvia de rales secos en toda la zona del tercio medio. Hay algunos frotos. Hay esbozo de pectoriloquia afona en el tercio medio.

Pulmón izquierdo: Sonoridad en el vértice y tercio medio; en el tercio inferior hay una zona de sub-matitez notándose que la base se mueve muy poco. A la auscultación se oye un murmullo vesicular disminuído con una lluvia de rales húmedos, medianos y gruesos. Se oye una que otra sibilancia. Espacio de Traube libre.

Corazón: La punta se ve, se palpa y percute al nivel del 5° espacio intercostal izquierdo en la línea mamilar. D.T. = 13 cs. D.D. = 3 1/2 cs. D.I. = 9 1/2 cs. D.A. = 5 cs. Tonos limpios con acentuación del 2° tono aórtico.

Pulso: Regular, igual, frecuente, de poca tensión, esbozo de dicrotismo.

Abdomen: Ligeramente globuloso, con hipestesia en la piel, de paredes bien constituidas; hay timpanismo a la percusión; la palpación no



Peso. — Día 23: 48 kilos.

Espustos — Koch — Neumococos +

Deyecciones. — 0, 2, 3, 1, 0, 1, 1, 1, 1, 1, 1.

Orina. — 400, 1600, 1700, 1800, 1600, 1700, 1800, 1900.

Dieta. — Láctea.

Tratamiento. — Día 16: aceite alcanforado; 10 c.c., Haptinógeno, neumo, aceite ricino; día 17: suero fisiológico 500 grs.; día 20: Haptinógeno neumo, tónicos.

revela ninguna anormalidad; hay ganglios en la ingle.

Hígado: El borde inferior no se palpa; se percute a dos traveses de dedo debajo del reborde costal; el borde superior al nivel del 5º espacio intercostal. D.V. = 12 cs.

Bazo: No se palpa: algo aumentado de tamaño.

Riñones: No se palpan.

Organos genitales: Bien conformados, con hiperestesia intensa en la región testicular.

Extremidades inferiores: Reflejos normales, motilidad normal.

Mucha hiperestesia de la piel y a la presión de las masas musculares, y en especial de los troncos nerviosos. Articulaciones libres. Taxia, tonismo, trofismo, praxia, normales. Sensibilidad normal.

Extremidades superiores: Normales.

Junio 30 1916: Alta curado.

OBSERVACION VIII

Hospital Provincial (Mendoza). — Sala VI.
— Cama 18.

Marcelino M., 33 años, argentino, casado,
jornalero.

Entrada: 21 noviembre 1916; salida: 12
diciembre 1916.

Diagnóstico — Neumonía.

Tratamiento — Haptinógeno Neumo Méndez.

Antecedentes hereditarios — Los padres vi-
ven y son sanos; tiene dos hermanos y una her-
mana, sanos también.

Antecedentes personales — Pulmonía en la
segunda infancia; chancro blando y bubón su-
purado a los 22 años; después ha tenido algunos
trastornos gastro-intestinales y algunas influen-
zas. Regular bebedor.

Enfermedad actual — Dos días antes de su ingreso tuvo un chucho de media hora de duración; le vino una puntada en el costado izquierdo que casi no le permite respirar. Hay un estado de confusión mental que dificulta el interrogatorio.

Estado actual — Sujeto bien constituido.

Cráneo: Sin estigmas degenerativos, cuero cabelludo sano.

Facies: Febril, animada, pómulos algo rosados; aleteo de la nariz.

Boca: Labios secos, lengua saburral seca, fauces rojas y libres.

Cuello: Cilíndrico, se ven latidos arteriales.

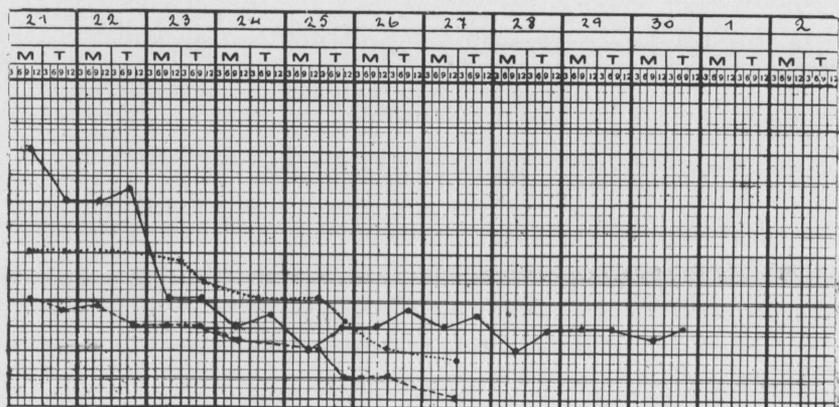
Tórax: Poca excursión respiratoria; frecuencia aumentada, ritmo poco apreciable, respiración disneica.

Pulmones (por detrás): Derecho: Palpación: las vibraciones vocales son bien percibidas en el tercio superior y medio; algo aumentadas en el tercio inferior. Percusión: sonoridad normal en los dos tercios superiores; sub-mate en la base. Auscultación: respiración ruda hasta el tercio inferior; acá numerosos rales húmedos de congestión. Pulmón izquierdo: Palpación: las vibraciones vocales están aumentadas en la unión

del tercio superior con el medio. Percusión: en esta zona, matitez. A la auscultación se oye un doble soplo tubario muy neto. En el tercio inferior hay fenómenos de congestión.

Corazón: Matitez normal; los tonos apagados.

Pulso: Frecuente, 120 pulsaciones por minuto, poca tensión, poca amplitud, rítmico.



Peso. —

Espustos. — Neumococos +

Deyecciones. —

Orina. — Albúmina: vestigios; glucosa —

Dieta. — Lacteo-vegetariana.

Tratamiento. — Día 21: Haptinógeno neumo; día 22: suero fisiológico 500 grs.; día 23: aceite alcanforado 4 e.e.; días subsiguientes: espectorante, enemas, tónicos.

Abdomen: Paredes resistentes.

Hígado: Grande y doloroso.

Bazo: Se palpa y se percute grande.

Riñones: No se palpan.

Extremidades: Reflejos exagerados; sensibilidad normal; masas musculares dolorosas a la presión.

Diciembre 12 1916: Alta sano.

OBSERVACION IX

Hospital Durand. — Servicio del doctor M. R. Castex. — Sala V. — Cama 23.

María G., 22 años, argentina, soltera.

Entrada: 8 agosto 1916.

Diagnóstico — Neumonía y pleuresía.

Tratamiento — Combinado.

Antecedentes hereditarios — Los padres viven y son sanos; tiene dos hermanos sanos y uno fallecido de pulmonía.

Antecedentes personales — Sarampión en la infancia; ligeras indisposiciones. Menstruó a los 11 años; no ha tenido irregularidades en sus reglas.

Enfermedad actual — Hace dos meses empieza su enfermedad actual con dolor de cabeza,

puntada de costado e inapetencia; la puntada de costado derecho; vómitos durante todo el tiempo de la enfermedad y fiebre en las noches. Como se encontraba reclusa en un asilo de menores la obligaban a trabajar hasta que hace tres días, se agregó a todos los síntomas anteriores, una fatiga intensa, tos seca, que obligaron a la enferma a ingresar al hospital.

Estado actual — Regular estatura, esqueleto y musculatura bien conformados; regular cantidad de panículo adiposo. La piel presenta cicatrices amplias de viejas quemaduras, en la cara interna de ambos muslos y epigastrio, con tendencia a la formación queiloidea. Piel color moreno y mate intenso. Posición: decúbito dorsal obligado.

Cráneo: Bien conformado, sin estigmas degenerativos; sistema piloso abundante.

Facies: Cianótica, pálido terrosa, ligeramente hidrópica.

Ojos: Motilidad normal; pupilas desiguales; la izquierda mayor que la derecha, irregulares, excéntricas, reaccionan bien a la luz y a la acomodación; reflejos conservados, conjuntival y córneo.

Boca: Regular, labios relevados, lengua sa-

burril húmeda, pálida, sin temblor. Velo del paladar movable, fauces libres. Dentadura bien implantada, en buen estado de conservación. Reflejo faríngeo conservado. Sensibilidad conservada.

Narz: Reispingada, mongólica.

Cuello: Corto, cilíndrico, con eretismo arterial, con ingurgitación venosa, sin estruma.

Tórax: Asimétrico, el izquierdo más prominente que el hemitórax derecho; ritmo respiratorio conservado; frecuencia muy aumentada, 60 respiraciones por minuto. Tipo respiratorio costal superior y de mayor excursión a la izquierda.

Glándulas mamarias: Pequeñas, eréticas.

Columna vertebral: Hay ligera escoliosis dorsal o concavidad izquierda; los movimientos bien conservados; indolora a la presión y percusión. Visto por detrás la simetría del tórax es más marcada y el lado derecho más prominente que el izquierdo.

Pulmones (por detrás): Derecho: Palpación: vibraciones vocales muy disminuídas en los dos tercios inferiores; aumentadas en el tercio superior. Percusión: sonoridad skódica en el tercio superior que va haciéndose sub-mate hasta llegar a la matitez absoluta en los dos tercios inferiores, separados por una línea de concavidad superior. Auscultación: respiración vesicular ru-

da en la zona de sonoridad skódica; luego se apaga en la región de la matitez; no se oyen soplos en la línea de separación de las sonoridades; se auscultan algunos frotos pleurales. No hay egofonia ni pectoriloquia afona.

Región axilar: sônoridad skódica en el vértice y tercio superior, luego matitez en los dos tercios inferiores. Las vibraciones vocales conservadas arriba y disminuídas abajo. A la auscultación se oye una respiración vesicular ruda con expiración prolongada y soplante en el tercio superior; disminuída y con algunos rales en los dos tercios inferiores.

Por delante: vibraciones aumentadas, sonoridad disminuída en toda la extensión; respiración vesicular ruda con rales en la parte superior y frotos en la base.

Pulmón izquierdo (por detrás): Palpación: vibraciones vocales débiles. Percusión: hay una zona de matitez contra la columna y en la base, correspondiendo al triángulo de Grocco; en el resto sonoridad exagerada. Auscultación: murmullo vesicular intenso sin ruidos sobreagregados.

Por delante y región axilar: idem.

Espacio de Traube libre.

Corazón: La punta late detrás de la 6ª cos-

tilla, no se palpa ni se ve. D.T. = 13 cs. D.D. = 3 1/2 cs. D.I. = 9 1/2 cs. D.A. = 5 1/2 cs. La línea de matitez presenta el ángulo de Ebstein y la muesca de Gibson. Tonos: alejados; ritmo de tres tiempos; no se auscultan soplos. Hay frotos pleuro pericardicos en la región apexiana y pre-ventricular izquierda.

Pulso: Desigual, irregular, frecuente, poco tenso y poco amplio.

Vasos periféricos: sin particularidades.

Abdomen: Bien conformado, la pared presenta una cicatriz en el epigastrio de quemadura; la línea blanca pigmentada, paredes tensas, elásticas. Hay gorgoteo a la palpación de la fosa iliaca izquierda y cuerda cólica del mismo lado. Hay dolor con defensa muscular en el epigastrio e hipocondrio derecho, defensa que se produce al palpar esta región impidiendo el examen; la pared se deja relajar con facilidad, hay timpanismo grave y zona de matitez en el epigastrio e hipocondrio derecho.

Hígado: Aumentado de tamaño, el borde superior está a la altura de la 5ª costilla, el inferior cuatro traveses de dedo debajo del reborde costal. D.V. = 15 cs. en la línea mamilar.

Bazo: No se palpa ni percute.

Extremidades: Fuerza, tonus, trofismo, normales.

Sensibilidad conservada, taxia idem.

Reflejos normales; hay dolor a la presión de las masas musculares y troncos nerviosos.

Psiquismo: Atención disminuída, es necesario insistir en las preguntas.

Agosto 9 1916: Punción pleural; se extrae líquido sero-fibrinoso.

Agosto 10: Función pericárdica; líquido purulento.

Agosto 11: Función transdiafragmática de Marfan; líquido purulento con grumos.

Protocolo de autopsia — Abierta la cavidad torácica, se constata gran distensión del pericardio; abierto, da salida al líquido purulento, abundante, con grumos; vaciado el pericardio se invierte y se constata el espesamiento de la parte visceral, presentando en algunos puntos pequeñas extravasaciones sanguíneas, en otros el aspecto de la lengua de gato.

Corazón: de tamaño pequeño, de color pálido, tiene superficie rugosa y con algunos pequeños grumos. Abierto, nos muestra cavidades ventriculares y auriculares normales; sin lesión de endocardio, válvulas aurículo ventriculares

normales lo mismo que las sigmoideas aórticas y pulmonares.

Pleuras: La cavidad pleural derecha ocupada en su base por una pequeña cantidad de líquido sero-fibrinoso, una que otra adherencia que se desprende con facilidad. La cavidad pleural izquierda está libre, no hay adherencias con la pared torácica; en cambio la visceral al nivel del pericardio se adhiere a éste espesándose.

Pulmón derecho: está igualmente atelectasiado, congestión hipostática; sin otra particularidad.

Pulmón izquierdo: vértice libre, fuertemente adherido el pericardio en la región anterior, presenta una congestión en la base.

Abierta la cavidad abdominal se ve el peritoneo libre, una dilatación grande de estómago. El intestino delgado y grueso sin particularidades. Hígado y bazo normales.

OBSERVACION X

Hospital Durand. — Servicio del doctor M. R. Castex. — Sala VI. — Cama 30.

Carlos P., 39 años, italiano, casado, jornalero.

Entrada: 16 enero 1916; salida: 12 marzo 1916.

Diagnóstico — Neumonía masiva de Gran-cher.

Tratamiento — Combinado.

Antecedentes hereditarios—Sin importancia.

Antecedentes personales — Crup en la infancia, malaria a los 25 años y blenorragia a los 30. Tiene un hijo vivo, dos fallecidos, sin precisar de qué; la señora ha tenido un aborto. Poco bebedor y fumador.

Enfermedad actual — Su enfermedad empieza a principios del mes, con fuerte y abundante espectoración, algo sanguinolenta. Hacia el séptimo día sintió una puntada en la base del hemitórax izquierdo que le dificulta los movimientos. La espectoración era pegajosa; tenía anorexia y fiebre; sin embargo, trabajó en este estado más de una semana. Pasada esa fecha ingresó al hospital.

Estado actual (enero 17 1916) — Hombre de buena estatura, bien constituido, en mediano estado de nutrición; esqueleto y musculatura bien conformados.

Escaso panículo adiposo; sistema piloso bien desarrollado. Piel blanca y mucosas rosadas.

Cabeza: Cráneo simétrico, braquicéfalo, ligera calvicie.

Cara: Motilidad y sensibilidad normal.

Ojos: Cejas y pestañas abundantes, párpados sanos; conjuntiva palpebral ligeramente congestionada, pupilas iguales regulares, reaccionan bien, motilidad ocular buena.

Boca: Labios normales; velo del paladar movable. Fauces libres.

Cuello: Cilíndrico, no hay ganglios, latidos

ni estruma. Fosa supra clavicular ligeramente pronunciada.

Tórax: Simétrico, bien constituido, ritmo respiratorio normal; tipo abdómino costal; amplitud disminuída en la base izquierda.

Pulmones: Vibraciones vocales aumentadas en la base izquierda. A la percusión hay sonoridad en el pulmón derecho, en el izquierdo está exagerada en los dos tercios superiores y con matitez timpánica en el tercio inferior. A la auscultación, se oye en el pulmón algunos rales gruesos y sub-crepitantes en la base.

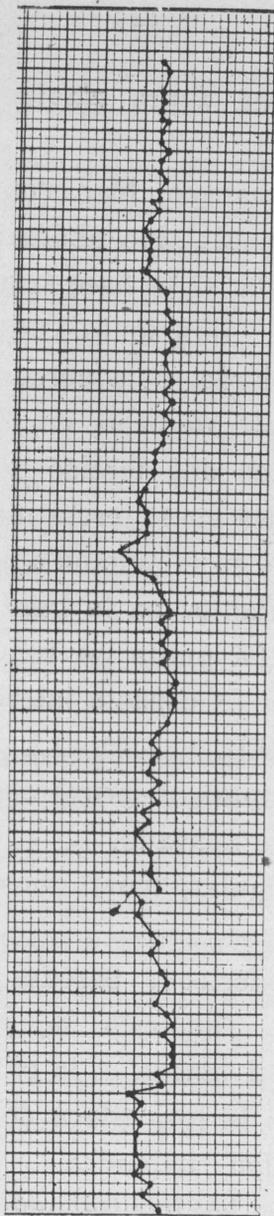
Corazón: La punta no se ve ni se palpa; se percute en el 5º espacio intercostal izquierdo. D.T. = 13 cs. D.D. = 3 cs. D.I. = 10 cs. D.A. + 5 cs. Tonos limpios, el primer tono de la mitral está ligeramente apagado.

Pulso: Regular, igual, tenso y frecuencia normal.

Vasos periféricos: paredes algo duras.

Abdomen: Simétrico, de paredes depresibles; no hay red venosa. A la palpación, se aprecia gorgoteo en la fosa iliaca derecha. A la percusión, sonoridad timpánica.

Hígado: en las inspiraciones profundas desciende dos traveses de dedo debajo del reborde costal. D.V. = 10 cs.



Peso. — 50 kilos.

Espustos. — Neumococo + (análisis repetidos) Koch —

Orina. — Albúmina 0, glucosa 0.

Dieta. — Lacteo - vegetariana.

Tratamiento. — Haptinógeno neutro, espectorantes, suero adrenalizado, purgativos, enemas, tónicos, ventosas.

Bazo: Normal.

Organos genitales: Normales.

Extremidades: Bien conformadas, motilidad normal; reflejos normales, sensibilidad conservada. Hay dolor a la presión de las masas musculares.

Micción: normal. Defecación: constipación.

Enero 27 1916: Examen de sangre:

Polinucleares	60 %
Eosinófilos	11 %
Linfocitos	25 %
Fórmulas de transición	6 %
Mononucleares	8 %

Febrero 16 1916: Se le hace un examen radioscópico y se ve una zona de sombra en el tercio inferior del pulmón izquierdo que se va aclarando progresivamente.

Marzo 12 1916: Alta curado.



CONCLUSIONES

Los tratamientos sintomáticos y los diversos agentes terapéuticos empleados hasta hoy en la neumonía, obran estimulando las acciones de defensa del organismo, o manteniéndolo a éste en condiciones favorables.

El tratamiento más racional y científico será el que actúe directamente sobre el neumococo o provocando defensas específicas en el organismo.

En este concepto el ideal será la vacuna o sueroterapia específica.

No hay actualmente ningún suero ni vacuna antineumónica aceptados universalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Brouardel* — Medicina interna y terapéutica.
- Dielafoy* — Manual de Patología Interna.
- Spaltelholtz* — Tratado de Anatomía patológica.
- Kolle y Heschl* — La bacteriologie experimentale.
- Hannot Victor* — Traités de neumonie aigüe.
- Martins* — Therapeutica.
- Arnozán y Mongours* — Therapeutica.
- Regis* — Psychiatrie.
- Leonce Vallepellet* — Neumonía en los viejos.
Tratamiento por la envoltura fría.
- Chaubet Ponsati Paulino* — Espleno neumonia de
Grancher. — Tesis 1910, Rio de Janeiro.
- Giuffra Ignacio* — Neumonía Grippal. Electroar-
gol en su tratamiento. — Tesis 1915.
- Ricardo Pérez Calvo* — Neumonía en la primer
infancia. — Tesis 1916.
- Ramírez Calderón Héctor* — El suero alcanforado
endovenoso en la neumonía.—Tesis, 1916.

Grissolle A. M. P. — Neumonía.

Lancereaux y Besançon — Complicaciones de la
neumonía. — Archivo general de medicina,
1886.

Marcos Cándido Martins — Da vaccinothérapie na
neumonía.—Tesis 1912.

Buenos Aires, Agosto 13 de 1917

Nómbrese al señor Consejero doctor Ignacio Allende, al profesor titular doctor Justiniano Ledesma y al profesor suplente doctor Pablo M. Barlaro, para que, constituidos en comisión revisora, dictaminen respecto de la admisibilidad de la presente tesis, de acuerdo con el Art. 4º de la «Ordenanza sobre exámenes».

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou.

Secretario

Buenos Aires, Agosto 29 de 1917

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta núm. 3358 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

E. BAZTERRICA

J. A. Gabastou

Secretario

PROPOSICIONES ACCESORIAS

I

Neumonía «franca» y bronco-neumo forma pseudo-lobar.

I. Allende

II

Revulsión? Derivación? Depuración?

J. Ledesma.

III

Pronóstico de la neumonía.

Barlaro.

30771

