

IX

Bronquitis de los niños.

La bronquitis de los niños es aguda ó crónica.

I. BRONQUITIS AGUDA. — La bronquitis aguda es muy frecuente en los niños; puede sobrevenir desde el comienzo de la vida. Su causa más frecuente es el *enfriamiento*.

Se manifiesta á menudo como *afección secundaria*, particularmente en la *escarlatina*, la *tos ferina*, la *tuberculosis*. Todas las causas de bronquitis en el adulto pueden afectar al niño; pero existen, además, causas propias á la infancia.

El *trabajo de la dentición* se acompaña muchas veces de una inflamación bronquial; es probable que, en este caso, se trate de una bronquitis infecciosa, no específica, que se desarrolla bajo la influencia de una alteración nerviosa vaso-motora que acompaña á la erupción dental. Comby y últimamente Kasowitz, han negado este papel á la dentición; no obstante, por una parte la coincidencia es muy frecuente, y por otra, los casos de bronquitis se hacen más raros una vez terminada la primera dentición.

La bronquitis aguda coexiste con frecuencia en el niño con una *afección intestinal*, con las dispepsias gastro-intestinales pútridas de origen alimenticio, con las diarreas infecciosas. Sevestre, que ha puesto en claro estos hechos, opina que la alteración digestiva es el fenómeno primitivo, y la bronquitis el fenómeno secundario (bronquitis de origen intestinal). Podría suponerse que la alteración de la salud en general, originada por la auto-intoxicación intestinal, actúa sobre los bronquios, y favorece el desarrollo de una bronquitis infecciosa no específica. Pero los estudios recientes de Lesage (1), tienden á demostrar que el *bacterium coli* virulento, es por sí mismo el agente patógeno de estas complicaciones respiratorias (2).

El *linfatisimo* y el *raquitismo*, son con más frecuencia causa de bronquitis crónicas, que de bronquitis agudas; en breve volveremos á ocuparnos de ellos.

Pero el *artritismo*, es una de las causas predisponentes más dignas de tener en cuenta; en los hijos de gotosos, de obesos, niños generalmente gruesos, opulentos, de buen color, á menudo eczematosos, el menor enfriamiento, los cambios bruscos de temperatura, producen una bronquitis aguda.

No puede darse de la bronquitis aguda de los niños, mejor descripción clínica que la hecha por D'Espine y Picot:

«*Forma benigna*. — La bronquitis aguda no es muchas veces más que un simple constipado, caracterizado por una tos moderada, acompañada de algunos ester-

(1) Lesage, Soc. med. des hôp., 22, Enero, 1892.

(2) El muguet se extiende algunas veces á las vías respiratorias y produce una bronquitis más ó menos extensa. Schmidt (*Zieglers Beiträge z. path. anat.*, t. VIII, pág. 173) ha visto en cinco cadáveres de niños una falsa membrana, constituida por una vegetación abundante de muguet que cubría los bronquios, la tráquea y la laringe; los filamentos del hongo penetraban profundamente en la mucosa.

tores diseminados en el tórax. Otras veces, la enfermedad se manifiesta más; comienza por una tos seca y algo dolorosa, que se observa principalmente al despertar. A poco se oye, por la auscultación, un ronquido traqueal ó algunos estertores sibilantes en los dos pulmones; la respiración es frecuente, se acompaña de un estertor, unas veces seco y un poco ronco, otras ligeramente húmedo; la mayor parte de las veces, la voz y el grito son naturales; sin embargo, en los niños de muy corta edad, es algunas veces el grito apagado ó velado, y sólo cuando es repetido se oye (Rilliet y Barthez). La fiebre es, en general, moderada, á menudo intermitente, acompañada de algo de abatimiento, sobre todo por la noche. La enfermedad queda estacionaria ó aumenta ligeramente durante algunos días; luego la fiebre descende, la tos se hace más gruesa y va acompañada, en los niños de más de cinco años, de una expectoración mucosa transparente ó verduzca que cesa pronto: el restablecimiento se efectúa entonces rápidamente (1).

Forma grave. — En algunos casos, sobre todo en la primera infancia, la bronquitis puede presentar cierta gravedad; comienza entonces por una tos violenta, muy frecuente, fatigosa y dolorosa, que se repite á menudo por accesos. Se observa un movimiento febril intenso que aumenta por la noche, la temperatura del cuerpo pasa de los 38°, el pulso tiene 120 á 130 pulsaciones; la piel está calurosa y seca; la respiración se acelera notablemente y va acompañada de algo de disnea y de agitación; los ojos están rubicundos y lagrimosos; el niño pierde el apetito y si aun está en el período de la lactancia, rechaza el pecho. La auscultación permite oír en los dos pulmones estertores roncós y sibilantes muy abundantes, mezclados algunas veces con un grueso estertor sub-crepitante que predomina en la base del tórax; el ruido respiratorio, oído á distancia, tiene un timbre seco. Llegada á este grado, la bronquitis se complica con frecuencia de *atelectasia pulmonar*, sobre todo, en los niños raquíticos; ó bien se extiende á los pequeños bronquios ó á los pulmones y el niño sucumbe de un *catarro sofocante* ó de una *bronco-pneumonia*; en fin, á veces muere por *accidentes cerebrales*; en este caso, le domina una agitación seguida de postración y de convulsiones generales; el pulso se hace débil, pequeño, desigual, y la muerte se presenta á las pocas horas (Rilliet y Barthez). Sin embargo, en la mayor parte de los casos, la enfermedad termina favorablemente después de una á tres semanas.»

El descenso de la fiebre se acompaña á menudo de un ligero grado de gastro-enteritis, que los antiguos consideraban como un fenómeno crítico que Jaccoud atribuye á la deglución de los esputos. En el curso de la forma grave, el catarro gastro-intestinal, los vómitos y la diarrea, existen casi siempre.

La mayoría de los autores están acordes con estas descripciones de una forma benigna y una forma grave de la bronquitis simple en los niños. Pero Cadet de Gassicourt hace observar, con razón, que, en la forma grave, se trata en rigor de una bronquitis capilar, y que, por lo tanto, podría simplificarse su descripción.

Notemos aquí, con Carmichael, que, en general, los síntomas se acusan más

(1) Shrack (*Ueber acetonurie und Diaceturie bei Kindern*; Jahrb. f. Kinderh., vol. xxiv, pág. 413, 1889), ha encontrado en todos los casos de catarro bronquial febril, acetonuria durante la fiebre; en el catarro apirético, no se la encuentra.

y son aparentemente más graves en los niños sanos que en los niños enfermizos ó caquécticos, cuya afección toma un carácter sub-agudo é insidioso.

Cadet de Gassicourt, ha insistido mucho acerca de los *fenómenos congestivos* que complican algunas veces la bronquitis, aun la más benigna, y modifican su expresión clínica. Bruscamente, el niño se ve atacado de una disnea extrema, la temperatura se eleva á 39 ó 40 grados; se percibe en un punto cualquiera del pulmón, por lo general, hacia las bases, con algo de submacicez, obscuridad en el murmullo vesicular y algunos estertores crepitantes. Piénsase en seguida en una bronco-pneumonía y se formula un pronóstico muy grave. Pero la evolución viene á destruir este diagnóstico y desmentir tal pronóstico. Todos estos fenómenos desaparecen, en efecto, en uno ó dos días. En estos casos, únicamente un análisis clínico minucioso, permitirá que se evite un error de interpretación, y en general, es preciso guardarse de afirmar la existencia de la bronco-pneumonía, antes de hacer un examen sostenido uno ó dos días; esta última, no obstante, comienza de modo más insidioso, la temperatura se eleva con menos rapidez y menos intensidad, se manifiesta siempre después de un ataque de bronquitis capilar y al mismo nivel del foco de ésta.

DIAGNÓSTICO.—La bronquitis aguda de los niños, es muy difícil de distinguir de la *coqueluche* en su primer estadio; con frecuencia la marcha solo aclarará el diagnóstico (1).

La ulceración sub-lingual, que ha sido considerada como característica de la tos ferina, se ha observado en la bronquitis simple por Comby y no puede servir para el diagnóstico.

Será también preciso averiguar, si la bronquitis no es debida al *sarampión* ó á la *grippe*.

La tos *nocturna de los niños* descrita por Behrend y Vogel, afección mal conocida, pero que quizá sea necesario colocar entre las neurosis, se distingue de la bronquitis por los caracteres siguientes: surge en la primavera y el otoño; después de dos ó tres horas de sueño, el niño se agita, tose y llora; durante dos ó tres horas, tiene accesos de tos análogos á los de la *coqueluche*, pero sin verdaderas sofocaciones y sin inspiraciones ruidosas. Examinando al niño, no se encuentra señal alguna de bronquitis, ni adenopatía traqueo-bronquial (2).

La tos de la *adenopatía traqueo-bronquial* es seca y ronca, sobreviene por acceso frecuente, pero no hay repetición, ni vómitos, como en la *coqueluche*; y otros signos, cual el pseudo-asma, la afonía intermitente, el espasmo de la glotis indicará su naturaleza (3).

Pero es preciso no olvidar, que la adenopatía suele ir acompañada de verdaderas bronquitis agudas, que recidivan á menudo, bronquitis con gruesos estertores que se desarrollan bruscamente y no tienen otros caracteres que la frecuencia y violencia de la tos.

El *asma de forma bronquítica de los niños*, es algunas veces bastante difícil de distinguir de la bronquitis aguda y particularmente de la bronquitis capilar. Esta forma morbosa no está bastante bien descrita por los autores; pero, á pe-

(1) *Medecine moderne*, núm. 24, pág. 464, 1891.

(2) Gintrac, Article *Bronchite*. Dictionnaire de Jaccoud et G. Sée, *Medecine moderne*, pág. 915, 1890.

(3) G. Sée, *Medecine moderne*, pág. 915, 1890.

sar de esto, se encuentran algunos ejemplos en las clínicas de Trousseau (1) y en la Memoria de Politzer (2). Según L. Guinon (3), hé aquí los caracteres con los cuales se presenta. Aparece con frecuencia en edad muy temprana, ó sea á los tres, á los dos y aun al año y medio; á la vez no se encuentra ningún antecedente asmático en la familia. El niño es atacado de repente, á cualquiera hora del día, de una tos frecuente, penosa, accasional, y casi al mismo tiempo de disnea; la fiebre es constante; desde el principio del acceso, es muy violenta; la temperatura alcanza 39°; el pulso, en un niño de tres años, llega á 160 y 170 pulsaciones; la faz está encendida, vultuosa; los ojos lagrimosos y congestionados; se advierte el aleteo nasal; los movimientos respiratorios son siempre acelerados, en contra de lo que se observa en el adulto; al comienzo del acceso la espiración es larga, penosa, sibilante; pero al cabo de algunas horas, en los accesos muy violentos, de uno á tres días en los otros casos, la respiración es uniformemente acelerada, aunque permanezca más profunda que en la disnea de las afecciones respiratorias agudas. Existe siempre, desde el principio, un estado saburral de las vías digestivas; la lengua está sucia, cubierta de una capa blanco-amarillenta; la sed es viva y frecuentes los vómitos. Si se ausculta desde el comienzo, se pueden comprobar los caracteres de la espiración asmática; pero rápidamente, en algunas horas, el pecho se llena de estertores de todos caracteres, sobre todo de estertores subcrepitantes finos, cuya abundancia y finura son tales, que no puede uno defenderse contra la impresión de que se trata de una bronquitis capilar generalizada; si á esto se agrega la fiebre intensa, el tiro costal, el abatimiento del niño, que permanece inerte en su cama, se comprende cuán fácil es el error y cómo Trousseau pudo cometerlo.

Sin embargo, al cabo de tres ó cuatro días de este estado, la fiebre y la disnea disminuyen, se hacen más raros y gruesos los estertores, vuelve el apetito, y el niño no conserva más que síntomas de bronquitis, que se exasperan algo por la tarde y la noche; á menudo la convalecencia se ve interrumpida por brotes congestivos (disnea, fiebre, malestar, respiración sibilante en algún punto del pecho); estas congestiones tienen una evolución, indicada por Cadet de Gassicourt en la bronquitis aguda simple.

En fin, es preciso pensar siempre, sobre todo si la bronquitis es tenaz y poco satisfactorio el estado general, en el desarrollo posible de la *tuberculosis*.

PRONÓSTICO.—La bronquitis aguda de los niños, es generalmente benigna; sin embargo, es preciso no olvidar que puede ocasionar la muerte, bien por bronquitis capilar, bien por accidentes cerebrales. Por esto debe tratarse desde su principio con gran vigor, pues no puede preverse la evolución que seguirá.

TRATAMIENTO.—Todo niño atacado de bronquitis, debe permanecer en su cuarto y vivir en una atmósfera caliente (16 á 18°). En la forma ligera, una poción con 5 á 8 gotas de tintura de belladona ó de acónito, fricciones en el tórax con el linimento trementinado del Códex, constituyen medios suficientes.

(1) Trousseau, *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, vol. II, pág. 464, 7.ª edición, 1885.

(2) Politzer, Ueber Asthma bronchiale, Bronchienkrampf im Kindesalter; *Jahrb. f. Kinderh.*, volumen III, 1870.

(3) Comunicación oral.

En la forma grave, al comienzo, se administrará, el sulfato de quinina, ó la antipirina. En los niños de muy corta edad, estos medicamentos pueden administrarse en lavativas ó en pomada (fricciones en las axilas con pomada de clorhidrato de quinina). Luego se emplearán revulsivos; alternarán las cataplasmas de mostaza, con las fricciones de linimento trementinado. Si fuese necesario, se pondrá en práctica la medicación expectorante: ipeca, kermes, acetato ó benzoato de amoníaco. Juraz ha preconizado las propiedades expectorantes de la apomorfina á la dosis de 1 centígramo por día, el primer año, de 2 centigramos para un niño de tres años y 5 centigramos desde los cinco ó seis años. D'Espine y Picot han obtenido buenos resultados de este medicamento en las traqueo-bronquitis de tos espasmódica sofocantes. Cuando la fiebre se acentuaba poco, no excedieron jamás la dosis diaria de 1 á 5 miligramos de clorhidrato de apomorfina en los dos primeros años, y de 1 centígramo en los niños de más edad.

Cuando han pasado de cinco años, se podrá, si fuese necesario, administrar los estupefacientes en pequeñas dosis.

La cafeína, en inyecciones subcutáneas, á la dosis de 5 centigramos, administradas en varias veces en un niño de un año, prestan grandes servicios cuando la bronquitis amenaza invadir las ramas capilares.

II. BRONQUITIS CRÓNICA DE LOS NIÑOS. — La bronquitis crónica de los niños, ha sido objeto de una importante Memoria de Comby (1). La tomaremos por guía en esta exposición.

ETIOLOGÍA. — La bronquitis crónica puede observarse lo mismo en niños de menos de un año, que en los de diez años.

Sucede con frecuencia á una bronquitis aguda, (bronquitis *a frigore*, bronquitis de la tos ferina, de la escarlatina).

Pero la bronquitis no pasa al estado crónico, más que cuando el niño está predispuesto por ciertas condiciones particulares. La cronicidad depende con frecuencia, de que los niños están consumidos por la *mala alimentación* y la *miseria*, por la *atrepsia*, la *sífilis hereditaria*.

Para muchos autores y para Comby en particular, la verdadera razón del tránsito al estado crónico de una bronquitis infantil, reside en la *escrófula* ó el *linfatismo*. La mayoría de los niños que se ven atacados, son escrófulos, linfáticos, ó provienen de padres escrófulos ó tuberculosos. Pero es preciso entenderse sobre las palabras *linfatismo* y *escrófula*. Hay conformidad en reconocer que lo que formaba la mejor parte de la antigua escrófula debe entrar en la tuberculosis, y el resto pertenece al linfatismo. Le Gendre ha observado que, frecuentemente, los niños linfáticos se convierten más tarde en neuro-artríticos (2). Aceptamos de un lado esta apreciación. Y como el neuro-artritis es la causa más general de la bronquitis crónica simple de los adultos, se ve la unidad etiológica de la bronquitis crónica, sea cual fuere la edad del individuo.

Otros estados morbosos pueden también favorecer el desarrollo de una bronquitis en el niño. Por ejemplo, en el *raquitismo*, la bronquitis es en extremo

(1) *Archives générales de médecine*, 1886.

(2) G. Sée dice, á su vez, que todos los niños tienen el temperamento linfático, aunque lo pierdan más tarde.

frecuente, atribuyéndolo Comby á la *dilatación del estómago* concomitante.

Se sabe también, que el *asma* puede existir en los niños y que esta precocidad se observa sobre todo en los descendientes de asmáticos (Trousseau). Podrá, pues, observarse en los niños la bronquitis asmática crónica.

Las *lesiones naso-faríngeas crónicas* (coriza crónica, hipertrofia de los cornetes, vegetaciones adenoides), son frecuentes en los niños atacados de bronquitis; quizá contribuyan en cierta medida estas lesiones á sostener la cronicidad de la bronquitis.

Se han observado varios casos de bronquitis, en los niños que curaron después de la *traqueotomía*.

Se ha atribuído, por fin, á la *presencia de lombrices en el intestino*, el desarrollo de la bronquitis de los niños.

SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO. — Los niños atacados de bronquitis crónica presentan pocas alteraciones del estado general; no tienen fiebre, y presentan ese doble aspecto, á la vez florido y caquéctico, que Comby considera como propio linfatismo.

La tos es frecuente; procede por quintas, pero no es coqueluchóidea más que en los niños que han tenido la coqueluche ó que padecen adenopatía bronquial. Los de muy corta edad no expectoran, degluten sus esputos; después de cuatro ó cinco años, sucede algunas veces que arrojan una expectoración moco-purulenta.

Los signos físicos, son los de una bronquitis simple generalizada: sonoridad y vibraciones torácicas normales, estertores roncós, sibilantes y subcrepitantes, diseminados irregularmente. Al lado de este tipo mixto, en el cual se perciben todos estos estertores, hay casos en que están aislados, de ahí las formas de bronquitis roncós, sibilantes, crepitantes, en el orden de gravedad creciente.

Se comprueba algunas veces los síntomas del enfisema pulmonar, distensión de las paredes torácicas, sonoridad exagerada, respiración ultra-juvenil (Rilliet y Barthez). Este enfisema no es definitivo; á menos que el niño no sea raquítico, desaparece con la bronquitis que lo ha originado.

La *duración* de la enfermedad es larga; no son raras las recidivas; la bronquitis crónica infantil sufre fácilmente la influencia de las variaciones atmosféricas, mejora por el calor, se agrava por el frío y la humedad.

El *diagnóstico* es fácil; no obstante, debe pensarse en la posibilidad de una tuberculosis pulmonar, de una adenopatía bronquial. Los bronquíticos tuberculosos presentan, además de los signos locales de infiltración tuberculosa de los pulmones, una palidez y una hinchazón especiales, que no se encuentran en las bronquitis de otro origen; tienen además esa induración sin hipertrofia de los ganglios superficiales del cuerpo, que ha sido descrita por Legroux y Mirinescu.

El *pronóstico* no es muy grave, si los niños viven en un medio sano, al abrigo del contagio. Los niños atacados de bronquitis crónica no deben estar expuestos á contraer el sarampión, la tos ferina, la tuberculosis, la difteria. Hé aquí por qué, dice Comby, conviene tenerlos alejados de los hospitales, donde encontrarían una muerte casi segura.

Como *tratamiento*, Comby aconseja atacar primero la bronquitis por medio

de vomitivos y revulsivos y modificar el estado general por medio de una buena higiene, de un régimen tónico y reconstituyente, y sobre todo, el *aceite de hígado de bacalao*, que se prescribirá á grandes dosis.

La bronquitis *pseudo-membranosa crónica* puede observarse en los niños (P. Lucas Championnière), particularmente en los débiles ó tísicos. D'Espine y Picot han observado un caso, en un niño de trece años enfisematoso y asmático.

Steiner ha descrito en los niños una variedad de bronquitis crónica con el nombre de *bronquitis catarral seca*. Esta afección grave, con frecuencia mortal, no sería, según D'Espine y Picot, más que una forma de la tuberculosis de los ganglios bronquiales.

X

Bronquitis de los viejos.

La *bronquitis aguda de los viejos*, es habitualmente consecuencia de un enfriamiento. Presenta una característica, la suma facilidad con que pasa al estado crónico; y un peligro, la bronquitis capilar.

La *bronquitis crónica*, es muy frecuente en el viejo. Sucede á ataques repetidos de bronquitis aguda, á constipados descuidados, que pasan al estado crónico en virtud de la insuficiencia del corazón ó del riñón. *Las bronquitis crónicas de los viejos, son casi siempre bronquitis cardíacas ó bronquitis albuminúricas.*

Se complican prematuramente de *enfisema*. La bronquitis crónica, asociada al enfisema, es una forma morbosa habitual en la vejez. El enfisema se produce por los esfuerzos de tos, que consiguen con facilidad romper las fibras elásticas de las paredes alveolares, sin duda porque, bajo la influencia de la vejez, estas fibras adquieren una fragilidad particular.

En un viejo con bronquitis, el pronóstico y el tratamiento dependen de los resultados obtenidos por la auscultación del corazón y el examen de las orinas. (Véase *Tratamiento de las bronquitis cardíacas y albuminúricas*).

CAPÍTULO III

ESTADOS MORBOSOS QUE SON, CON FRECUENCIA, COMPLICACIONES
Ó CONSECUENCIAS DE LA BRONQUITIS

I

Bronquitis capilar (1).

La bronquitis capilar, inflamación aguda de la mucosa que tapiza las últimas ramificaciones bronquiales, ¿tiene una existencia independiente de la bronco-pneumonía y merece describirse por separado? Es una pregunta que vamos á tratar de resolver por una corta discusión histórica.

La bronquitis capilar, vagamente descrita en otro tiempo bajo el nombre de *pneumonía notha*, fue bien aislada por Laënnec. Con el nombre de *catarro sofocante*, Laënnec describió una bronquitis grave, en razón de su generalización á todos los tubos bronquiales. Andral precisó más y demostró que la gravedad del mal resulta, sobre todo, de la extensión del proceso á los pequeños bronquios, lo que suprime la hematosis y produce la asfixia.

Pero se observó que en la bronquitis capilar, el parénquima pulmonar está rara vez indemne. En 1823, Leger describía, como una lesión habitual del pulmón en el catarro sofocante, la *esplenización* que Berton, 1828, llamó *pneumonía lobular*.

En 1832 y 1835, Jøerg nota, como consecuencia ordinaria de la bronquitis capilar, una nueva alteración del parénquima, el *estado fetal del pulmón ó atelectasia*.

Desde esta época, se discute largamente sobre la cuestión de saber si estas lesiones del parénquima del pulmón, comunmente observadas en la bronquitis capilar, son de origen mecánico ó de origen inflamatorio.

Se halla bien establecido hoy por los trabajos de Lebert, Traube, Vulpian, Damaschino, Charcot, Balzer y Joffroy, que la esplenización y los núcleos de bronco-pneumonía (nódulo peribronquial de Charcot) son de origen flegmático, y resultan de la propagación del proceso flegmático de los bronquios al parénquima pulmonar, propagación que se lleva á efecto en superficie (esplenización, *pneumonía epitelial*) ó en profundidad (nódulo peribronquial). Los lazos que unen la bronquitis capilar y la bronco-pneumonía, son, pues, muy estrechos, y en el mayor número de casos, las dos afecciones coexisten y se confunden.

No cabe duda, por otra parte, que la atelectasia y el enfisema pulmonar son

(1) Gintrac, Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirur. pratiques, t. v.—Blachez, Dictionnaire encyclopedique, t. II, 1.^ª serie. Cadet de Gassicourt, Traité clinique des maladies de l'enfance t. I, Paris, 1880.