

tras que la base del mismo ha recuperado el murmullo vesicular normal; y al día siguiente se encuentra afectado el vértice derecho, en tanto que el izquierdo ya está bien y en la base ha reaparecido el proceso, etc., etc. Esta es la pulmonía catarral; variabilidad que *no debe olvidar jamás el médico* para inspirar su pronóstico en esta circunstancia, así como en la marcha oscilante que ofrecen todos los demás fenómenos, incluso la fiebre, no considerando como atenuaciones estables ó curaciones definitivas, las remisiones falaces del proceso, sino, por el contrario, manifestando á los padres lo irregular é imprevisto del curso de esta enfermedad.

Juicios clínicos.

DIAGNÓSTICO. — El primer problema nosológico que se nos presenta es el siguiente: ¿existe la *bronquitis capilar* como entidad morbosa independiente? Entiendo que no; constituye simplemente un factor importantísimo de la *pneumonía catarral*, ya que los bronquios terminales han de afectarse necesariamente para propagarse el catarro desde los de mayor calibre á los alvéolos pulmonares; sólo se comprende que pueda existir aisladamente la *bronquitis capilar* en aquellos casos de catarro generalizado y tan intenso que determine la obliteración de los bronquios terminales y acarree la asfixia antes de que se propague el proceso á las vesículas pulmonares; tal vez en algún caso no pase el catarro, por circunstancias especiales, de los bronquios finos, aunque no sobrevenga la muerte; pero será una de tantas rarezas clínicas que no da base para crear una entidad morbosa independiente.

Creo, sin embargo, que la *bronquitis capilar* no carece de relieve en la realidad clínica; pero semejante relieve está en cierto modo subordinado al conjunto del proceso pneumónico; es un matiz de éste, que se podrá exteriorizar por finas sibilancias, percibidas por la auscultación, y por ausencia de estertores de todo género en las zonas de pulmón circunyacentes; pero que ni el diagnóstico ofrecerá solidez, ni dará lugar á indicaciones especiales, pues no es un proceso aislado ni estable, sino una etapa, un detalle del estado morboso bronco-pulmonar. En efecto, ¿qué diferencias se han admitido entre la *bronquitis capilar* y la *pneumonía catarral*? El no pasar nunca la temperatura en la primera de 39° (Ziemssen), la mayor intensidad de la disnea y el que suele suministrar la percusión resultados negativos; pues bien, ninguno de estos datos es, á mi juicio, de significación absoluta, pues la temperatura fluctúa en la *pneumonía catarral*, lo mismo que la disnea, según las circunstancias, y la macidez ya he dicho que en esta última enfermedad es ligera é inconstante. Debe, por consiguiente, considerarse á

la *bronquitis capilar* como uno de tantos elementos, si bien de los más importantes, que integran á la *pulmonía catarral*.

Pneumonía catarral.

Se presenta generalmente durante el curso de un catarro bronquial, laríngeo ó nasal.

Afecta casi constantemente ambos pulmones.

El sonido á macizo, la vibración de las paredes torácicas y la broncofonía son ligeros é inconstantes.

Los estertores crepitantes son relativamente raros.

La localización del proceso es instable é irregular.

Descenso paulatino de la temperatura morbosa hasta alcanzar la cifra normal.

Pneumonía fibrinosa.

La invasión es brusca ordinariamente.

Es por lo común unilateral.

El sonido á macizo, la vibración de las paredes torácicas y la broncofonía, suelen ser más pronunciados y se observan mayor número de veces.

Los estertores crepitantes son frecuentes.

El asiento del proceso es fijo.

Descenso rápido, crítico, de la fiebre, pues desaparece en doce ó veinticuatro horas.

Ciertos casos de bronco-pneumonía de curso subagudo presentan grandes analogías con la *tuberculosis pulmonar aguda*. Apelaremos, para distinguir esta última, á la anamnesis; al estado general del niño; á la investigación estetoscópica, que nos dará á conocer la localización de los estertores en el vértice de los pulmones preferentemente, y la relativa fijeza que en su asiento presentan; la excesiva intensidad de la disnea en relación con el grado que ofrecen los fenómenos de auscultación, discrepancia que es mucho mayor en la forma sofocante que en la catarral de la *tuberculosis aguda*; la existencia de tubérculos en la coroides; el ser en ocasiones la fiebre intermitente; la mayor duración de la enfermedad; y por último, la coexistencia de una *diarrea incoercible*, si bien ésta puede presentarse sin que sea el proceso pulmonar tuberculoso.

Citaré con este motivo á un niño de tres años que padeció una *pneumonía catarral*, complicada con una *enteritis*, que alcanzaron una gravedad extrema; pues bien, la *pneumonía* desapareció, pero no conseguí vencer el catarro intestinal sino al cabo de tres meses próximamente; la curación fué completa.

El diagnóstico diferencial con la *bronquitis media* se basa, principalmente, en lo grueso de los estertores ó en la falta de éstos.

Al efecto constituye un excelente ejemplo el caso siguiente: Hace poco

tiempo visité á un niño de cuatro meses de edad, que presentaba tos muy convulsiva, 39° 3 de temperatura, y á la auscultación resultados negativos; al día siguiente existían muchos estertores mucosos repartidos por toda la cara dorsal del tórax y alguna sibilancia mediana; es decir, una intensa bronquitis media en el período acrínico el primer día que yo ví al niño, y en el período de cocción al día siguiente.

Otro problema diagnóstico importantísimo es *conocer la existencia de la pneumonia catarral* cuando se presenta en el curso de otro padecimiento, como la fiebre tifoidea, la difteria, estados caquéticos, etc., pero estando prevenidos jamás pasará desapercibida, porque nos la hará sospechar la frecuencia respiratoria, y nos permitirán averiguar indudablemente su existencia la percusión y, sobre todo, la auscultación del tórax, verificados en todos los puntos que sea preciso, pero, además, *siempre en el dorso*, pues si así no lo hiciéramos ignoraríamos muchas veces la existencia de esta enfermedad.

PRONÓSTICO.—Muy grave, y tanto más cuanto menor es la edad del niño. La gravedad de esta dolencia depende, no sólo de la grande extensión de las lesiones y de la dificultad que en la hematosis determinan, sino en la circunstancia de desarrollarse en muchos casos en el curso de otra enfermedad. La constitución débil ó debilitada por estados morbosos anteriores, las malas condiciones higiénicas, la permanencia en el hospital, etc., son circunstancias que aumentan la gravedad de la bronco-pneumonía.

TRATAMIENTO.—Se darán al niño moderadamente tibias todas las bebidas, y como alimento leche aguada únicamente, ó alternando con caldos, á los que se agregará, si es preciso, jugo de carne y algo, pero poco, de yema de huevo. Cuando el pulso esté débil, se mandará mezclar cierta cantidad de infusión de café con la leche. Se cambiará al niño frecuentemente de decúbito, poniéndole una vez de un lado y otra del otro y sentándole en la cama muchos ratos, el mayor tiempo posible—convenientemente abrigado con las mismas cubiertas de la cama y con la ropa que sea precisa—, con el objeto de que no esté demasiado tiempo en decúbito supino, lo que determinaría la congestión de la parte posterior de los pulmones. Envuélvase al niño las piernas y pies con algodón, cambiándosele si se humedece. La habitación se mantendrá en un grado conveniente de calor, y con pucheros de agua hirviendo, y mejor de cocimiento de regaliz y malvavisco se difundirá por el aire vapor acuoso.

Aparte de estos cuidados, el tratamiento de la bronco-pneumonía ofrece dos indicaciones: 1.^a, que es la más fundamental, *combatir el proceso inflamatorio*; 2.^a, *favorecer la expectoración*. Estas dos indica-

ciones—de las cuales la segunda, aunque sintomática, es también de importancia suprema—, se encuentran íntimamente relacionadas; pues todo lo que tienda á disminuir la flegmasia de la mucosa respiratoria, al restar elementos de estímulo morboso y conducir el proceso á la resolución, ha de colocar al mecanismo formador de los exudados en las condiciones en que se halla durante la declinación natural del catarro, es decir, en el período de cocción, en que los esputos pierden gran parte de su viscosidad y son eliminados más fácilmente; de igual manera que todo lo que tienda á favorecer la expectoración ha de mejorar el proceso catarral, porque facilita la respiración y libra á la mucosa de la anómala excitación que implica el contacto de los exudados. Por desgracia es más fácil formular teóricamente estas indicaciones que satisfacerlas en la práctica; veamos á qué medios se puede apelar.

Ante todo diré que, aunque conceptúo á esta flegmasia, como á todas, de índole infecciosa, no hablo de la indicación *antiséptica*, sencillamente porque, en mi opinión, aquí no se puede llenar.

Según mi experiencia personal, no siempre ofrecen la misma eficacia cada uno de los recursos que en esta enfermedad se emplean, pudiendo referirse semejante hecho, de una parte, á la especie ó especies microbianas productoras del catarro, y de otra, al grado de vigor de cada organismo.

El recurso que coloco en primera línea son las *ventosas secas*, no las de pera de goma, sino las en que se hace el vacío mediante una bomba aspirante; se aplicará la ventosa dos, cuatro, seis veces, las que sean precisas, según la extensión de la zona ó zonas pulmonares afectas, en una misma sesión, volviendo á hacer la aplicación á las ocho ó diez horas, ó antes si es necesario, en aquellos puntos en que la auscultación nos dé á conocer la existencia de lesiones pulmonares y en que la piel se halle en condiciones de sufrir la reaplicación de la ventosa, ó eligiendo sitios, á ser posible, en que aún no la hayamos aplicado. Los efectos que produce la ventosa son, sucesivamente: color rojo, cianósico, equimosis puntiformes, y los producirá mayores y hasta hemorragia libre en la superficie de la piel, si continuara aplicada; no llegaremos más que á la cianosis, pero dejando que se haga bastante pronunciada, después de lo cual abriremos la llave para que éntre el aire, y retiraremos la campanita de cristal.

Yo he hecho algunas observaciones que demuestran su grande é indiscutible eficacia; verificaba al efecto la auscultación y hallaba estertores subcrepitan-

tes; aplicaba la ventosa y volvía á auscultar *inmediatamente después* en el mismo sitio, encontrando murmullo vesicular limpio.

Su acción es verdaderamente admirable, pero por desgracia no es constante. Averiguaremos si las ventosas dan ó no resultado satisfactorio, auscultando al niño antes y después de aplicárselas y observando además el curso de la enfermedad en las horas siguientes.

El *vejigatorio* unas veces ha producido mejoría, en tanto que otras, después de quitado, he percibido estertores subcrepitantes en el mismo sitio en que había producido la vesicación; pero, en fin, cuando las ventosas no basten, aconsejo se recurra al vejigatorio rosado de Beslier, por supuesto, no quitando la película epidérmica, sino pinchándola simplemente para que salga la serosidad y colocando encima algodón hidrófilo, con lo que se seca y cura rápidamente. Hay que tener mucho cuidado de que no se desprenda la ampolla, porque aparte de que la superficie que queda al descubierto es dolorosa, tarda bastantes días en curar y constituye por lo tanto una pequeña complicación; así, aconsejo que el trozo de vejigatorio que haya de aplicarse se corte en tiras de un centímetro de anchas y se las ponga dejando entre unas y otras un espacio de tres milímetros próximamente, con el fin de que las ampollas sean más pequeñas y se evite más fácilmente su rotura, y además porque así se adhiere mejor el vejigatorio; desde las dos horas en adelante se le mira de cuando en cuando para quitarle oportunamente, con el objeto de que no obre con exceso.

El *baño sinapizado* á 38° C., y mojando al niño la cabeza con agua fresca, puede ser útil; pero este recurso constituye un arma de dos filos, porque si bien es cierto que determina una acción revulsiva, en cambio produce un estímulo general en el organismo, y tal vez después algo de decaimiento de fuerzas; el *baño templado* á una temperatura de 4° C. más baja que la de la axila del niño, puede ser conveniente alguna vez por su acción antitérmica y antiflogística, pero deprime la energía orgánica y puede determinar el colapso; así es que no aconsejo ni el sinapizado ni el tibio sino cuando hayan sido ineficaces otros medios, y ya se emplee el uno ó el otro, su duración sólo será de cinco minutos, y, según los efectos inmediatos y remotos que produzca, así se repetirá ó no.

Las *aplicaciones frías al tórax* no me inspiran entusiasmo alguno, pero tampoco las rechazo en absoluto; las he empleado en casos que han terminado por la curación y en otros cuyo desenlace ha sido funesto, sin que fueran la causa de la primera ni del segundo; las aconsejo,

pues, si bien no como recurso de elección, sino de necesidad, cuando las reclame la intensidad del padecimiento y hayan fracasado otros medios más indicados; pero obsérvense sus efectos para suspenderlas cuando sea preciso, como, por ejemplo, cuando amenace el colapso.

De los agentes que han de ser administrados al interior, el primero que aconsejo es la *quinina*; pero si no da resultado el primer día, se suspende inmediatamente y se prescribe:

Cocimiento de regaliz.....	100 gramos.
Jarabe de ipecacuana.....	15 »

Mézclese.

Para dar desde media cucharada de las de café á una grande, según la edad, cada hora, media hora antes del alimento, mezclada con la misma cantidad de agua de Vichy Hôpital, ó dando ésta aparte si el niño rechaza la mezcla.

Con este último tratamiento busco la acción expectorante.

Si en uno ó dos días no da resultado, mándese:

Para un niño de cuatro años.

Clorhidrato de amoniaco.....	1 gramo.
Infusión de salvia.....	60 »
Jarabe de polígala.....	15 »

Mézclese.

Para tomar una cucharada de las de café cada tres horas. Si no se obtiene mejoría agréguese á esta poción un gramo de *benzoato de sosa* y tómese de igual manera.

Si resultaran estos medios insuficientes, se prescribirá:

Goma amoniaco.....	50 centigramos.
Jabón medicinal.....	15 »
Infusión de polígala.....	30 gramos.
Jarabe simple.....	30 »

Mézclese.

Para tomar en las veinticuatro horas, dando una cucharada de las de café cada dos horas. Agítese antes de usarlo.

Si no da resultado esta poción, se la reemplaza por

Nitrato de pilocarpina.....	2 miligramos.
Agua destilada.....	30 gramos.
Jarabe simple.....	10 »

Disuélvase y mézclese.

Para tomar una cucharada de las de café cada tres horas.

Si está el niño algo decaído, prescribásele, suponiendo que el aparato digestivo se halle en estado normal:

Extracto blando de quina gris.....	10 centigramos.
Tintura de cascarilla.....	50 »
Jarabe de canela.....	45 gramos.

Mézclese.

Para tomar media cucharada de las de café disuelta en un poco de agua cada tres horas. Dése al niño además un poco de vino de Jerez, mezclado con agua, después del caldo.

Empléense, por último, si es preciso, la infusión de hojas de digital, las inhalaciones de oxígeno, las inyecciones hipodérmicas con la solución de cloruro de sodio en agua destilada y hervida al 7 por 1.000, y las de aceite alcanforado.

Adenopatía tráqueo-bronquial.

Esta enfermedad ha sido también denominada *tuberculosis de los ganglios bronquiales, tisis bronquial y tuberculosis de los mediastinos.*

CONCEPTO ETIOLÓGICO-PATOGÉNICO.—La época de la vida en que con más frecuencia aparece este estado morbozo es entre los tres y los once años, hecho explicable por la mayor facilidad con que los ganglios se afectan en la infancia por la gran actividad linfática del aparato respiratorio.

Entre las causas de orden morbozo figuran las enfermedades de los órganos que envían sus vasos linfáticos a los ganglios afectados, como la tráquea, los bronquios y el parénquima pulmonar. Estas enfermedades pueden ser de dos clases: unas, como el sarampión, la tos ferina, la gripe, etc., las cuales llevan a los ganglios una infección que los altera más ó menos y los predispone a la tuberculización; y otras los procesos tuberculosos, y aun el mismo bacilo de Koch, que haya penetrado con la corriente inspiratoria y, sin haber determinado lesión en el aparato respiratorio, atraviesa el epitelium y es conducido por los linfáticos directamente a los ganglios, en los que se fija y reproduce. Cuando la infección ganglionar es una de las comprendidas en la primera clase, obra como causa predisponente, y si pertenece a la segunda, como determinante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.—Ya asiente el neoplasma en el centro del ganglio, que es lo más general, ó distribuido en distintos puntos, la tendencia natural del proceso es a invadir toda la glándula. Es variable el volumen que adquieren los ganglios, así como el número de ellos que se encuentra afectados, toda vez que puede estar limitada la tuberculosis a unos cuantos ó extenderse a muchos, dando lugar entonces, por la aproximación de unos a otros, a masas de un volumen considerable, como por ejemplo, el del puño de un niño ó el de una na-

ranja mediana; siendo de notar que los ganglios intrapulmonares, ó sea los que están adheridos a las ramas de subdivisión de los bronquios, nunca alcanzan tan grandes proporciones, sino tan sólo los que están situados fuera del pulmón.

El curso de las lesiones refleja las fases evolutivas del tubérculo, que, como sabemos, se presenta primero en estado de crudeza y después en el de reblandecimiento, pudiendo ocupar la materia reblandecida una pequeña porción del centro del ganglio ó encontrarse éste transformado en una especie de quiste cuyo contenido es una sustancia puriforme. Estos focos pueden abrirse en un bronquio, siendo su contenido arrojado al exterior por la expectoración, lo que se observa principalmente en los ganglios que se hallan envueltos por el parénquima pulmonar, porque son los que encuentran más dificultad en su morbozo movimiento de expansión. Mas los ganglios linfáticos reblandecidos no se abren únicamente en los bronquios, sino que se han observado casos en que se produjo la perforación del esófago, de la arteria pulmonar, así como también se han abierto en ocasiones en el pericardio ó en la pleura.

Pueden determinar los ganglios, merced a su aumento de volumen, compresión en los órganos inmediatos, ya en los pneumogástricos, en la tráquea, en los bronquios, en los pulmones y, aunque más rara vez, en la arteria pulmonar, en la vena cava superior, en las pulmonares, etc.

A veces existe únicamente la tuberculosis en los ganglios torácicos, pero con bastante frecuencia la ofrecen también el pulmón, las meninges, el peritoneo, el intestino ú otros órganos.

PATOGRAFÍA.—Es confuso el cuadro sintomático que ofrece la tuberculosis de los ganglios del mediastino, ya porque semejantes lesiones permanecen latentes ó despiertan casi exclusivamente fenómenos indirectos ó poco marcados, ó bien por su frecuente coincidencia con alteraciones de la misma índole en el pulmón; cuando ocasiona síntomas más característicos es cuando los ganglios afectados se ponen en relación directa con la pared torácica ó comprimen los órganos inmediatos.

Después del período de invasión, cuyos síntomas son variables, se presenta tos seca, frecuente y paroxística, parecida a la de la tos ferina, por cuya razón ha sido denominada *tos coqueluchoide*, pudiendo ir ó no seguida de vómitos, si bien en algunas ocasiones no ofrece la tos carácter alguno particular. A veces se observa una afonía ó enronquecimiento de la voz intermitentes. La respiración se verifica con facilidad ó existe disnea con exacerbaciones; estos ataques ortopneicos pueden repetirse varias veces al día, ya de una manera imprevista ó a causa de cualquiera influencia excitante, y desaparecer después de cierto tiempo. Se produce abotagamiento y una ligera lividez del rostro, así como dilatación de las venas del cuello. Los resultados de la auscultación son variables, pues ora son negativos, ora se nota debilidad del murmullo vesicular, ó bien indican una afección pulmonar ó pleurítica;