á la complicacion. Antes de los cinco ó seis años tal vez es mucho mas grave la pleuresía, aun en estado de simplicidad: no la hemos observado en esta edad.

Tratamiento. Tiene las mismas indicaciones que en la edad adulta. Siendo la pleuresía simple, debe empezarse con las emisiones sanguíneas, proporcionándolas á la intensidad de los síntomas inflamatorios jenerales y locales, á la resistencia del mal y á las condiciones idiosincrásicas del enfermo. Cuando se halla ya en estado sub-agudo, tienen muy buena aplicacion los revulsivos y en particular los vejigatorios mas ó menos repetidos sobre el pecho: y es muy útil el procurar al mismo tiempo una derivacion hácia la piel con los diaforéticos, hácia los riñones con los diuréticos y hácia los intestinos con los purgantes, entre los cuales deben preferirse los hidragogos. Muchos prácticos se contentan con el solo uso de los medios hijiénicos en el tratamiento de la pleuresía simple sub-aguda, pero no debe imitarse siempre esta conducta.

Si la pleuresía está complicada con la pneumonia, el tratamiento es igual á corta diferencia; solo que podrá darse el tártaro emético á alta dosis, como en esta. En los niños de poca edad debe tenerse presente que la pneumonia coincidente agrava mucho el pronóstico de la pleuresía porque, como dificilmente termina aquella en ellos por resolucion, ocasiona una mayor intensidad en la pleuresía que la hace pasar con mas fácilidad á la supuracion, y la hace asi casi incurable: debemos pues, en este caso, emplear todos los medios indicados con mayor teson y persistencia, bajo las reglas prescritas con respecto al tratamiento de la pneumonia lobulillar.

Hay otra variedad de la pleuresía complicada en la cual el tratamiento debe ser á la vez prudente y activo; hablamos de la que sobreviene en seguida de las hidropesías consecuentes á la escarlatina. En su lugar hablaremos con mayor estension de ellas, y aqui debemos manifestar solamente que cuando los derrámenes pleuríticos escarlatinosos se manifiestan acompañados de inflamacion y está bien caracterizada la pleuresía, debemos recurrir con resolucion á algunas evacuaciones sanguíneas locales, á los vejigatorios y á los drásticos. Los baños de vapor y los demás exitantes diaforéticos, que tan buenos efectos dan en la anasarca escarlatinosa apiréctica, son muy

dañosos luego que se añade á los derrámenes esplácnicos un estado inflamatorio, aun lijero; pues que este se agrava rápidamente bajo su influencia, y raras veces escapan de la muerte los enfermos.

§ II.

De la pleuresía crónica.

Si se separan los casos en los cuales la pleuresía crónica es accesoria á la enfermedad tuberculosa, puede decirse que en los niños raras veces se observa. A pesar de que se encuentre en un sujeto cuyo pulmon sea tuberculoso, puede constituir la enfermedad principal, si los tubérculos están poco adelantados y aquella consiste en un derrame considerable y purulento: entonces puede ser la causa principal de la muerte. Considerando pues á la pleuresía crónica realmente simple como muy rara en los niños, omitiremos su descripcion, porque no pudiéramos hacer mas que presentar la que es propia del adulto, lo que seria suponer su identidad y seguir por consiguiente una marcha poco científica.

ARTÍCULO III.

DE LAS PERFORACIONES PULMONARES.

No son muy raras en los niños estas perforaciones, por medio de las cuales se establece una comunicacion entre la cavidad de los bronquios y la de la pleura; y aun pudiéramos añadir, si quisiéramos referirnos á nuestra sola esperiencia, que son mas frecuentes en ellos que en el adulto.

En el estado actual de la ciencia, la historia de estas perforaciones presenta mucho interés con respecto á la anatomía patolójica, á las causas y á los síntomas; pero por lo que toca al tratamiento poco ó nada se ha adelantado. Casi constantemente están producidas por la enfermedad tuberculosa; por consiguiente, en vista de la ignorancia en qué nos hallamos con respecto á los medios propios para combatir eficazmente esta enfermedad, es fácil de conocer que nos es imposible el

prevenir la complicacion accidental que aquellas producen en la marcha de los tubérculos pulmonares. Por otra parte, es sabido que á veces la naturaleza cura espontaneamente las fístulas pleuro-bronquiales; pero no conocemos medicacion alguna capaz de procurar este feliz efecto, que reduzca la afeccion á su primitivo estado de simplicidad y disminuya la gravedad del pronóstico. No pueden pues emplearse contra el pneumo-torax sino medios paliativos.

Todas las investigaciones hechas acerca las perforaciones pulmonares, despues de Laennec, no han hecho mas que confirmar las indagaciones de este sabio é injenioso observador. Juicioso y tal vez demasiado reservado el inventor de la auscultacion, no se había atrevido á establecer, en vista de su observacion aunque muy estensa, que estas perforaciones en casi todos los casos son efecto del reblandecimiento de un tubérculo situado cerca de la pleura. Pero en estos últimos tiempos, en vista de las observaciones de los Sres. Reynaud, Andral, y Louis, y de las que se encuentran en los periódicos de medicina, se ha establecido como ley jeneral la frecuente coincidencia de las perforaciones pulmonares con la enfermedad tuberculosa: apenas pueden citarse algunas observaciones de pneumo-torax consecutivo á un absceso, á una gangrena ó á una perforacion simple del pulmon y de la pleura. Se puede presumir que Laennec no adelantó hasta esta jeneralizacion porque había observado una falta de concordancia entre el sitio de la tisis y del pneumo-torax. En efecto, es sabido que había adoptado la opinion de la mayor frecuencia de los tubérculos en el pulmon derecho; opinion que no ha podido sostenerse en vista de las numerosas observaciones exactamente recojidas en estos últimos años (Andral, Louis). Habiéndole parecido al contrario mas frecuente el pneumo-torax en el lado izquierdo, parecía tambien que de la falta de relacion en el sitio de ambas afecciones debía deducirse que no había relacion alguna de causas entre ellas. Ahora sabemos que no es fundada la opinion de Laennec acerca el sitio de los tubérculos, pues que esta enfermedad es mas frecuente en el pulmon derecho, ó por lo menos que si ambos pulmones se hallan afectados en un mismo enfermo, como sucede regularmente, la lesion es casi siempre mas grave en el izquierdo. El pneumo-torax es asi mismo mas frecuente en el lado izquierdo que en el derecho, como lo ha probado M. Reynaud.

Somos de parecer que esta regla establecida para el adulto no es menos aplicable á la infancia. Vamos pues á ocuparnos en el estudio de estas perforaciones; y para facilitarlo formaremos de ellas tres grupos diferentes: en el 1.º comprenderemos todos aquellos casos en qué no hemos podido dudar del oríjen tuberculoso de la perforacion; el 2.º constará de aquellos en quienes no ha sido evidente este oríjen, pudiendo atribuirse la perforacion á un absceso consecuente á una pneumonia, y por fin, en el 3.º hablaremos de ciertos casos de una especie particular, acerca cuya naturaleza nos parece difícil por el presente establecer una opinion determinada.

§ PRIMERO.

De las perforaciones tuberculosas del pulmon.

El autor cita cuatro observaciones suyas en las cuales ha encontrado estas perforaciones, y solamente en una de ellas pudo diagnosticarse esta lesion durante la vida. En este caso la enfermedad era probablemente efecto de la abertura purulenta de un tubérculo pulmonar situado cerca de la pleura, que se inflamó y abrió en este punto; y no se presentó con la reunion de circunstancias que se notan en el adulto. En él fué notable la curacion de la fístula bronquial y del pneumo-hydro-torax; pero es probable que los tubérculos siguieron su marcha ordinaria y que el niño murió tísico; lo que no sabe positivamente el autor porque aquel salió del hospital despues de curada la complicacion de los tubérculos. En otra de las observaciones no se reconoció durante la vida la existencia de la fístula pleuro-bronquial, y en su inspeccion cadavérica no fué muy fácil el decidir si la perforacion se había efectuado de dentro á fuera del pulmon por un absceso tuberculoso, ó si había tenido lugar de fuera á dentro consecutivamente al derrame pleurítico que por ahi habría hallado camino para salir por los bronquios. Favorece esta última opinion el considerar que la perforacion pleurítica no terminaba en una verdadera caverna tuberculosa, sino en un trayecto prolongado por el

cual se comunicaba con un bronquio; que el pulmon izquierdo no contenía ninguna otra caverna tuberculosa, y que la fístula se hallaba situada en el lóbulo inferior, en el cual raras veces supuran los tubérculos mas pronto que en el superior: al contrario podrá admitirse el oríjen verdaderamente tuberculoso de la perforacion, considerando que ambos pulmones se hallaban desde mucho tiempo afectados de tubérculos si se juzga por los conmemorativos; que la fístula se hallaba en el pulmon izquierdo, y que si no habia otras cavernas en este pulmon fué porque desde que el derrame pleurítico produjo su hundimiento y la inactividad de sus funciones no pudo desarrollarse en él tan fácilmente la inflamacion que causa la supuracion de los tubérculos. En los otros dos casos ocasionaron la perforacion del parénquima pulmonar causas mas complexas; pues contribuyeron igualmente á ello por una parte los tubérculos y por otra la pneumonia. No puede ponerse en duda que influyó en su produccion un reblandecimiento tuberculoso, pues que se encontró la materia tuberculosa en el espesor y aun en la superficie de las paredes de las escavaciones; pero este reblandecimiento tuvo lugar bajo la influencia de una pneumonia aguda. Lo que lo prueba es que las escavaciones se hallaron en el lóbulo inferior, que era el sitio principal de la pneumonia; el qué no se hallaron cavernas en los puntos que no estaban inflamados, y por fin su formacion rápida que no se anunció por murmullo sino pocos dias antes de la muerte.

Si se hubiesen inspeccionado superficialmente, se hubieran podido considerar á estas escavaciones como simples abscesos pneumónicos; pero examinándolos con atencion reconoció Barrier la materia tuberculosa en sus paredes, y asi conoció que la pneumonia solo habia contribuido á su formacion como causa ocasional; siendo de creer que sin la existencia anterior de los tubérculos probablemente no habria terminado la pneumonia con la formacion de abscesos; pues esta terminacion rarísimas veces se efectúa en ella siendo simple, como se ha dicho en su lugar.

En dichos casos las escavaciones, antes de perforar la pleura, se habian vaciado ya seguramente por los bronquios; pues que no se halló la mas mínima cantidad de pus en la cavidad

de la pleura, en la cual se encontró solamente aire. Cuando se formó este pneumo-torax estaba ya demasiado adelantada la enfermedad para haberse podido diagnosticar por medio de la auscultacion y de la percusion; pero se comprende que una pneumonia poco estensa y poco grave en apariencia podria ocasionar con la misma facilidad el reblandecimiento de los tubérculos y una perforacion pulmonar. Este accidente pudiera pues diagnosticarse si acaeciese en un niño que todavía no se hallase afectado de síntomas graves, en cuyo caso habiéndolo reconocido, deberia agravarse el pronóstico, porque además de la pneumonia y de los tubérculos habria una pleuresía aguda, y tambien porque basta el solo pneumo-torax para suspender completamente la respiracion y la hematosis en el pulmon que comprime.

De lo dicho se infieren las diferencias que presentan estas cuatro observaciones, y en particular las dos últimas, con respecto á lo que se nota regularmente en el adulto; y sin embargo en todas ellas se observa una circunstancia comun que es tambien propia de los mas de los casos en una edad mas adelantada, es decir, la situacion de las perforaciones en el pulmon izquierdo. En los tres casos seguidos de autopsia se encontró la perforacion en la base del pulmon y no en su vértice; y en el resto de este órgano solamente se hallaron tubérculos duros, y ninguna caverna en el lóbulo superior. En los dos últimos, la pneumonia por lo menos ha contribuido tanto á la produccion de la perforacion como la enfermedad tuberculosa; y bajo este punto de vista estos dos casos se diferencian mucho mas que los dos primeros de los que se observan en las demás edades, pues en ellas la pneumonia casi nunca toma parte en la produccion de las fístulas pleuro-bronquiales.

El tratamiento de las perforaciones pulmonares tuberculosas casi nunca puede ser sino paliativo, porque no poseemos medio alguno capaz de obrar directamente sobre el punto enfermo y de procurar la cicatrizacion de la fístula pleuro-bronquial; y por otra parte aun cuando se consiguiese esta cicatrizacion solo se curaria la complicacion de la enfermedad tuberculosa, pues esta permanece y continúa en su marcha regular. Sin embargo, el práctico no siempre debe permanecer

pasivo, pues su deber le obliga á procurar el alivio del enfermo, prescribiendo una sangría mas ó menos copiosa, cuando este no se halla muy debilitado, para moderar la difnea que esperimenta y la intensidad de la pleuresía que debe resultar del derrame producido por la perforacion. Es igualmente aplicable para estos casos el tratamiento que recomiendan los médicos ingleses en las perforaciones intestinales, ó sea el uso de los opiados á alta dosis. El narcotismo no solamente tiene por efecto la disminucion de la difnea y del dolor, sino que disminuye tambien la tos, y de esta manera previene el derrame mas abundante de las materias contenidas en el trayecto de la fístula y en la caverna: no efectuándose, ó siendo poco abundante este derrame en la cavidad de la pleura, esta debe inflamarse con menor intensidad, y asi se disminuyen los síntomas. Además, la quietud en el pulmon afecto, para la cual contribuye el narcotismo, aunque incompleta, hace que sean mucho mas fáciles la adesion y la cicatrizacion de las paredes de la fístula pleuro-bronquial; y una vez se ha efectuado esta adesion, el gas que queda en la cavidad de la pleura no tarda en reabsorverse; entonces el pulmon adquiere otra vez poco á poco su aptitud para la respiracion, y la enfermedad tuberculosa vuelve á su estado de simplicidad. M. Constant insertó en la *Gazette medicale* del año 1835 (pájina 571), una observacion muy interesante de pneumo-torax tratado segun estas indicaciones con tan buen éxito como podia esperarse.

§ II.

De las perforaciones inflamatorias del pulmon.

Dos casos refiere Barrier que se diferencian de los que han ocupado el § 1.°, porque en ellos no se encontraron tubérculos en el pulmon perforado, y solo se hallaron vestijios de materia tuberculosa en el del lado opuesto y en algunos ganglíones linfáticos del mediastino. Es pues sumamente probable, por no decir cierto, que los abscesos pulmonares y las perforaciones determinadas por ellos fueron del todo independientes de la enfermedad tuberculosa, y no tuvieron otra causa

que la pneumonia muy aguda y muy intensa que les precedieron. Como pruebas confirmativas de ello debe notarse que los abscesos se hallaron en el pulmon derecho y en su base, en lugar de ocupar el vértice del pulmon izquierdo, como suelen hacerlo las cavernas tuberculosas.

Una de estas observaciones fué muy interesante porque la enfermedad pudo diagnosticarse completamente durante la vida, en atencion á que la perforacion complicó á una pneumonia grave, pero bastante poco estensa, y que no habia todavía reducido al enfermo al estado en que se hace imposible la esploracion de los señales físicos; asi es que pudo observarse bien la dilatacion del lado afecto, el retumbo anormal en la parte superior, la matitis en la inferior, la respiracion amfórica y el sonido metálico. No se investigó el sacudimiento del pecho, que ya aconsejó Hipocrates, y asi no puede saberse si se hubiera encontrado la fluctuacion que tantas veces se ha observado en casos de este jénero, y acerca cuya importancia ha insistido tanto Laennec. En el otro caso, el enfermo estaba demasiado fatigado para que pudiese practicarse la percusion y la auscultacion, y eran ya tan graves los síntomas racionales que la perforacion, aun suponiendo que se hubiese efectuado muchos dias antes de la muerte, casi nada habria añadido á su intensidad; y por consiguiente solo pudo conocerse en la autopsia.

Considerada la perforacion del pulmon como complicacion de una pneumonia ya bastante grave por sí para ser necesariamente mortal, presenta muy poca importancia, mayormente cuando no sobreviene sino hácia el fin de la vida; pero si la pneumonia fuese mas lijera ó no fuese mortal por haber dado lugar á la formacion de un pequeño absceso, se volveria infinitamente mas grave si este absceso en lugar de evacuarse solamente por los bronquios, se abria tambien en la pleura. Efectivamente entonces además de que cesa en el pulmon la respiracion á causa de la compresion que ejerce sobre él el aire extraviado, sobrevendria casi necesariamente un derrame purulento en la pleura.

Muchos médicos ingleses han establecido que podia efectuarse una exalacion de gas en la superficie de la pleura en el curso de las pneumonias. M. Grisolle, que discute esta opi-

nion, piensa que los hechos en qué se apoya, sobre todo los que cita M. Hudson, fueron probablemente mal observados, y pone tambien en duda la exactitud de los que refieren los Sres Graves y Stockes, ó por lo menos hace observar que, habiéndose curado los enfermos, no se funda en pruebas inequívocas la interpretacion de estos hechos tal como aquellos la han establecido. Creemos como M. Grisolle que en el caso de M. Stockes, la larga duracion de la enfermedad y los síntomas de la calentura héctica deben hacer admitir que además de la pneumonia habia alguna otra alteracion grave de los pulmones, que ocasionó probablemente un pneumo-torax. Por fin, el pneumo-torax sin perforacion del parénquima pulmonar es un hecho tan sumamente raro, tan escepcional que tal vez no hay de él un ejemplo bien auténtico; si el diagnóstico de los observadores ingleses ha sido exacto en cuanto á la presencia de un gas en la pleura, nos parece mas racional, en lugar de atribuirlo á la exalacion gaseosa de la pleura, el admitir que ha habido una perforacion pulmonar producida por un pequeño absceso vaciado ya antes en los bronquios y abierto con un agujero muy pequeño que se cerró antes de que se hubiese derramado por él una cantidad de pus suficiente para ocasionar la inflamacion sub-aguda de la pleura y la produccion de los signos físicos del pneumo-hydro-torax con fístula pleuro-bronquial.

En todos los casos que hemos observado, la perforacion se ha efectuado por pequeños abscesos simples ó tuberculosos, y nunca en seguida de la gangrena del pulmon. Esta terminacion de la pneumonia es probablemente muy rara en los niños, pues que nunca la hemos observado, y los autores que se han dedicado en la curacion de aquella enfermedad en ellos parece que tampoco la han hallado nunca ó casi nunca. Por otra parte, al presente se sabe ya, como lo habia afirmado Laennec, que la gangrena del pulmon se desarrolla lo mas comunmente cuando no hay ninguna especie de pneumonia, de la cual puede apenas considerarse como terminacion.

§ III.

De las perforaciones idiopáticas del pulmon.

En el cadáver de un niño de seis años afectado de meninjitis tuberculosa, encontró Barrier equímoses superficiales en los pulmones, cuyo tejido parecia mas desmenuzable que en el estado natural, lo mismo que la pleura vecina; y al nivel de tres de estos equímoses halló un desgarro ó abertura simple, de la pleura, reciente y poco estenso, que debia interesar necesariamente las vesículas sub-yacentes. Estas perforaciones no tienen evidentemente relacion alguna con las que hemos examinado en los dos párrafos anteriores, pero son bien suficientes para esplicar el pneumo-torax que se halló en el cadáver; solo que debe notarse que esta acumulacion de gas no se efectuó con rapidez, pues ocasionó poco á poco y gradualmente la dificultad de respirar, y esto debió coincidir con una lesion tan poco estensa y tan superficial del parénquima pulmonar como se notaba, pues que no hallándose roto ningun bronquio un poco voluminoso, el aire se extravasaba en el pecho en muy poca cantidad á la vez en cada movimiento respiratorio. Se halló tambien, y esto es lo mas extraordinario, una cantidad bastante considerable de sangre negra, líquida y aun tibia, (mas de tres onzas en cada pleura) que debió proceder, ó bien de la superficie muy poco estensa de las aberturas pulmonares ó de una exalacion sanguínea de la membrana serosa; pero el primer oríjen parece infinitamente mas probable que el segundo, á causa de la infiltracion sanguínea que rodeaba las aberturas y que se encontraba tambien en otros puntos del pulmon.

La cuestion mas difícil de resolver es el saber si el desgarro del pulmon fué favorecido por la infiltracion sanguínea, y cual fué la causa ocasional de su produccion. El enfermo, en el dia antes de su muerte, tuvo un acceso de tos y de sufocacion y despues se repitieron estos accesos hasta que murió á las tres de la madrugada. ¿Puede pues atribuirse á los solos esfuerzos expiratorios la produccion de los desgarros? Esta seria una conclusion muy disputable, en atencion á los poquí-

simos casos en qué los solos esfuerzos expiratorios mucho mas considerables que los que esperimentó el enfermo de que se trata, producen el desgarro del pulmon y de la pleura. Es sabido que los esfuerzos de la tos algunas veces hacen romper algunas vesículas y que pasa el aire al tejido celular que se halla entre los lobulillos y debajo de la pleura, pero en todos estos casos esta membrana se resiste á la impulsion del aire que no pasa á su cavidad. Cuando por los esfuerzos de la tos ú otros sobreviene un enfisema del tejido celular de todo el cuerpo, no debe admitirse necesariamente un desgarro de la pleura pues que no aparecen los síntomas de un pneumotorax. En el caso pues que nos ocupa, parece poco probable que los esfuerzos expiratorios hubiesen ocasionado la abertura de la pleura si esta membrana no hubiera estado reblandecida y hecha mas quebradiza por la infiltracion sanguínea que en el cadáver se hallaba en el espesor de su tejido y en las vesículas sub-yacentes. ¿Pero de que naturaleza era esta infiltracion sanguínea á que siguió el reblandecimiento y á cual circunstancia patagnomónica puede atribuirse? El hecho consignado en la observacion que nos ocupa llamó vivamente la atencion de Barrier, y pensando que podia tal vez hallar alguna relacion entre la meninjitis tuberculosa y la lesion observada en el pecho, resolvió examinar con un cuidado particular los pulmones de todos los niños que mas tarde viese morir de meninjitis, pero no ha podido encontrar en ellos otro ejemplo de perforacion; sin embargo en quince autopsias de niños afectados de aquella enfermedad ha hallado tres ó cuatro veces una infiltracion sanguínea que tenia los caractéres arriba espresados, es decir, se hallaba diseminada en la superficie de los pulmones formando manchas casi siempre situadas en la parte posterior y en la base del órgano, superficiales y ocupando solamente la pleura y las vesículas subyacentes, acompañadas de reblandecimiento y de friabilidad de sus tejidos. ¿Puede esplicarse esta lesion que definitivamente no parece mas que un equímosis, por una lesion vital profunda que es fácil de concebir en una enfermedad como la meninjitis? La observacion no alcanza á esto, y el autor prefiere dejar dudosa esta cuestion que no el establecer una conclusion que no sea bien probada.

ARTÍCULO IV.

DE LAS ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS.

Las enfermedades de los bronquios que deben estudiarse de una manera especial en la infancia, ya á causa de su grande frecuencia ya por las modificaciones que la edad debe imprimir en su descripcion, son el catarro, y la coqueluche. La primera de estas dos afecciones debe fijar sobre todo nuestra atencion; pero antes de ocuparnos en su historia, estudiaremos el catarro en jeneral, sino de una manera completa, por lo menos bajo el punto de vista de la predisposicion que tienen los niños á contraer esta enfermedad en la mayor parte de sus membranas mucosas, y asi en ellos presentan estas afecciones catarrales una importancia de primer órden. Unas veces constituyen por si solas estados morbosos idénticos en su fondo y solamente variables en cuanto á su sitio, como el catarro del tubo dijestivo, el pulmonar, etc.; y en otras entran como elementos de variable importancia en la constitucion de muchos estados morbosos complicados, como los catarros sintomáticos que se observan en muchas enfermedades, tales como las calenturas tifoideas y exantemáticas, la disentería, la coqueluche, la pneumonia lobulillar, etc. En todos estos casos el catarro requiere mucha atencion en los niños como hemos manifestado ya diferentes veces y tendremos ocasion de recordarlo otras muchas; pues aunque muy á menudo solo parece accesorio con relacion al otro estado patolójico, adquiere sin embargo un valor indudable, ya modificando la marcha del mal, ya indicando el uso de medios terapéuticos particulares.

§ PRIMERO.

Del catarro en jeneral.

Los niños se hallan muy predispuestos á las enfermedades inflamatorias y catarrales de las membranas mucosas por la actividad considerable de las funciones y de la circulacion capilar de estas membranas, y por la mayor irritabilidad de las mismas.