

GACETA MÉDICA DE MÉXICO

PERIODICO

DE LA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MEXICO.

PEDIATRIA.

Algunas consideraciones sobre patología pulmonar infantil.

La constitución médica reinante me ha fovorecido para presenciar algunos casos clínicos referentes á las afecciones pulmonares de los niños durante los primeros años de su vida, y he creído de interés relatar ante esta Honorable Academia las observaciones que de estos hechos clínicos he podido hacer.

No es mi programa describir todas las afecciones pulmonares desde los diversos puntos de vista etiológico, patogénico, sintomático y terapéutico, estos son asuntos que están más ó menos bien tratados en los libros de medicina y solo me propongo estudiar aquellos que ya por su naturaleza, bien por su poca frecuencia ó por su importancia terapéutica tienen interés práctico.

De las afecciones que originan mayor mortalidad en la primera infancia, las del aparato pulmonar ocupan el segundo lugar y el especialista en enfermedades de niños, después del estudio concienzudo de la alimentación, debe consagrar su atención á la profilaxia y terapéutica de la patología pulmonar. Aquí, como en las afecciones del tubo digestivo, el papel del médico está perfectamente caracterizado: vigilar cuidadosamente la alimentación, conocer la técnica, saber calcular la ración alimenticia en cada caso, cambiar los alimentos oportunamente, etc, son los factores de que el médico dispone para evitar, disminuir ó salvar la vida de los pequeños seres que se le ponen á su cuidado.

Igualmente el papel del higienista en las enfermedades pulmonares, es vigilar que la función de la respiración se verifique con corrección para que no solo desempeñe debidamente la necesidad fisiológica del niño, sino que también evite, disminuya ó modifique las lesiones respiratorias.

El problema en este caso es más difícil de vigilar que el de la alimentación, porque en esta, el factor alimento, relativamente es fácil de ser sujetado al control por el higienista y por los encargados de dar el alimento al niño; mientras que en el caso de la función respiratoria, el factor aire, no es tan manejable, ni cuantitativa, ni cualitativamente por los que rodean al niño. Por fortuna para él, si no es tan sencillo modificar en sus cualidades el aire, la Naturaleza que es muy sabia, cuenta con diversos agentes físicos que lo purifican en la mayoría de las veces, y el organismo del niño por otra parte, cuenta también con elementos que lo defienden de sus impurezas: la nariz filtrando el aire y la secreción nasal con su poder bactericida, permiten en parte que el aire que recorre el árbol respiratorio se purifique. La fagocitosis por otra parte, lucha con los gérmenes introducidos al organismo delicado del niño y lo defienden parcialmente de sus enemigos. Sin embargo, á pesar de estas defensas naturales, sucede que dada su organización especial, su mayor pérdida de calórico, comparado con el adulto, las peculiaridades anatómicas de su aparato pulmonar caracterizadas por el desarrollo incompleto de sus partes y que trae también, como consecuencia de la posición horizontal del diafragma y lo voluminoso del hígado, una ventilación defectuosa del pulmón, sucede, repito, que estas condiciones favorecen las afecciones respiratorias á tal grado, que en la mortalidad infantil ocupan el segundo lugar.

El invierno y la primavera, son las estaciones del año que más contribuyen en la patología pulmonar y en la mesa central son causas de primer orden, porque las grandes variaciones de temperatura y las bajas termométricas en el invierno, favorecen los enfriamientos, ó mejor dicho, según las apreciaciones modernas, debilitan el organismo, provocan congestiones viscerales y lo predisponen á las lesiones inflamatorias del aparato respiratorio. Si á estos factores se añade que en estas estaciones acontece que los vientos son más dominantes llevando consigo

multitud de gérmenes é impurezas que modifican las cualidades del aire, se explica que lo hagan nocivo, perjudicando al organismo y con especialidad al árbol respiratorio.

El factor polvo, asociado con gérmenes é influenciado por las temperaturas, nosológicamente obra para el desarrollo de muchas afecciones infantiles que como el sarampión, el coqueluche, la varicela, etc., se presentan epidémicamente en esta época del año y que á su vez contribuyen poderosamente en las lesiones respiratorias.

De estas afecciones, las que mayor contingente dan á la mortalidad, son las bronconeumonías y tienen una importancia capital en la morbosidad infantil.

En 1905 por ejemplo: en 1000 defunciones de niños de 0 á 1 año, el aparato respiratorio ocupó el primer lugar, dando la cifra de 339.50 como coeficiente, consignándose en los boletines, 802 por bronquitis, 416 por bronconeumonía y 494 por neumonía.

Aun cuando en este año aparece superior la cifra de mortalidad por neumonía comparada con la bronconeumonía, es casi seguro que muchas congestiones pulmonares y bronconeumonías propiamente dichas, hayan sido tomadas por neumonías, pues sabemos que la clínica infantil enseña que son más frecuentes las bronconeumonías que las neumonías fibrinosas. Por otra parte, la anatomía y la fisiología patológica, nos dan el por qué de esta superioridad.

La fineza de los bronquios y su poca elasticidad, hacen que los agentes físicos irritantes y los gérmenes, se estacionen desde luego en sus paredes, tendiendo más bien á la difusión que á la localización á generalizarse más que á limitarse y vemos en la clínica casos donde la flegmasía extendiéndose rápidamente á los bronquios de mediano calibre, trae consigo la asfixia mortal antes que los bronquios pequeños hayan sido invadidos por la flegmasía y mucho menos que hayan alcanzado los alvéolos.

En la bronconeumonía, el elemento más importante de su patogenia, es la congestión que interviene en mayor ó menor intensidad durante toda la marcha de la enfermedad. Este proceso es tan característico que puede considerarse como el canavá donde se vá á bordar la bronconeumonía y su papel es tan

importante que en la clínica, en un solo examen es difícil y aun á veces imposible distinguir lo que corresponde á la congestión y lo perteneciente á la flegmasía.

Muchas veces se hace el diagnóstico de bronconeumonía, y á los dos ó tres días, la temperatura ha bajado á la normal y los signos estetoscópicos han desaparecido, demostrando claramente que sólo eran signos congestivos.

Cadet de Gasicourt, que sin duda alguna es de los clínicos que mejor han descrito esta enfermedad, dice y con justicia, que la movilidad, la fugacidad de los signos y la brusquedad de los síntomas generales, son los caracteres de la congestión y que la duración y persistencia de estos fenómenos, ponen en claro el proceso congestivo.

Se ha dicho por todos los autores que la marcha de la temperatura en las bronconeumonías es muy irregular dando al trazo la forma de una línea quebrada, cuyos vértices superiores son ya matutinos, ya vespertinos.

Estas irregularidades están en relación íntima con el proceso congestivo. La elevación brusca de la temperatura en la congestión pulmonar, es un dato de gran valor para el diagnóstico, de tal manera importante que si en una bronquitis común ó en una bronconeumonía sube rápidamente la temperatura, se puede afirmar la existencia de un foco congestivo antes que aparezcan otros signos. Cadet de Gasicourt refiere varias observaciones de esta naturaleza.

En las oscilaciones que sufre la curva térmica en la bronconeumonía, los descensos nunca llegan á la normal, porque la fiebre obedece por una parte á la flegmasía, factor hasta cierto límite constante, y por otra, á la congestión, elemento variable que provoca las subidas rápidas de la temperatura cada vez que el proceso aparece.

Aun cuando de un modo general la fiebre nunca falta en estos casos, se observa que en los niños caquécticos, en los atrasados en su desarrollo y en los mal nutridos, los fenómenos congestivos del aparato respiratorio, se presentan casi sin fiebre, 37 á 37.5, ó con temperaturas inferiores á la normal.

En la casa de niños Expósitos, tuve oportunidad de hacer autopsias en niños caquécticos ó miserablemente desarrollados y con frecuencia encontraba en aquellos, que morían casi re-

pentinamente ó con signos de ligera bronquitis y sin haber tenido calentura, lesiones patológicas bien caracterizadas de congestión ó de bronconeumonía.

Si relativamente estos hechos no son excepcionales, quiero llamar la atención sobre algunos casos que he podido observar de congestión pulmonar y de bronconeumonías donde el síntoma fiebre falta y los pequeños pacientes tienen temperatura normal ó subnormal, aun cuando estos niños sean bien desarrollados y sanos hasta entonces.

Como caso típico de congestión pulmonar referiré el de la niña M. R. P. de 17 meses de edad, sana y bien alimentada. Como consecuencia de un enfriamiento tuvo una bronquitis ligera, sin fiebre y acompañada de poca tos. Repentinamente esta niña, á los tres ó cuatro días del principio, entra en un período de postración que pone en alarma á sus padres. La encuentro en el decúbito dorsal, indiferente á lo que le rodeaba, su mirada sin expresión, con signos de disnea, tinte ligeramente cianótico de los tegumentos, dilatación rítmica de las alas de la nariz, sin tos y con temperatura de 36.5. Este cuadro me dió la impresión de una intoxicación. Sin embargo, explorando cuidadosamente sus órganos, solo pude encontrar en la región posterior del tórax y en las bases, una faja de submucosidad y estertores crepitantes diseminados en estos lugares. Reservando mi diagnóstico, pensé en una congestión pulmonar é inmediatamente ordené baños á la temperatura de 38.5 cada cuatro horas. Al día siguiente, 24 horas después de mi examen, encontré á la niña, tranquila, jugando, con su piel rosada, la disnea había desaparecido, la tos y el grito, que habian estado ausentes, aparecieron con intensidad; los signos estetoscópicos desaparecieron y rápidamente recobró esta enfermita la salud.

Esta observación es muy demostrativa y prueba la posibilidad de una congestión pulmonar activa, consecutiva á una bronquitis, que se desarrolla sin fiebre.

El niño P. de 45 días de edad, cuyo nacimiento había sido normal, bien desarrollado, habita una casa fría y baja, donde no penetra un rayo de sol en el invierno y que por la topografía del edificio, hace que en el patio de dicha casa, penetren las corrientes de aire frío. En estas condiciones, el niño se enferma de bronquitis, es atendido por un compañero que prescribe los

baños fríos sin resultado, porque el pequeño paciente se pone grave y el Dr. lo declara perdido. Soy llamado entonces por los padres y me encuentro al enfermito postrado, sin poder gritar ni toser, con tinte cianótico de los tegumentos, pupila estrecha, disnea, movimientos rítmicos de las alas de la nariz, extremidades frías y con temperatura de 36. Examinando su tórax, se observa una depresión de los espacios intercostales en cada inspiración; por la percusión encuentro pequeños focos de submucosidad en las bases de la región posterior del tórax. En las partes medias, el sonido es casi timpánico y por la auscultación parece oírse una tempestad, donde los estertores subcrepitantes y gruesos estertores, se confunden con los roncales invadiendo ambos pulmones. Prescribo baños á la temperatura de 38 cada cuatro horas y revulsión con cataplasmas de mostaza y malva en toda la caja torácica. Veinticuatro horas después, el estado general era menos malo, el tinte cianótico había desaparecido, la disnea continuaba y los signos físicos recogidos por la auscultación, persistían. La temperatura era de 37. Continúo el mismo tratamiento los días siguientes. La temperatura no pasa de la normal, los síntomas van disminuyendo en intensidad y los signos físicos no desaparecieron por completo sino pasados unos veinte días después de mi primer examen. La duración total de la enfermedad, fué aproximadamente de cuatro semanas.

En este caso desheché la idea de una congestión pasiva, porque el resto de los órganos estaban sanos; no pude aceptar el diagnóstico de atelectasia pulmonar porque el niño había nacido en buenas condiciones y durante más de un mes gozó de completa salud; tampoco pensé en una bronquitis vulgar porque la difusión de las lesiones por una parte, la presencia de estertores finos y la duración de la enfermedad, son datos que no corresponden á la inflamación de los bronquios de grueso y mediano calibre porque dada su generalización hubieran quedado prontamente obstruidos trayendo consigo la asfixia mortal. Por estas razones, acepté el diagnóstico de bronconeumonía, puesto que existían todos los síntomas y signos correspondientes á esta enfermedad, excepto la fiebre, dato que no me autorizaba á deshechar el diagnóstico de la misma manera que aceptamos el tabardillo sin petequias, la escarlatina sin exantema, la neumonía sin esputo, etc.

La falta de fiebre, ó mejor dicho, de reacción patogénica, en la congestión pulmonar activa y en la bronconeumonía, en niños hasta entonces sanos y normales, es un hecho no sólo de interés especulativo, sino que en mi concepto tiene gran importancia terapéutica.

En efecto; actualmente hay un acuerdo unánime para tratar las afecciones de esta clase en los niños. Todos recomiendan como agentes principales y sobre todo en los primeros meses de la vida, los medios mecánicos y los estimulantes, dejando como secundarios los medicamentos.

De los medios físicos, la revulsión y los baños son los más interesantes. Entre los revulsivos, los vegigatorios son desechados por la mayoría por los numerosos inconvenientes que tienen y sólo se aceptan la tintura de yodo, la mostaza, ya sola ó asociada con alguna harina inerte como malva, linaza, etc., y los baños á diversas temperaturas según los resultados obtenidos por los médicos.

En lo general, el agua se usa bajo la forma de baños, pero entre los alemanes y americanos, prefieren los paños mojados ya sea aplicados al tórax, ya cubriendo todo el cuerpo, comunmente fríos ó á la temperatura del cuarto del enfermo. Otros clínicos usan el agua caliente y todos con estos diversos tratamientos han contado éxitos. Probablemente es mayor el número de los que usan el agua fría ó casi fría.

Por mi parte, creo que los baños son un medio terapéutico poderoso, pero la temperatura á que deben usarse variará según los casos.

Si el efecto que se busca con el baño, es provocar una acción estimulante que por acto reflejo provoque una revulsión y regularice la circulación, debe tenerse en cuenta para dar la temperatura adecuada al agua, la constitución del niño y su temperatura. En un niño vigoroso y con fiebre alta, se emplearán baños ó toallas frías y se obtendrá la reacción que se busca; por el contrario, es un niño caquéctico ó no vigoroso y con temperatura normal ó inferior á ella, no debe usarse el agua fría porque se corre el riesgo de que no reaccione y se aumenten los peligros de los trastornos circulatorios tan seriamente comprometidos.

El caso que antes he referido de bronconeumonía, fue tratado

al principio por los baños fríos y el resultado fué desfavorable, pues la cianosis aumentó. Se cambia la temperatura y se le aplican baños calientes, el enfermito reaccionó, la circulación se regularizó, la respiración pudo hacerse y el niño se salvó.

La niñita de la congestión pulmonar tratada también por los baños calientes, reaccionó y la revulsión obtenida regularizando la circulación, pronto hizo desaparecer la congestión.

En los niños pequeños, la acción estimulante del agua caliente es superior á la del agua fría, y este hecho se manifiesta desde el nacimiento. Cuando un niño nace con asfixia aparente, se observa que cuando el agua fría no provoca ninguna inspiración, al sumergirlo en agua caliente, se presentan las primeras inspiraciones.

Si la fisiología nos enseña que el mayor enemigo del niño es el frío, porque en comparación con su superficie corporal pierde más calor que el adulto y la clínica nos enseña que es más fácil obtener una reacción, un reflejo, con el agua caliente, creo que debemos ser muy parcos en el uso del agua fría y solamente reservar su aplicación á los niños vigorosos, bien constituidos y con temperaturas altas que se consideren peligrosas para ellos.

Otra razón de peso para el uso del agua caliente, es la dificultad á veces insuperable, de que los interesados del enfermito acepten los baños fríos, porque suponen que favoreciendo la enfermedad sería un perjuicio para él y prefieren que el niño sea curado por vomitivos, expectorantes, caústicos, etc. Con el uso del baño caliente, la repugnancia entre las familias es menor y se les puede convencer.

Empleo también el baño caliente en los casos de bronconeumonía con fiebre más ó menos alta. El hecho más reciente de mis observaciones se refiere al niño M. P. de cuatro años de edad, con sarampión anómalo. El síntoma predominante del período catarral fué la bronquitis con temperaturas de 38.5 á 39; al quinto día se presentan signos bien claros de bronconeumonía y aparece el exantema propio del sarampión, pero de un color muy pálido, casi cobrizo y escaso; en la cavidad bucal no pude percibir el exantema. La fiebre subió á 40 y prescribo baños á 38 cada cuatro horas. El exantema comenzó á palidecer á los dos días desapareciendo completamente tres días después.

Mientras tanto, la flegmasía se extendía á los dos pulmones generalizándose rápidamente, dominando el proceso congestivo con sus caracteres de movilidad y fugacidad. Ordené la revulsión con cataplasmas de mostaza y malva y continué los baños calientes, marcándose después de cada baño una mejoría. A las dos semanas del principio de la erupción, la temperatura bajó á la normal y el niño entró en franca convalecencia. Debo advertir que en este caso, tratándose de un niño de cuatro años, no usé exclusivamente los baños sino que también le ministré medicamentos: expectorantes, estimulantes difusibles y cardíacos, inhalaciones con sustancias antisépticas, etc.

Hay otros medios físicos que el médico no debe perder de vista y que son indispensables para el buen éxito del tratamiento.

La ventilación bien comprendida, nunca debe abandonarse, combatiendo enérgicamente las ideas del vulgo que la consideran muy peligrosa. Cuando por las condiciones de la habitación no es posible renovar el aire en el mismo cuarto del enfermo, se le debe transportar á otra mientras se hace y siempre que sea posible, recordar que cuando menos necesita el niño de 40 á 50 metros cúbicos de aire. Para evitar que la atmósfera esté muy seca, se colocarán en el cuarto sábanas mojadas extendidas.

Otra precaución indispensable para evitar las congestiones pulmonares hipostáticas, es tener al niño en los brazos de una persona, varias veces en el día; para facilitar la expectoración, colocarlo en el decúbito abdominal y ayudar la salida de las mucosidades con un dedo envuelto en un lienzo fino.

Por último, durante el tratamiento no deben olvidarse los cuidados en la alimentación, porque cualquiera falta complicaría la situación, ya comprometida del niño.

México, febrero 8 de 1911.

R. CARRILLO.