



Año 1914

Núm. 2807

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# BRONQUITIS ASMÁTICA

(EN LA INFANCIA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**MIGUEL BELASCUAIN**

Ex-practicante de la Casa de Expósitos



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1076

1914

*Dir. B. 86.9*

# BRONQUITIS ASMÁTICA

(EN LA INFANCIA)



Año 1914

Núm. 2807

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# BRONQUITIS ASMÁTICA

(EN LA INFANCIA)

TESIS

PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

POR

**MIGUEL BELASCUAIN**

Ex-practicante de la Casa de Expósitos



BUENOS AIRES

PREMIADO ESTABLECIMIENTO GRÁFICO "RIACHUELO" — ALMIRANTE BROWN 1973

1914

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

*Artículo 162 del R. de la E.*

# FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## ACADEMIA DE MEDICINA

### Presidente

DR. D. ANTONIO C. GANDELO

### Vice-Presidente

DR. D. LUIS GÜEMES

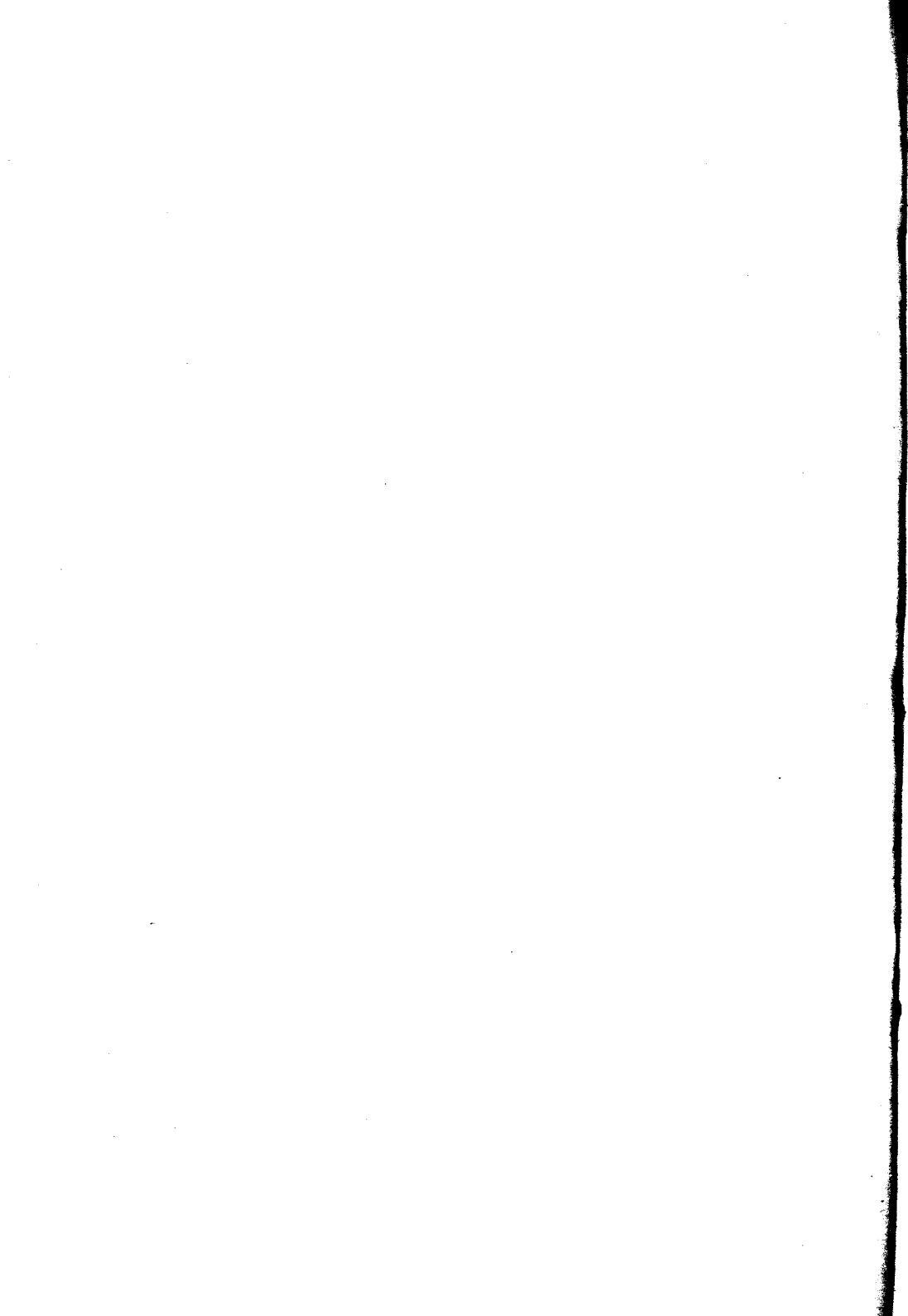
### Miembros titulares

1. DR. D. JOSÉ T. BACA
2. " " JACOB DE TEZANOS PINTO
3. " " EUFEMIO UBALLES
4. " " PEDRO N. ARRYA
5. " " ROBERTO WERNICKE
6. " " PEDRO LAGLEZE
7. " " JOSÉ PENNA
8. " " LUIS GÜEMES
9. " " ELISEO CANTÓN
10. " " ENRIQUE BATTERICIA
11. " " ANTONIO C. GANDELO
12. " " JOSÉ M. RAMOS ABEÍA
13. " " DANIEL J. GRANWELL
14. " " HORACIO G. PIÑERO
15. " " JUAN A. BOER
16. " " ANGELO GALLARDO
17. " " CARLOS MALBRAN
18. " " M. HERRERA VEGAS
19. " " ANGEL M. CENTENO
20. " " EUGENES BUCKOLD
21. " " BALDOMERO SOMMER
22. " " FRANCISCO A. SOCARDO
23. " " DESIDERIO E. DAYEL
24. " " DOMINGO CABRED
25. " " GREGORIO URIOZ ALTARQ

### Secretarios

DR. D. DANIEL J. GRANWELL

" " MARCELINO HERRERA VEGAS



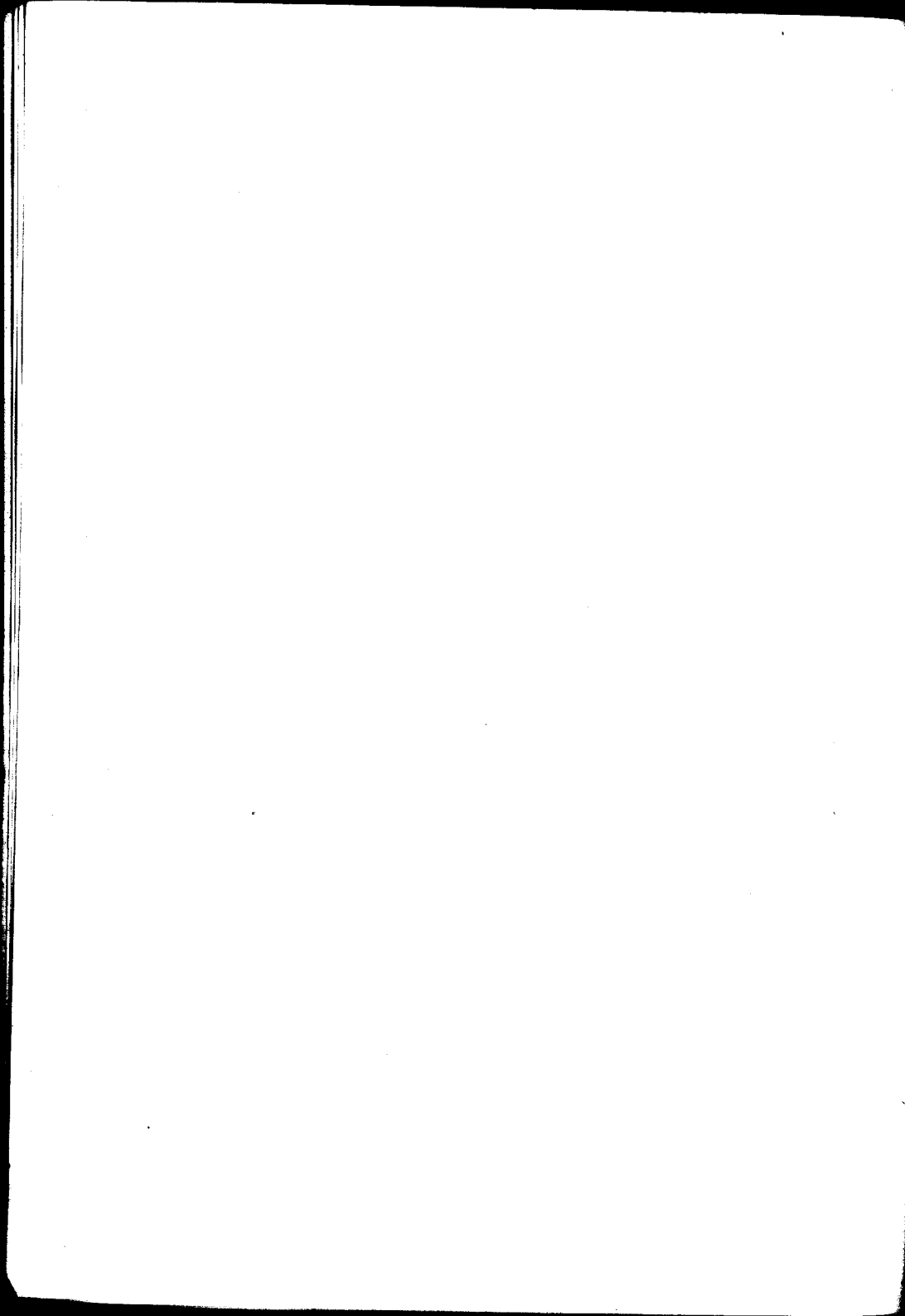
# FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

## ACADEMIA DE MEDICINA

### **Miembros Honorarios**

1. " " TELÉMACO SUSINI
2. " " EMILIO R. CONI
3. " " OLHINTO DE MAGALHAES
4. " " FERNANDO VIDAL



## FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

---

### **Decano**

DR. D. LUIS GÜEMES

### **Vice-Decano**

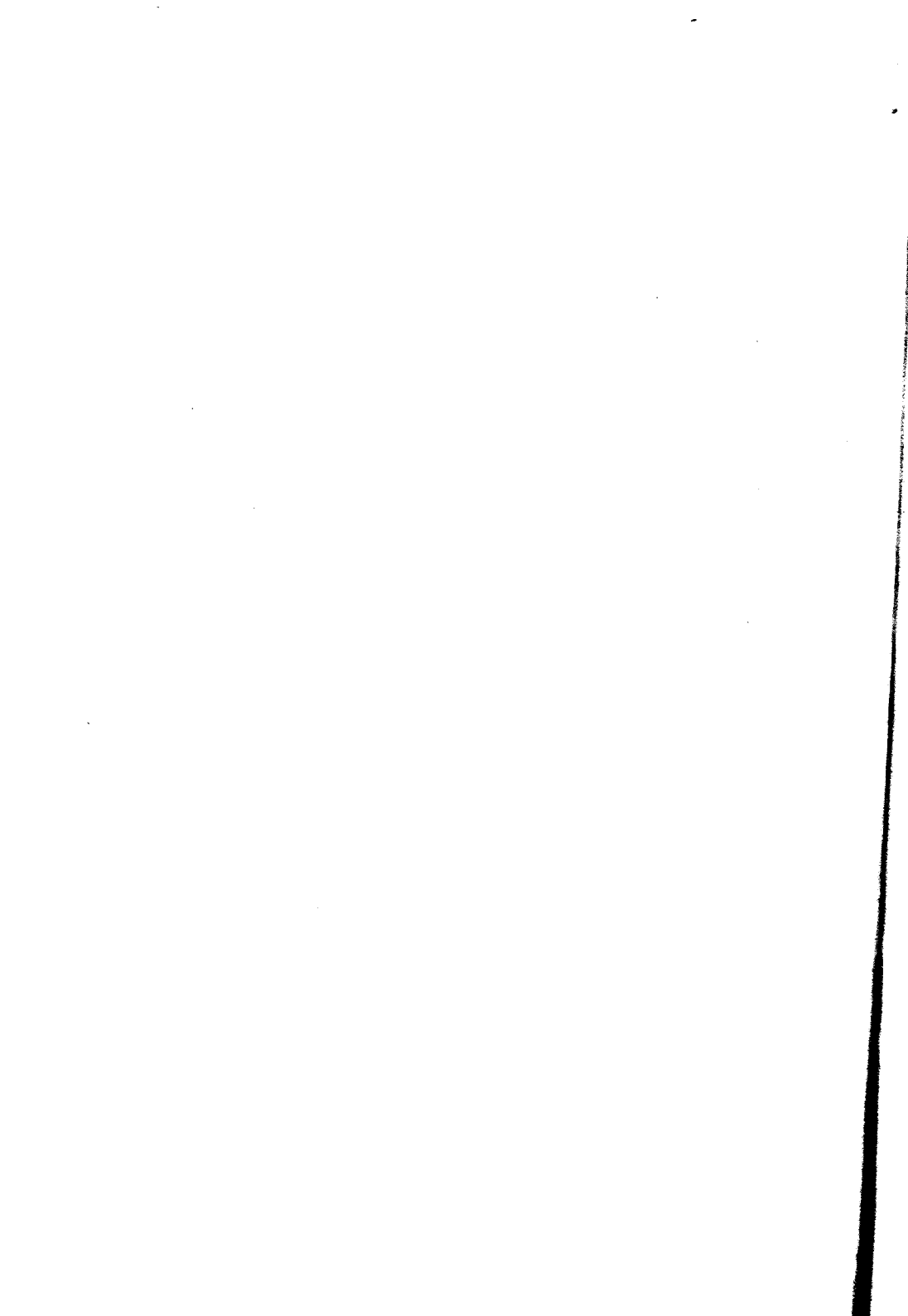
DR. D. EDUARDO OBEJERO

### **Consejeros**

DR. D. EUFEMIO UBALLES (con lic.)  
" " FRANCISCO SICARDI  
" " TELÉMACO SUSINI  
" " NICASIO ETCHEPAREBOEJA  
" " EDUARDO OBEJERO  
" " LUIS GÜEMES  
" " ENRIQUE BAZTERRICA  
" " JUAN A. BOERI (suplente)  
" " ENRIQUE ZÁRATE  
" " PEDRO LACAVERA  
" " ELISEO CANTÓN  
" " ANGEL M. CENTENO  
" " DOMINGO CABRED  
" " MARCIAL V. QUIROGA  
" " JOSÉ ARCE  
" " ABEL AYERZA

### **Secretarios**

DR. D. PEDRO CASTRO ESCALADA (Consejo Directivo)  
" " JUAN A. GABASTOU (Escuela de Medicina)



# ESCUELA DE MEDICINA

---

## PROFESORES HONORARIOS

DR. ROBERTO WERNICKE

„ J. T. BACA

„ J. Z. ARCE

„ P. N. ARATA

„ F. DE VEIGA

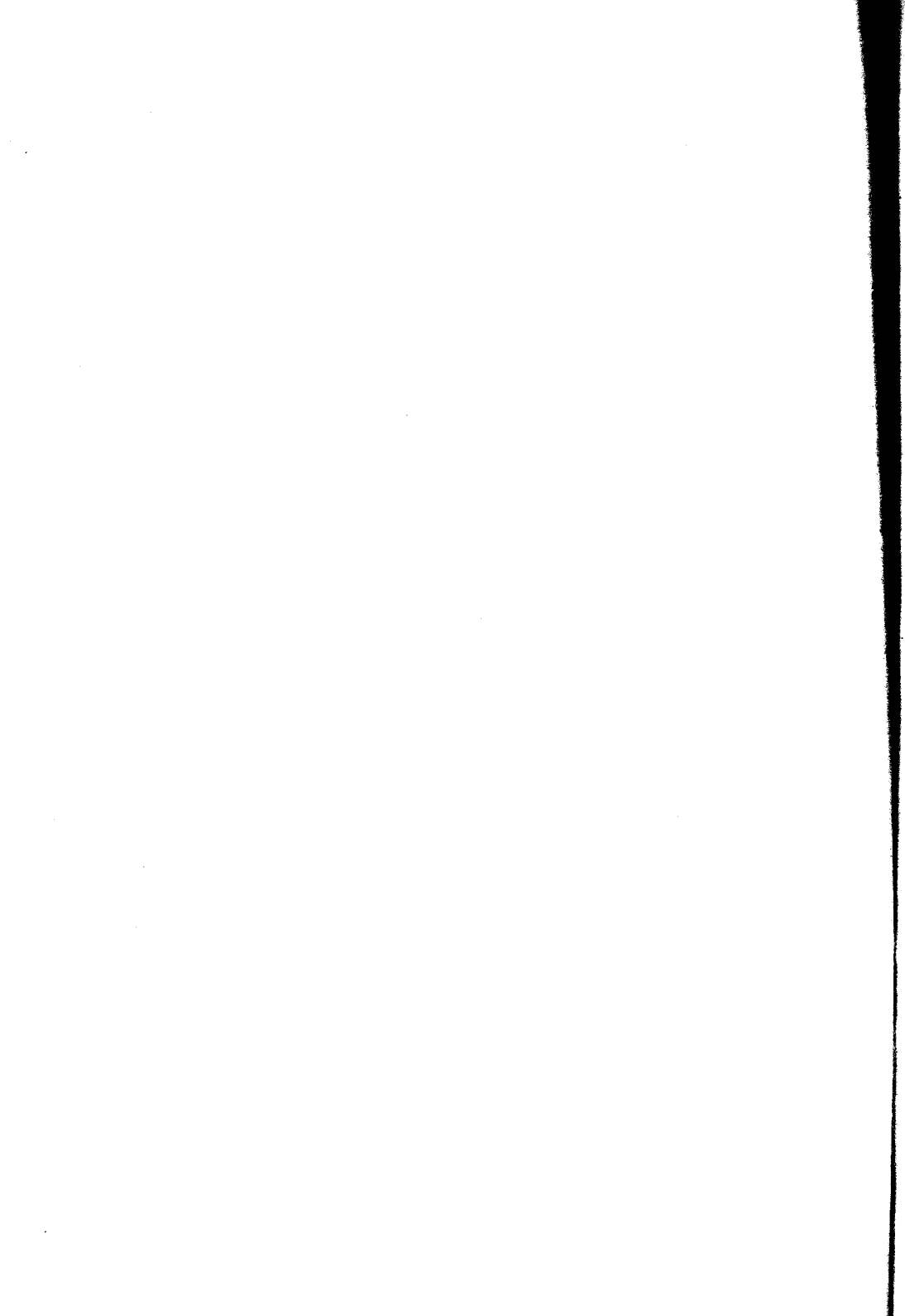
„ ELISEO CANTÓN

„ J. M. RAMOS MEJÍA



## ESCUELA DE MEDICINA

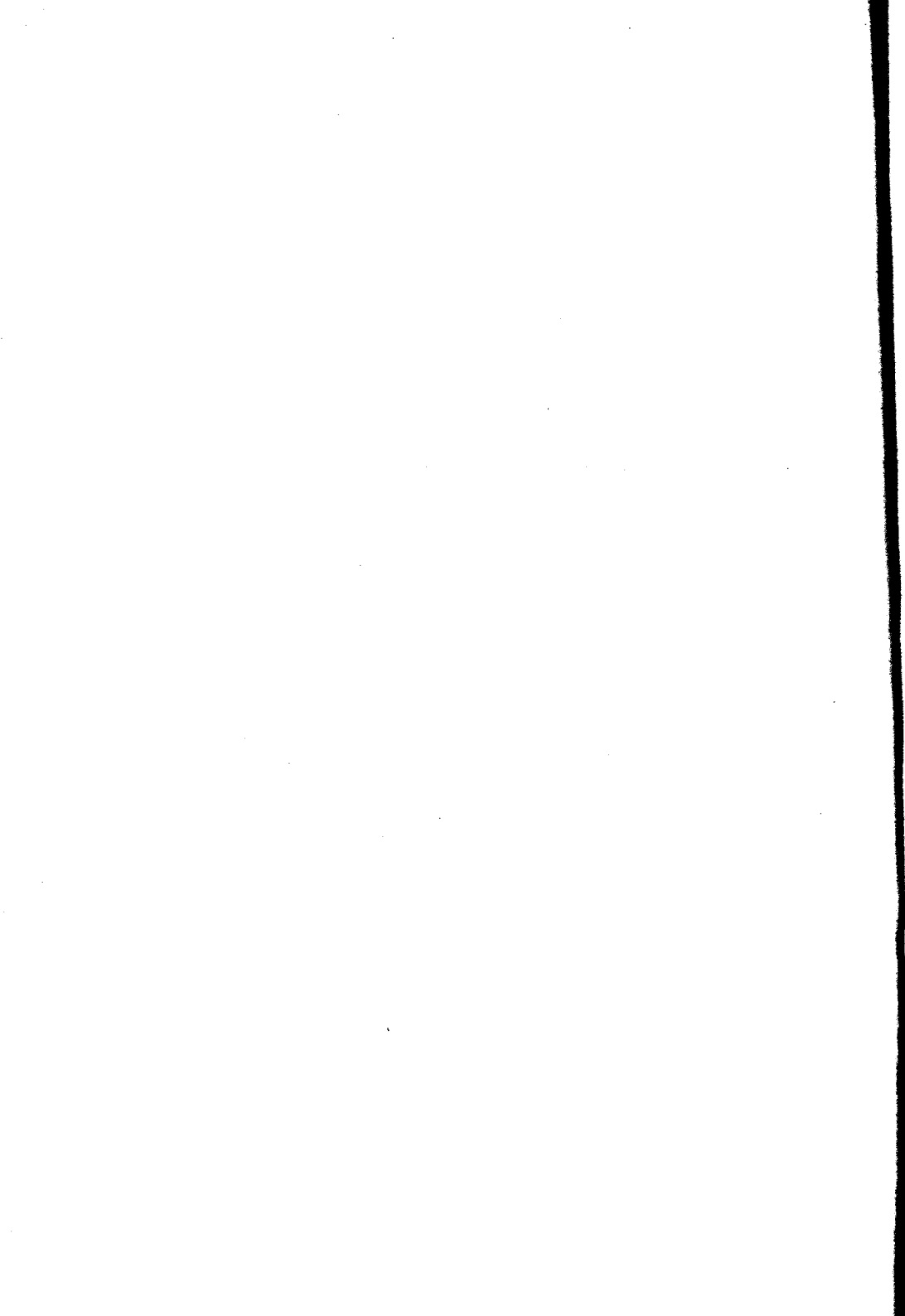
Asignaturas	Catedráticos Titulares
Zoología Médica .....	DR. PEDRO LACAYERA
Botánica Médica .....	„ LUCIO DURAZONA
Anatomía Descriptiva .....	„ RICARDO S. GÓMEZ
Anatomía Descriptiva .....	„ JOAQUÍN LÓPEZ FIGUEROA
Química Médica .....	„ ATANASIO QUIROGA
Histología .....	„ RODOLFO DE GAINZA
Física Médica .....	„ 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
Semciología y Ejercicios clínicos .	„ GREGORIO ARAOZ ALFARO
Anatomía Topográfica .....	„ DAVID SPERONI
Anatomía Patológica .....	„ AVELINO GUTIÉRREZ
Materia Médica y Terapia .....	„ TELÉMACO SUSINI
Patología Externa .....	„ JUSTINIANO LEDESMA
Medicina Operatoria .....	„ DANIEL J. CRANWELL
Clinica Dermato-Sifilográfica ....	„ LEANDRO VALLE
„    gástrico-urinaria .....	„ BALDOMERO SOMMER
„    toxicológica Experimental .....	„ PEDRO BENEDIT
Clinica Epidemiológica .....	„ JUAN B. SEÑORANS
„    Oto-rino-laringológica ...	„ JOSÉ PENNA
Patología Interna .....	„ EDUARDO OBEJERO
Clinica Quirúrgica .....	„ MARCIAL V. QUIROGA
„    Oftalmológica .....	„ PASCUAL PALMA
„    Quirúrgica .....	„ PEDRO LAGLEYZE
„    Médica .....	„ DIÓGENES DECOUD
„    Médica .....	„ LUIS GÜEMES
„    Médica .....	„ FRANCISCO A. SICARDI
„    Médica .....	„ IGNACIO ALLENDE
„    Quirúrgica .....	„ ABEL AYERZA
„    Neurológica .....	„ ANTONIO C. GANDOLFO
„    Psiquiátrica .....	„ MARCELO VIÑAS
„    Obstétrica .....	„ JOSÉ A. ESTEVEZ
„    Obstétrica .....	„ DOMINGO CABRED
„    Pediatría .....	„ ENRIQUE ZÁRATE
Medicina Legal .....	„ SAMUEL MOLINA
Clinica Ginecológica .....	„ ANGEL M. CENTENO
	„ DOMINGO S. CAVIA
	„ ENRIQUE BAZTERRICA



## ESCUELA DE MEDICINA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios:</b>
Zoología Médica .....	DR. DANIEL J. GRENWAY
Física Médica .....	„ JUAN JOSÉ GALIANO
Bacteriología .....	„ JUAN CARLOS DELFINO
	„ LEOPOLDO URIARTE
	„ ALGIS BACHMANN
Anatomía Patológica .....	„ JOSÉ BADÍA
Clínica Ginecológica .....	„ JOSÉ F. MOLINARI
Clínica Médica .....	„ PATRICIO FLEMING
Clínica Dermato-Sifilográfica ...	„ MAXIMILIANO ABERASTURY
Clínica Neurológica .....	„ JOSÉ R. SEMPRÚN
	„ MARIANO ALURRALDE
Clínica Psiquiátrica .....	„ BENJAMÍN T. SOLARI
<b>Clínica Pediátrica</b> .....	„ ANTONIO F. PIÑERO
Clínica Quirúrgica .....	„ FRANCISCO LLOBET
Patología interna .....	„ RICARDO COLÓN
Clínica oto-rino-laringológica ...	„ ELISEO V. SEGURA
„ Psiquiátrica .....	„ JOSÉ T. BORDA



# ESCUELA DE MEDICINA

Asignaturas	Catedráticos sustitutos
Botánica Médica .....	DR. RODOLFO ENRIQUEZ (en ejer.)
Anatomía descriptiva .....	" PEDRO BELOU
Zoología médica .....	" GUILLERMO SEEBER
Histología .....	" JULIO G. FERNÁNDEZ
Fisiología general y humana ....	" FRANK L. SOLER
Higiene Médica .....	" FELIPE JUSTO
Semciología .....	" MANUEL V. CARBONELL
Anat. Topográfica .....	" CARLOS BONORINO UDAONDO
Anat. Patológica .....	" ROBERTO SOLÉ
Materia Médica y Terapia .....	" CARLOS R. CIRIO
Medicina Operatoria .....	" JOAQUÍN LLAMBIAS
Patología externa .....	" JOSÉ MORENO
Clinica Dermato-Sifilográfica ....	" PEDRO CHUTRO
" Génito-urinaria .....	" CARLOS ROBERTSON
Clinica Epidemiológica .....	" NICOLÁS V. GRECO
Patología interna .....	" PEDRO L. BALIÑA
Clinica Oftalmológica .....	" BERNARDINO MARAINI
" Quirúrgica .....	" JOAQUÍN NIN POSADAS
" Médica .....	" FERNANDO R. TORRES
" " .....	" PEDRO LABAQUI
" " .....	" LEONIDAS JORGE FACIO
" " .....	" ENRIQUE DEMARÍA
" " .....	" ADOLFO NOCETI
" " .....	" MARCELINO HERRERA VEGAS
" " .....	" JOSÉ ARCE
" " .....	" ARMANDO MAROTTA
" " .....	" LUIS A. TAMINI
" " .....	" MIGUEL SUSSINI
" " .....	" JOSÉ M. JORGE (H.)
" " .....	" LUIS AGOTE
" " .....	" JUAN JOSÉ VITÓN
" " .....	" PABLO MORSALINE
" " .....	" RAFAEL BULLRICH
" " .....	" IGNACIO IMAZ
" " .....	" PEDRO ESCUDERO
" " .....	" M. R. CASTEX
" " .....	" PEDRO J. GARCÍA
" " .....	" MANUEL A. SANTAS
" " .....	" MAMERTO ACUÑA
" " .....	" GENARO SISTO
" " .....	" PEDRO DE ELIZALDE
" " .....	" JAIME SALVADOR
" " .....	" TORIBIO PICCARDO
" " .....	" OSVALDO L. BOTTARO
" " .....	" ARTURO ENRIQUEZ
" " .....	" ALBERTO PERALTA RAMOS
" " .....	" FAUSTINO J. TRONGÉ
" " .....	" JUAN B. GONZÁLEZ
" " .....	" J. C. RISSO DOMINGUEZ
Medicina legal .....	" JOAQUÍN V. GNECCO



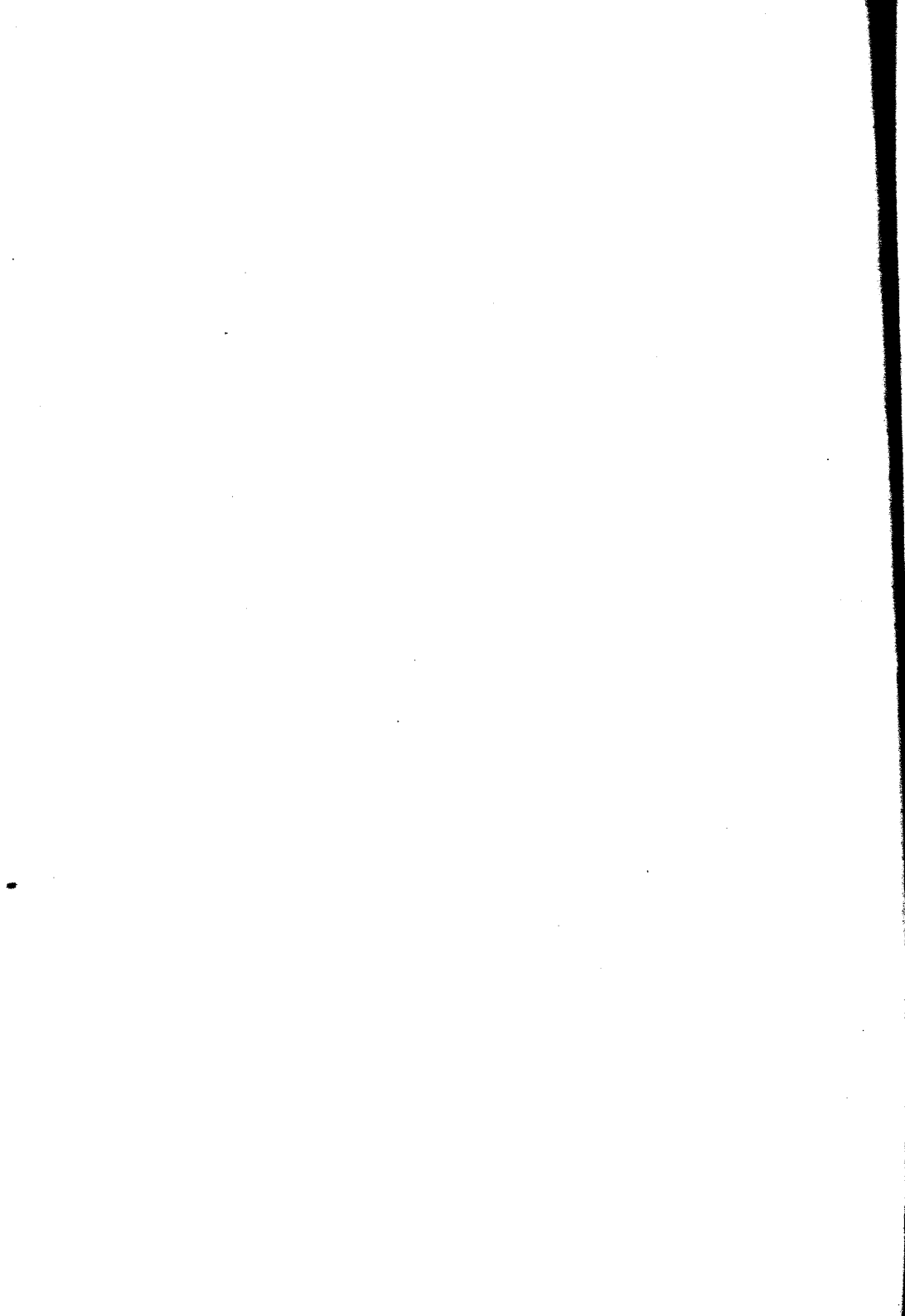
## ESCUELA DE FARMACIA

---

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Zoología general; Anatomía, Fisiología comparada .....	DR. ANGEL GALLARDO
Botánica y Mineralogía .....	„ ADOLFO MUJICA (con lic.)
Química inorgánica aplicada ....	„ MIGUEL PUIGGARI
Química orgánica aplicada .....	„ FRANCISCO BARRAZA
Farmacognosia y posología racionales .....	„ JUAN A. BOERI
Física farmacéutica .....	„ JULIO J. GATTI
Química Analítica y Toxicológica (primer curso) .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Técnica farmacéutica .....	„ J. MANUEL IRIZAR
Química analítica y toxicológica (segundo curso) y ensayo y determinación de drogas .....	„ FRANCISCO P. LAVALLE
Higiene, legislación y ética farmacéuticas .....	„ RICARDO SCHATZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos extraordinarios</b>
Farmacognosia y posología racionales .....	SR. JUAN A. DOMINGUEZ

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Técnica farmacéutica .....	„ PASCUAL CORTI
	„ RICARDO ROCCATAGLIATA
Farmacognosia y posología racionales .....	DR. OSCAR MIALOCK
Física farmacéutica .....	„ TOMÁS J. RUMI
Química orgánica .....	„ PEDRO F. NÉSIGOS
Química analítica .....	„ JUAN A. SÁNCHEZ
Química inorgánica .....	„ ANGEL SABATINI



## ESCUELA DE PARTERAS

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. MIGUEL Z. O'FARRELL
Partido distócico y Clínica Obstétrica .....	

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos sustitutos</b>
Parto fisiológico y Clínica Obstétrica .....	} DR. URBALDO FERNÁNDEZ
Parto distócico y Clínica Obstétrica .....	

---

## ESCUELA DE ODONTOLOGIA

<b>Asignaturas</b>	<b>Catedráticos titulares</b>
1.er año .....	DR. RODOLFO ERAUZQUIN
2.º año .....	„ LEÓN PEREYRA
3.er año .....	„ N. ETCHEPAREBORDA
Protésis Dental .....	SR. ANTONIO GUARDO

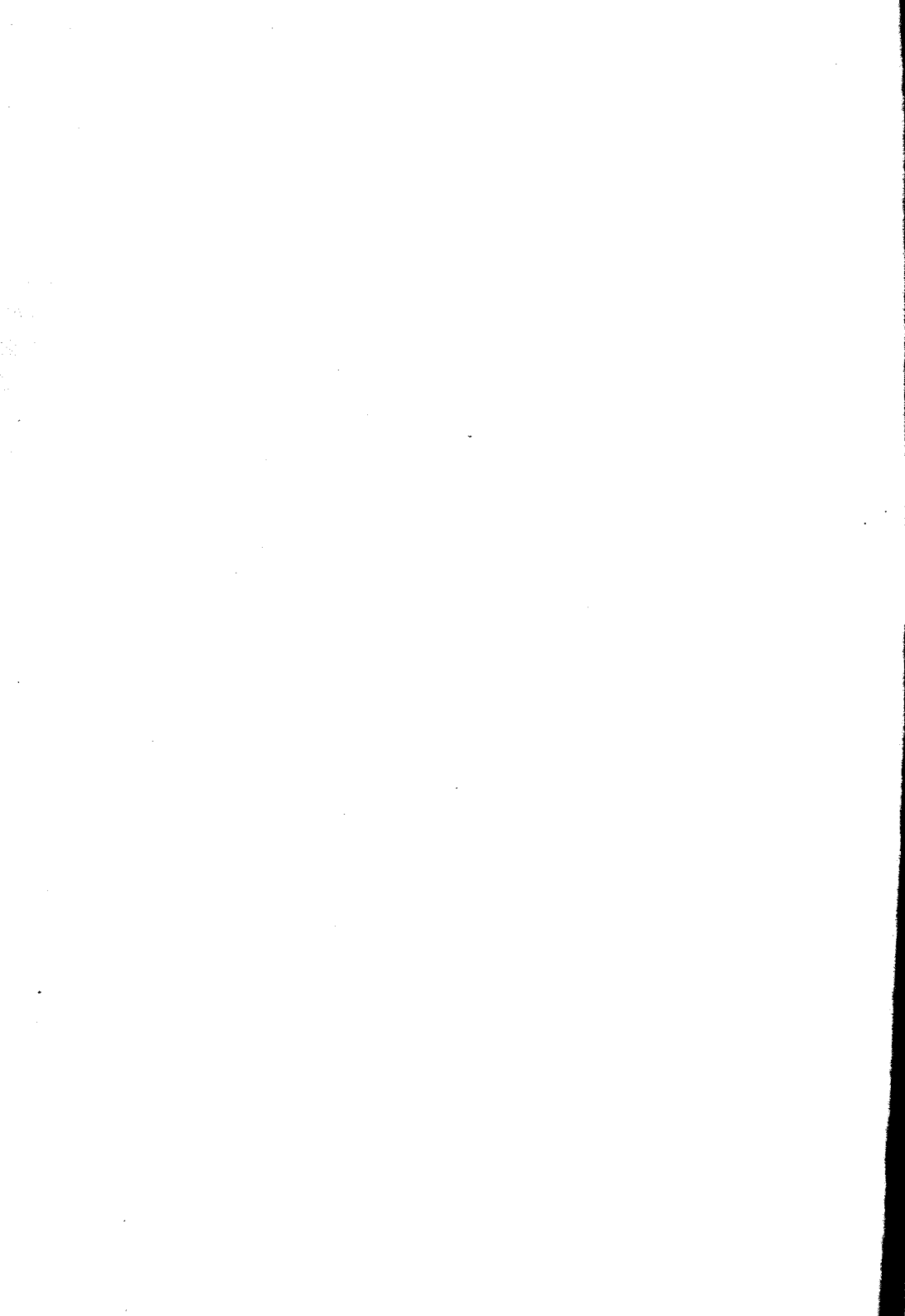
### **Catedrático sustituto**

DR. ALEJANDRO CABANNE



PADRINO DE TESIS:

*Dr. Samuel Madrid Páez*



A LA MEMORIA DE MIS QUERIDOS PADRES



## DEFINICIÓN

La bronquitis asmática no constituye por sí sola una entidad mórbida independiente del grupo de las afecciones agudas de los bronquios, al contrario, está enteramente comprendida entre las llamadas bronquitis catarrales; mas, las condiciones etiológicas a que ella obedece, así como determinados signos físicos y síntomas de orden general que le acompañan, nos lleva a dedicar una atención especial a este tipo de bronquitis asmática, según la definición aceptada entre nosotros.

El estudio detenido de los hechos en que se funda esta contribución, nos induce a pensar que la bronquitis asmática traduce la reacción particular de un organismo predispuesto por la herencia y por la diátesis, a las causas exteriores que actúan sobre el aparato respiratorio.

Según esto, quizá la bronquitis asmática no es sino una forma atenuadísima de asma, sin que llegue en ningún momento a tomar los caracteres que singularizan a esta afección paroxística y especial, tan típica por

el conjunto de sus síntomas que le hacen inconfundible, o quizá también sea la bronquitis asmática solo una reacción banal de un organismo especialmente susceptible, en virtud de una pasada herencia neuropática.

Semiológicamente la bronquitis asmática se caracteriza por algunas y raras sibilancias diseminadas en la extensión de ambos pulmones, junto a roncus sonoros espiratorios y rales sub-crepitantes de timbre bajo que preceden a veces a los ruidos de estenosis y que siempre siguen a los fenómenos físicos mencionados.

La evolución completa de esta bronquitis en su forma aguda, sub-aguda y crónica, le alejan de las manifestaciones propias del asma verdadera, y el niño afectado puede ser más tarde un asmático, como pueden todas estas manifestaciones desaparecer, como un incidente efímero, sin dejar rastros de su existencia.

## CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS Y PATOGÉNICAS

Cuando se trata de precisar las causas hereditarias y personales que provocan la aparición de la bronquitis asmática, se nota de inmediato la identidad casi absoluta que existe entre éstas y las productoras del asma llamada esencial. En efecto, los niños que sufren ataques repetidos de bronquitis asmática, proceden de padres asmáticos, artríticos, migranosos, obesos, calculosos y exudativos.

La influencia de la herencia similar o desemejante la hemos puesto en claro en todos aquellos casos que fué posible obtener antecedentes de los padres, así como hemos descubierto con harta frecuencia entre estos antecedentes la existencia del alcoholismo, de la sífilis y del paludismo.

El hecho es por demás sugerente y él ha contribuido a afianzarnos en la idea de que la bronquitis asmática puede muy bien ser la única manifestación de una herencia atenuada; porque, como antes hemos dicho, el niño que sufre en la primera edad de bronqui-

tis de este tipo, puede más tarde resultar un asmático indudable, como puede también no sufrir de esta dolencia.

Vemos entonces que, a ser cierta nuestra idea, todo se reduce a cuestión de grados y que el estudio de la bronquitis de tipo asmático, revela la existencia de una constitución mórbida contra la cual dirigiremos en el futuro las medidas de profilaxia e higiene capaz de contrarrestar su acción.

Considerando la bronquitis asmática desde su faz clínica, es bien distinta del asma esencial o sintomática; tiene en verdad como ellas, las mismas causas etiológicas transmitidas por la herencia y aparece a menudo en idénticas condiciones de ambiente; pero sus características sintomáticas así como su evolución la alejan notablemente de aquéllas.

En cuanto a los antecedentes personales de los niños que sufren de bronquitis catarral de tipo asmático, podemos decir que ellos son de orden nutritivo sobre todo y las afecciones de esta naturaleza que, viciando paulatinamente los procesos metabólicos, crean la diátesis, figuran en primera línea. Así se vé que los sobrealimentados, los dispépticos crónicos por mala alimentación, los distróficos por infecciones etc., forman el contingente de niños predispuestos a esta variedad de bronquitis.

El clima y las condiciones higiénicas del ambiente ejercen también una influencia decisiva en la aparición

de la bronquitis asmática; en las regiones húmedas y expuestas a lluvias frecuentes, se nota mayor número de niños con este tipo de bronquitis; las malas condiciones de la habitación sin sol y sin aire, parece tener igualmente gran importancia en la determinación del tipo de bronquitis en la infancia. Sin embargo, preciso es repetirlo, estos factores etiológicos son de importancia secundaria, dominando sobre ellos, la herencia y la predisposición adquirida.

Otro tanto diremos de las afecciones de otros órganos, que por un mecanismo indirecto contribuyen a la aparición de las bronquitis en la infancia; así, las vegetaciones adenoideas, la hipertrofia de las amígdalas, la hipertrofia de los ganglios tráqueo-bronquiales, el catarro naso-faríngeo, las inflamaciones del tabum, las hipertrofias de cornetes etc., hacen sentir su influencia como productoras de bronquitis asmática, solo cuando ellas actúan en un terreno predispuesto por diatesis adquiridas o en hijos de asmáticos, obesos, migranosos, artríticos y gravelosos; en casos contrarios y cuando esas causas predisponentes obran sobre un organismo indemne, libre de taras hereditarias, entonces la bronquitis consecutiva, conserva los caracteres de las afecciones bronquiales comunes, en nada semejantes al tipo clínico que estudiamos.

En la influenza, en el sarampión, en la coqueluche, cuyas manifestaciones bronquiales pueden ser consideradas como de las más frecuentes, tienen éstas los ca-

racteres del tipo asmático, sólo cuando ellas atacan a sujetos predispuestos; por lo menos esto es lo que nos ha enseñado nuestra modesta práctica en la Casa de Expósitos.

Sabemos que las afecciones del riñón y las del aparato circulatorio, desempeñan un papel importante en la producción de las asmaas llamadas sintomáticas, siendo lógico, conforme a las ideas que hemos manifestado considerarlas como factores etiológicos de importancia en la bronquitis asmática.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

La bronquitis asmática en su período agudo no tiene lesiones propias que hayan sido reconocidas como tales; el proceso inflamatorio invade las mismas zonas y se caracteriza por las particularidades anatómicas patológicas de las inflamaciones banales.

Al examen macroscópico de los bronquios de un niño muerto de bronquitis aguda, se notan las lesiones dispuestas en islotes y tapizadas por un exudado más o menos viscoso y transparente al principio y que no tarda en hacerse opaco y amarillento.

La mucosa recubierta por dicho exudado, y cuya intensidad es variable, ya sea de color rojo uniforme, ya recorrida por finas arborizaciones, presenta también pequeños puntos equimóticos. Además está espesada, blanda, friable, presentando erosiones superficiales y algunas veces ulceraciones.

Las glándulas infectadas igualmente, dejan escapar pequeñas gotas de pus.

La infección que principia por la tráquea y los gruesos bronquios, puede quedar limitada, o bien pro-

pagarse a los bronquios de menor calibre y dar lugar a lesiones más profundas. Cuando la infección se extiende a los pequeños bronquios, el lóbulo también es tomado.

Al exámen microscópico, las lesiones se traducen por las de la inflamación simple, notándose la tumefacción de las células cilíndricas. Estas pierden sus cilias vibrátiles y su revestimiento cuticular, sufriendo algunas la transformación mucosa y haciéndose células caliciformes. Numerosos leucocitos se infiltran en sus intersticios; las pequeñas células de la capa profunda se multiplican y aumentan de espesor. El epitelio de revestimiento de los fondos de saco glandulares, es también atacado.

La descamación de las células degeneradas, deja pequeñas erosiones y ulceraciones, cuyo fondo está tapizado de glóbulos blancos.

El esqueleto conjuntivo del bronquio, rara vez es atacado; sin embargo, algunas veces se hace una infiltración de leucocitos en el intersticio de las fibras elásticas y musculares; se inflaman los cartílagos, pudiendo ser ésto el origen ulterior de dilataciones brónquicas.

El parénquima pulmonar es poco atacado; pueden existir a veces zonas de enfisema, sobre todo al nivel de los bordes anteriores. Las bases están congestionadas; los ganglios del hilio, a menudo tumefactos y rojos.

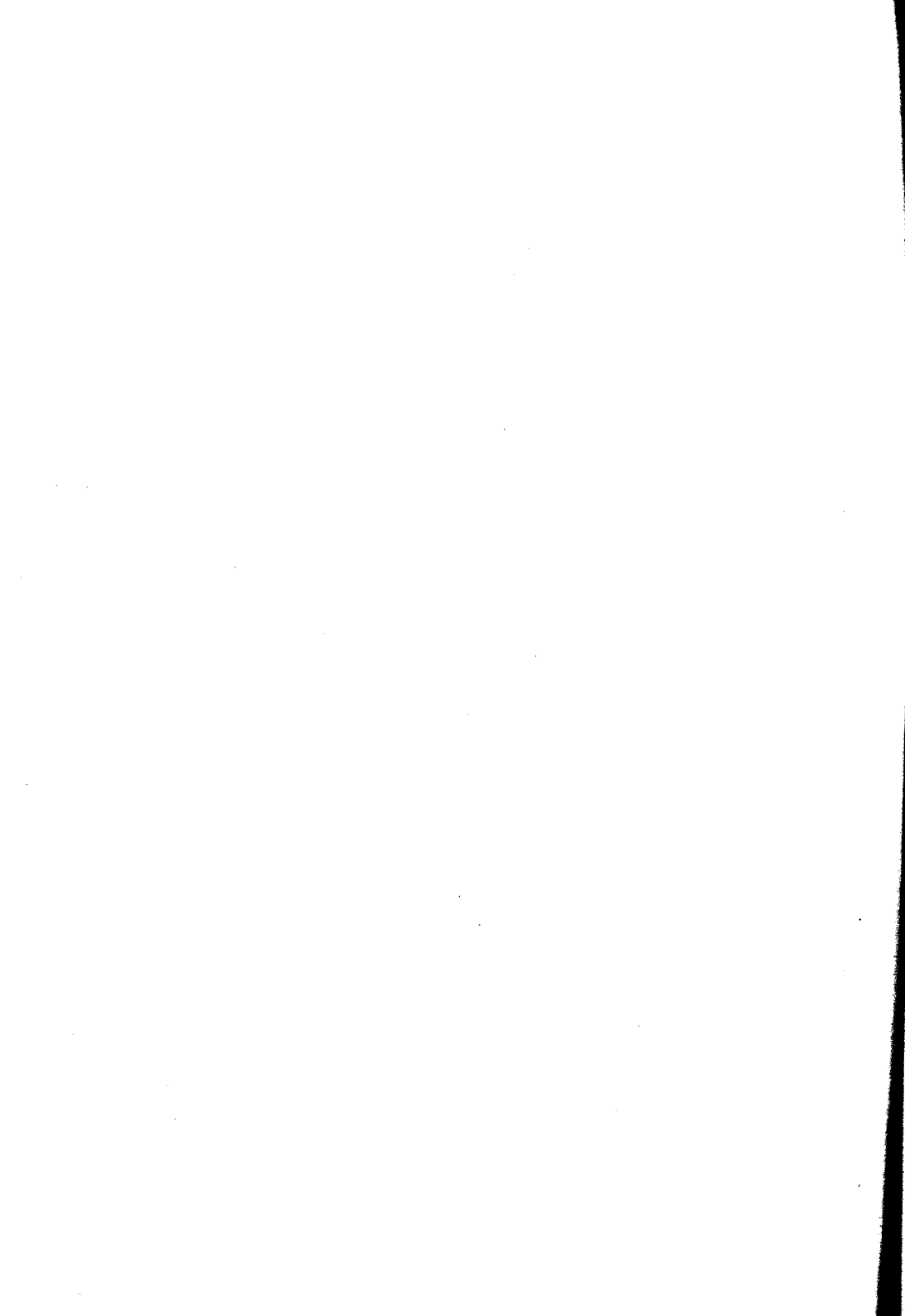
Cuando la enfermedad pasa al período de croni-

cidad, las lesiones de la bronquitis asmática, toman características especiales, fáciles de distinguir en el examen anatómico y microscópico.

Según Letulle y Nattan-Larriere, la bronquitis crónica es una alteración común y el “catarro crónico” de Laënnec, es el satélite habitual del enfisema pulmonar y de la dilatación de los bronquios.

Las lesiones de la bronquitis crónica, difieren poco de las de la bronquitis aguda: la misma descamación epitelial, el mismo mucus adherente a la superficie del corion puesto al desnudo e hiperhemiado, la misma distención de las glándulas mucosas. Al mismo tiempo, sobre las partes donde persiste el epitelio, éste está alterado: sus células son menos altas, menos abundantes y mal ciliadas; ellas se implantan de una manera irregular sobre la membrana basal espesada. El corion de la mucosa está en vías de atrofia; sus pliegues se borran; el esqueleto elástico del bronquio se adelgaza y su tejido conjuntivo-vascular se esclerosa. Los músculos lisos aparecen estirados, menos abundantes, más distanciados, que al estado normal.

Las glándulas mucíparas están rodeadas a menudo de una zona fibroide. En fin, los cartílagos pueden atrofiarse—atrofia mucóide—o mostrarse calcificados o también osificados. Estas diferentes lesiones se asocian a una esclerosis difusa de los tejidos brónquicos y peri-brónquicos que contribuye a transformar el bronquio enfermo en un canal rígido, más o menos ensanchado.



## ESTUDIO CLÍNICO

En la bronquitis asmática, distinguiremos tres tipos, según la intensidad de la afección, la evolución y el fin de este proceso.

*Forma aguda.*—Aparece generalmente en los primeros meses de la vida, en niños especialmente predispuestos por las causas ya mencionadas en el capítulo de la etiología. Son estos niños, hijos de artríticos, de reumáticos puros, de alcoholistas, de antiguos sífilíticos y exudativos ellos mismos o poseedores de la diátesis neuropática, según la clasificación de Finkels-teïn.

Iniciase el proceso con elevación repentina de la temperatura, disnea moderada al principio, que gradualmente se acentúa, llegando en ocasiones hasta el paroxismo, tos breve y seca, quintosa muchas veces; inquietud general, anorexia, ligeros trastornos gastro-intestinales que se traducen por vómitos y deposiciones líquidas sembradas de grumos de leche sin digerir.

La temperatura inicial que llega fácilmente a los 40.°, máxime si una falta dietética juega el rol de cau-

sa determinante—lo que ocurre con demasiada frecuencia,—sufre oscilaciones caprichosas con descensos de medio grado o más persistiendo en su altura del comienzo solo en los casos en que una complicación pulmonar, sigue a la inflamación de los bronquios.

Hasta ahora en verdad, este cuadro corresponde exactamente al de las bronquitis banales y sólo la agudez de las manifestaciones bronquiales, unida a ciertas particularidades de localización, permiten distinguir la bronquitis de tipo asmático, de las inflamaciones agudas de los bronquios. No insistiremos mayormente a este respecto, a fin de tratarle con amplitud en el capítulo de signos físicos.

En la generalidad de los casos y siempre como hemos dicho que una complicación pulmonar no se agregue, la temperatura, así como la tos y la disnea, están sujetas a períodos de calma y de exacerbación por un tiempo variable entre tres y quince días o más.

El hecho es característico y merece señalársele por cuanto esa evolución ambigua podrá en muchísimos casos, llevarnos a formular un pronóstico erróneo, pues si hemos de juzgar fundándonos en los días de calma, nada difícil es anunciar la terminación del proceso como muy próximo, cuando en realidad ha salvado solo una etapa.

*Forma sub-aguda.* — Aparece como la anterior, desde los primeros meses de la vida, con iguales síntomas, aunque de intensidad menor. La temperatura

febril no pasa por lo general de 38°, las oscilaciones son más acentuadas, la disnea menos intensa, la tos más suave y por fin su evolución se verifica en un lapso de tiempo que varía entre algunas horas y tres o cuatro días.

Lógicamente llevan a pensar los hechos observados, que en estos casos, junto a la intensidad diferente de las causas productoras, concurre el factor predisposición de terreno en grado distinto y de ahí que, los niños de una misma familia ofrezcan al médico tipos mórbidos casi idénticos, mientras que, niños afectados en el mismo ambiente y condiciones higiénicas iguales a los anteriores, sufran la enfermedad acompañada de síntomas en relación directa con sus taras individuales.

*Forma crónica.* — En este caso la bronquitis asmática ha sucedido a uno de los tipos anteriores, o se ha instalado, por así decir, sin previo anuncio; ella afecta de preferencia a niños mayores de dos años y en cuyos antecedentes se encuentran la herencia y las diátesis adquiridas, sobre todo.

La enfermedad evoluciona generalmente sin fiebre y en medio de un estado general, en ocasiones floreciente.

Los síntomas que dominan y por los cuales se descubre su existencia, son la tos grasa y ligeramente quintosa y la disnea, que podríamos llamar generalizando el término, de esfuerzo.

A pesar de la marcha lenta de estas bronquitis, véase el niño que la padece expuesto y sugeto a exacerbaciones repentinas y repetidas, provocadas muy a menudo por simples resfríos y por desarreglos gastro-intestinales.

Pero, no ha de creerse que siempre la forma crónica de la bronquitis asmática, es enteramente apirética; dáse el caso de verse acompañada por estados sub-febriles que, unido a un desmejoramiento del estado general, hace nacer la sospecha de una afección más grave, como es la tuberculosis.

La falta de antecedentes hereditarios y personales, así como la evolución bajo la influencia de un tratamiento oportuno, nos convence de lo infundado de nuestras primeras sospechas.

*Signos físicos.* — En la *forma aguda* de la bronquitis asmática, los signos físicos suministrados por la percusión, no tienen nada de particular: sonoridad normal o ligeramente acentuada en la total extensión de ambos pulmones; las vibraciones torácicas no sufren modificación.

A la auscultación se oye rales sibilantes diseminados, algunos mucosos y más que todo sub-crepitan-tes en las bases. Desde luego, estos signos no tienen la intensidad ni ocupan zonas tan extensas como en la bronquitis capilar, con la cual podría confundirse en el primer momento, dado la intensidad de la disnea y la elevación de la temperatura.

La evolución de los signos descubiertos por la auscultación, es de una relativa lentitud; al tercer o cuarto día, se oye la misma variedad de rales que al comienzo, aunque los de tipo congestivo disminuyen notablemente. Poco a poco aparecen y aumentan los rales húmedos de retorno, y la espectoración al principio escasa se intensifica con la expulsión de materias muco-purulentas abundantes.

Aunque como queda dicho el proceso sigue una marcha lenta, desde el segundo día la respiración mejora evidentemente, descendiendo de 40 a 50 por minuto, hasta 28 o 30.

La medicación intensiva dirigida contra la posible causa intestinal y el proceso bronquial en sí, ejerce una influencia indiscutible, acortando el tiempo de los fenómenos respiratorios, así como la expectación y la terapéutica inocua dejan al organismo librado a sus propias fuerzas, con todos los inconvenientes fáciles de imaginar, cuando una congestión intensa invade al aparato respiratorio.

La fiebre alta del comienzo, no sufre mayores oscilaciones en los primeros días de la enfermedad y solo al tercero o cuarto, se inician las oscilaciones que al fin terminan por lisis en la apirexia completa.

La secreción urinaria disminuye notablemente en las primeras horas, tanto, que sólo permiten recoger pocos gramos de orina oscura, en ocasiones albuminúrica y de peso específico elevado; junto con la

apirexia y más a menudo precediendo a ella, aumenta la diuresis, hasta pasar los límites normales en plena convalecencia.

Apirético y sin disnea, continúa tosiendo el niño; pero entonces la tos es fácil y la expectoración más fluída; tos que persiste en ocasiones por mucho tiempo, viéndose también expuesto a recrudescencias periódicas, provocadas por enfriamientos y por trastornos de origen gastro-intestinal.

En la *forma sub-aguda* como en la anterior, los signos de percusión no revelan nada de anormal; mientras que por la auscultación, se descubren sobre todo, ruidos de estenosis localizados en los bronquios medianos y gruesos, cuyo carácter fundamental es el de ser más intensos durante la espiración.

Esta particularidad hace confundir a menudo una bronquitis de tipo asmático, con el asma verdadera, con la que tiene solo una semejanza como queda dicho, esto es, el roncus sonoro espiratorio y la disnea, que sin ser realmente de tipo paroxístico, puede a veces por su intensidad, acarrear confusiones.

En esta forma clínica de la bronquitis asmática, la temperatura es escasa o nula y cuando la hay por lo general obedece a afecciones extrañas que complican o coexisten con ella.

El estado general del sugeto no se resiente mayormente, siempre que se trate de una bronquitis asmática pura y que ella no sea por lo tanto el signo re-

velador de una enfermedad más grave, como la tuberculosis o la adenopatía tráqueo-brónquica; y a este respecto debemos señalar el hecho de que con harta frecuencia sufren de bronquitis asmática o pseudo asmática, los niños afectados de hipertrofia de los ganglios bronquiales.

Las formas de bronquitis asmática que acabamos de estudiar, pasan al *estado crónico*, de un modo insensible; al primer período febril, sucede la atenuación de los síntomas locales; la apirexia es completa, la tos es menos violenta y las secreciones bronquiales antes abundantes, disminuyen y aún desaparecen completamente.

Todo indicaría en estos casos, que la bronquitis ha evolucionado perfectamente, sin más particularidad que una relativa lentitud en la marcha general del proceso, sino fuera que la auscultación prolija y metódica revela la persistencia de sibilancia y roncus sonoros aislados y dispersos en la total extensión de ambos pulmones.

En efecto, la calma es solo aparente y con motivo de cualquier incidente pasajero — un simple coriza, una amigdalitis aguda o una dispepsia transitoria — reaparecen los rales, vuelve la tos y la disnea con excelente estado general y ausencia de fiebre.

La localización especial de este tipo de bronquitis que afecta las ramificaciones bronquiales de segundo y tercer orden, unido al elemento nervioso que siem-

pre acompaña, dan a la bronquitis crónica de tipo asmático, un carácter especial y no desprovisto de cierta gravedad, tanto por la frecuencia de las complicaciones pulmonares, con motivo de un sarampión o de una coqueluche, como por ser ella la causa de las llamadas pseudo-asma sintomáticas de origen bronquial.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la bronquitis asmática, se hace por la auscultación, que permite precisar los caracteres y la intensidad de los fenómenos inflamatorios que residen en el aparato bronquial; por la tos, que reviste una fisonomía especial; por la disnea, que alcanza proporciones considerables, y al fin, por la temperatura, que si bien se la observa con caracteres semejantes en cualquier tipo de bronquitis, tiene en el caso presente, una importancia muy grande para definir la forma clínica en la enfermedad que nos ocupa.

Por la auscultación como queda dicho, apreciamos la extensión del proceso; y podemos desde el primer momento, ver si se trata de lesiones agudas o crónicas. En el primer caso, dominan los rales sibilantes y los roncus de bronquios medianos y gruesos, mezclados a rales subcrepitantes y a unos pocos húmedos.

Cuando la afección reviste agudez excepcional junto a estos rales y ruidos de estenosis, encuéntrase zonas de hepatización, reveladas por la respiración

bronquial o tubaria; en tales circunstancias y si la evolución se realiza con temperatura que pase de 38° y fuerte disnea, es de temerse y con razón, el estallido de una complicación pulmonar, como hemos tenido ocasión de observar en la Casa de Expósitos.

Trátase en general entonces, de infecciones a neumococos o asociadas que invaden un organismo debilitado, por enfermedades anteriores o bajo el rigor de una nutrición deficiente.

Así se explica, que esta forma de bronquitis, que más tarde se complica de bronco-neumonía, sea propia de los niños en estado de sub-alimentación y de los intoxicados y poseedores a la vez del terreno diatésico favorable para el desarrollo de la bronquitis asmática.

La temperatura febril del comienzo, se mantiene alta en los primeros días, para sufrir más tarde las oscilaciones decrecientes que le llevan a la apirexia completa. A este particular diremos que la bronquitis catarral de tipo asmático, carece de un cuadro térmico propio y la fiebre que acompaña al proceso inflamatorio, obedece en la gran mayoría de los casos a procesos de orden general concomitantes.

La tos es al principio, seca y breve, quintosa en ocasiones, llegando muchas veces a hacer pensar en la coqueluche.

Gradualmente esa tos es menos violenta, hasta que al fin, el niño sufre solo ataques pasajeros, seguidos

de expulsión de gran cantidad de mucosidades que indican la franca declinación de la enfermedad.

Al cabo de ocho a quince días, el conjunto de síntomas que permitieron caracterizar la bronquitis asmática en su comienzo, se atenúan, hasta el extremo que solo quedan de ellos vestigios despreciables, que en en ningún momento permitirían un diagnóstico retrospectivo.

Siempre que, al contrario, se note la persistencia de cualquiera de ellos — temperatura, tos, disnea etc. — estamos en la obligación de extremar el exámen clínico y la observación del enfermo, hasta llegar al convencimiento de que esa persistencia obedece solo a una predisposición individual y por completo independiente de cualquier otra infección que, como la tuberculosis e la adenopatía tráqueo-bronquial del mismo origen, pueden revelarse por cualesquiera de estos signos, cuando menos en sus períodos iniciales.

En el comienzo de la coqueluche y del sarampión, obsérvase la bronquitis asmática aguda, en los niños predispuestos, y si bien es fácil sentar el diagnóstico prematuro por lo menos en el sarampión, relegando la manifestación bronquial a la categoría de prodroma, debemos estar prevenidos y a la espera de una complicación ulterior tan temible como la bronco-neumonía.

Los niños que presentan hipertrofia de las amígdalas y vegetaciones adenoideas, sufren periódicamente ataques de bronquitis asmática sub-aguda y algunos

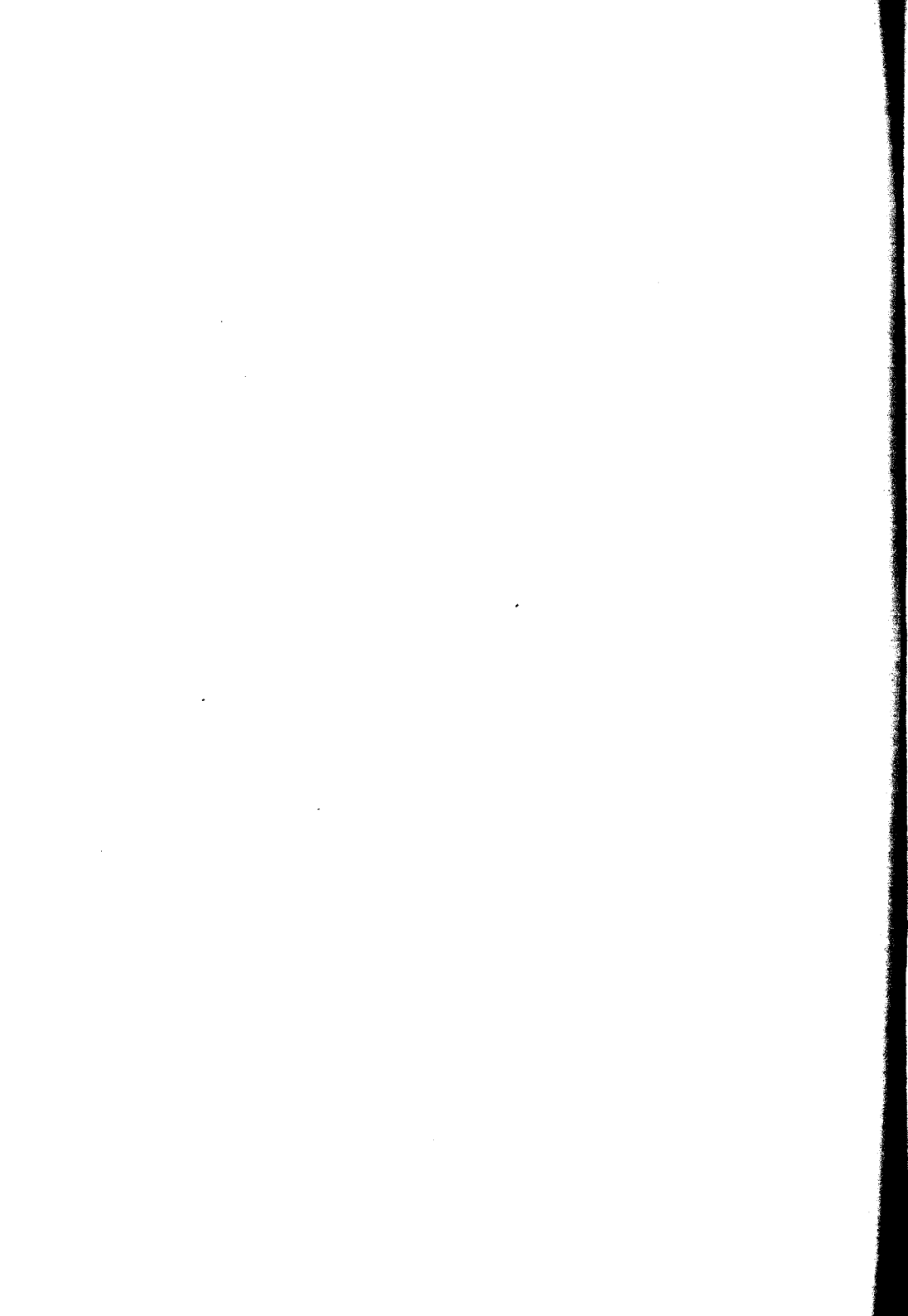
de ellos mantienen esta afección al estado crónico; pero el conocimiento del estado anterior, permite diferenciarla de las bronquitis asmáticas por así llamarlas esenciales, y si alguna duda quedara, desaparecerá desde el instante que la extirpación del tejido linfoides hipertrofiado, marca el término de la afección bronquial.

Queda por establecer la diferencia entre la bronquitis asmática pura y la sintomática de la tuberculosis crónica, tarea en ocasiones muy difícil, por cuanto ni el análisis de los síntomas, ni la constitución del sujeto, ni los antecedentes hereditarios, ilustran lo suficiente para concluir en un diagnóstico definitivo.

Sin embargo, en la generalidad de los casos, ya es posible sospechar desde el comienzo, la parte que le corresponde a una enfermedad como la tuberculosis, en el desarrollo de la bronquitis asmática, y más tarde el estudio detenido de la temperatura, del estado general del sujeto y de la marcha del proceso, corroboran una opinión previa cuya sanción definitiva la tendremos con el auxilio del método biológico y los procedimientos de laboratorio.

En caso de duda mayor, como hemos dicho, sistemáticamente hemos recurrido en la Casa de Expósitos, a la reacción de Von Pirquet, la que nos permitió en más de una ocasión, descubrir la naturaleza bacilosa, de lo que antes considerábamos una simple bronquitis asmática.

La distinción entre la bronquitis asmática crónica y la dilatación bronquial, no es fácil, pues esta última afección, que a veces, por no decir siempre, se reconoce sólo en la autopsia, tiene síntomas fáciles de confundir con los de la bronquitis simple y ni la percusión, ni la auscultación, ni el estado general del sujeto, nos suministran datos capaces de orientar el diagnóstico preciso. Este diagnóstico será particularmente difícil — piensa Zuber — cuando se trata de dilatación cilíndrica generalizada. Es precisamente por la difusión de rales, adelante y hacia atrás del pecho, por la conservación de la sonoridad, y algunas veces aún por su exageración cuando hay enfisema, que se hará el diagnóstico de simple bronquitis asmática crónica.



## EVOLUCIÓN

La evolución de la bronquitis asmática varía según la forma clínica, entre límites extremos, pudiendo por lo tanto desarrollarse la enfermedad en un lapso de tiempo comprendido entre días y años.

La *forma aguda* cumple su evolución en ocho o quince días, y cuando la afección ha invadido un organismo predispuesto por las causas mencionadas y siempre que la enfermedad aparezca como un epifenómeno de otra afección originaria — infección del aparato digestivo, por ejemplo — desaparecida la causa, los síntomas bronquiales duran apenas dos o tres días.

Si la bronquitis constituye desde el primer momento, la reacción con que responde el aparato bronquial a cualquier causa de orden externo o interno, ya sea tóxica o infecciosa, la evolución total de ella se verifica en mucho más tiempo con todas las contingencias y modalidades propias de estos casos.

Las complicaciones pulmonares, aun sin ser del orden de las inflamaciones como ocurre cuando se presentan focos de congestión, retarda grandemente la cu-

ración de la bronquitis y el período francamente catarral se prolonga más que de ordinario, tanto, que en ocasiones induce a pensar en una infección tuberculosa. Preciso es estar prevenido de esta eventualidad y no adelantar un pronóstico sombrío, sino cuando las múltiples pruebas que se pueden poner en juego con tal objeto, autoricen una conclusión terminante y un diagnóstico definitivo.

La *bronquitis asmática crónica* es, como su nombre lo indica de larga duración y la marcha de la enfermedad sufre continuas oscilaciones, sucediendo al período de exacerbación transitorio, épocas de calma, en ocasiones tan absolutas que sin un examen prolijo, y falta de antecedentes, puede el médico desconocer la enfermedad; pero estos casos son excepcionales siendo lo más común observar la bronquitis crónica en cualquier momento, con los síntomas que le son propios, más o menos atenuados.

En tesis general, exceptuando de ella a los incidentes bronquiales pasajeros, podemos concluir que la bronquitis asmática es de larga duración y en algunas de sus formas dura por toda la vida, como que, al elemento inflamatorio del árbol respiratorio se une el factor esencial, por así decir, de la enfermedad: el terreno predispuesto por herencia o por la diátesis adquirida.

## COMPLICACIONES

Cada una de las formas de la bronquitis asmática, se vé expuesta a complicaciones particulares que bien podrían resumirse en pocas palabras y en forma casi esquemática.

La *bronquitis aguda* puede complicarse con la congestión difusa y masiva, y con la bronco-neumonía, incidente este último por demás frecuente y al que pagan un pesado tributo los niños mal nutridos, los hijos de sifilíticos, alcoholistas, palúdicos y por fin, los descendientes de intoxicados en general.

La bronco-neumonía aparece al segundo o tercer día de evolución, revelándose su presencia por exacerbaciones febriles acentuadas por la disnea, por la cianosis, por el tipo de tos, persistente y sofocante. En tal caso intervienen infecciones asociadas, extrañas en cierto modo a la naturaleza íntima de la enfermedad causal; infecciones que toman cuerpo en un organismo debilitado y cuyo aparato respiratorio patentiza el sitio de menor resistencia y por tanto expuesto a las más perniciosas eventualidades.

En niños que antes han sufrido afecciones del aparato respiratorio o el choque de una infección cualquiera, puede ceder el corazón, y presentarse como fenómeno terminal con frecuencia precoz, la dilatación aguda del corazón, cuyos síntomas se resúmen en el cuadro de la asistolia aguda, sobre el que no insistiremos mayormente.

La tuberculosis latente estalla también con motivo de un ataque de bronquitis asmática aguda, aunque no haya sido esa enfermedad la causante del conjunto clínico que analizamos.

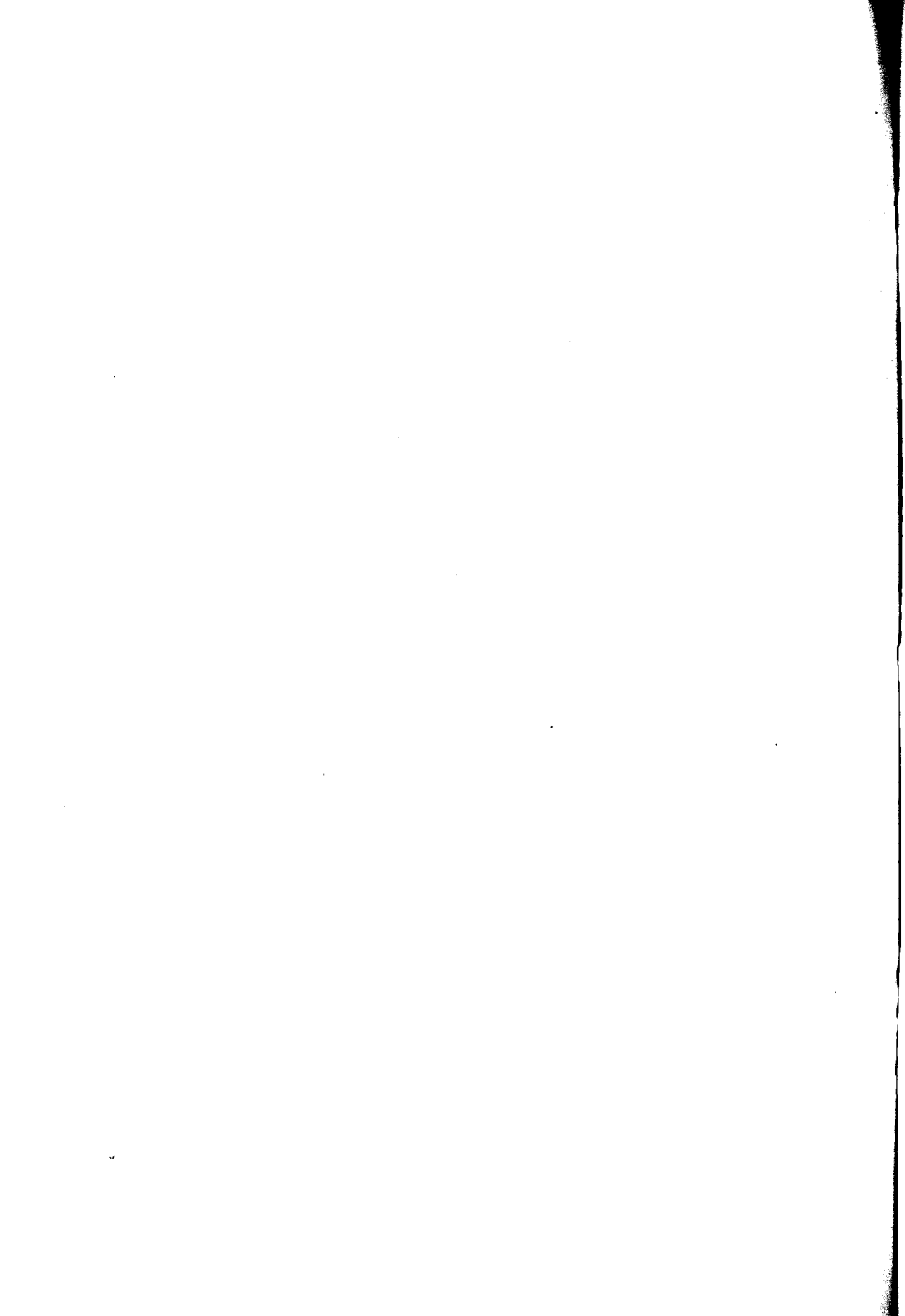
Otra de las complicaciones frecuentes, es el enfisema agudo del pulmón, cuya evolución no siempre es fatal, y pasado el período de acmé, todo vuelve a su orden natural, como que, las lesiones del alveolo son superficiales y transitorias, distintas por tanto de las que se observan en los procesos crónicos y donde se operan alteraciones profundas del tejido parenquimatoso pulmonar.

La observación de muchos casos, nos ha permitido verificar la exactitud de esta aseveración y con frecuencia hemos visto desaparecer la sonoridad exagerada a la percusión de la región anterior del tórax, de un día, para ser reemplazada por la sonoridad fisiológica.

En la *forma sub-aguda* las complicaciones más frecuentes son: la bronquectasia, la tuberculosis y el enfisema, cuya existencia se descubre, gracias a los síntomas peculiares de cada una de estas enfermedades.

En la *bronquitis asmática crónica* aparecen también estas complicaciones, aunque en un orden de frecuencia inverso, y los niños que sufren de la llamada falsa asma, son portadores de zonas enfisematosas del pulmón, presentando más raramente los síntomas de dilatación bronquial y por fin siendo en ellos más excepcional, las lesiones tuberculosas.

Como en todas las afecciones crónicas del aparato respiratorio, puede en este caso sufrir el aparato circulatorio del niño; más para ello es preciso aparte de una marcha especialmente insidiosa de la dolencia, otros factores no menos importantes, como ser las afecciones del hígado y del riñón, entendiéndose por tal, hasta los simples episodios congestivos a repetición, tan a menudo observados en los que sufren trastornos de origen digestivo, así como los provocados por infecciones persistentes, aunque atenuadas, de cualquier otro órgano de la economía — supuraciones crónicas, lesiones nasales, faríngeas, etc.—



## PRONÓSTICO

El pronóstico de la bronquitis asmática está supereditado a su forma clínica y exceptuando las complicaciones que con mayor frecuencia aparecen en el curso de la forma aguda, podemos decir que esta enfermedad es de un pronóstico relativamente benigno, en cuanto se refiere a la vida del enfermo.

Distinto es el concepto que domina los hechos, si se analizan las ulterioridades de la bronquitis asmática evidenciadas bajo forma de reliquias o dolencias que acompañan al sugeto enfermo muchas veces por largos años.

El hecho es perfectamente explicable y basta recordar las causas etiológicas de este tipo de bronquitis—predisposición diatésica, herencia—para darse cuenta exacta de las lesiones producidas y de la dificultad que hay para una reparación ad-integrum.

El enfisema y la dilatación bronquial, necesitan para evolucionar hacia la curación, aparte de condiciones higiénicas irreprochables, que ellas se hayan producido en un terreno vigoroso limpio de toda mácula

que signifique una nutrición deficiente y solo así el cuadro clínico sintomático de la bronquitis asmática podría modificarse gradualmente hasta su desaparición total.

Hay una circunstancia en la evolución de la bronquitis asmática digna de atención y es que cuando esta enfermedad afecta el tipo crónico, los ataques sucesivos que sufre el enfermo, le predisponen especialmente a contraer la infección tuberculosa, máxime si las condiciones higiénicas en que vive son malas; entonces el pronóstico en extremo sombrío, depende más de esta última causa, que de la afección originaria que favoreció su desarrollo.

## PROFILAXIA - HIGIENE

Conocidas las causas que predisponen a la bronquitis asmática y las circunstancias productoras inmediatas de ella, la profilaxia debe dirigirse contra el factor esencial, tratando al mismo tiempo de alejar todas aquellas eventualidades que son desfavorables para el niño predispuesto.

Cuidaremos especialmente a los hijos de asmáticos, alcoholistas, palúdicos y sífilíticos, a fin de que ellos no sientan las extremas variaciones de temperatura, los cambios bruscos de clima, sin descuidar su régimen alimenticio y esto de un modo escrupuloso, pues solo modificando el metabolismo individual podremos esperar torcer el curso de las predisposiciones hereditarias.

Los niños predispuestos serán alimentados el máximo de tiempo posible con el seno materno o de nodriza, siempre que ellos sean suficientes, porque de lo contrario por querer conservar un elemento de valía en la generalidad de los casos, caeremos en otro extremo, cual es, el de la alimentación insuficiente.

Iniciada la época del destete, seremos prudentes hasta la exageración y cuando el alimento artificial, reemplaze al seno de la madre, lo ha de hacer en condiciones, tales, que tanto el trabajo digestivo como la nutrición se verifiquen sin contratiempos, como única garantía para conservar la integridad orgánica de nuestros pequeños predispuestos.

Debe dedicarse, una atención preferente a la higiene del niño diatésico; el aire puro, la luz suficiente y la limpieza corporal, son otros tantos puntos dignos de la atención del médico empeñado en contrarrestar la pesadas taras de la herencia.

Cuando ataques sucesivos de bronquitis asmática en cualquiera de sus formas, amenacen la vida del niño y siempre que los recursos terapéuticos poco o nada puedan contra estos estados, llegará el caso de pensar hasta en el cambio de clima, como recurso salvador.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la bronquitis asmática, será dirigido según la forma clínica en presencia de la cual nos encontremos; porque no se hará el mismo tratamiento en una forma febril, que en una apirética.

En la *bronquitis asmática aguda* lo primero que debemos indicar, es la revulsión en forma de ventosas secas y de fomentos a fin de descongestionar el árbol bronquial y al mismo tiempo regularizar la respiración, disminuyendo la disnea.

La ergotina está indicada a doble título de descongestionante y de tónico indirecto del corazón. Se dará en poción al 1 o/o o pura, por gotas, en un vehículo cualquiera.

El oxígeno nos presta excelentes servicios, en los casos de sofocación, debida a la disnea intensa, pudiendo hacerse uso de él, a intervalos durante todo el período agudo, y sobre todo si se ha complicado de bronco-neumonía, en la cual el Dr. Penna aconseja usarlo casi como tratamiento exclusivo.

La digital a la dosis de 0.10 a 0.20 centigramos según la edad, da excelentes resultados, regularizando la

marcha del aparato circulatorio y haciendo muy difícil las terribles sorpresas que suele dar el corazón.

En los casos graves el suero 50, 80, 100 c. c. y la caféina a la dosis de 0.10 centigramos en inyecciones hipodérmicas están indicados.

En la *forma sub-aguda* se dará la infusión de poligala al 1 o/o y la ergotina; pasado el período febril, el iodo en forma de ioduro de sodio o de potasio 0.10 centigramos en infusión de poligala y jarabe de tolú o bien bajo forma de jarabe iodotánico.

El arseniato de soda a la dosis de 0.05 centigramos en 150 gr. de agua, una cucharadita por día, se empleará también.

En la *forma crónica* daremos infusión de poligala, benzoato de soda o acetato de amonio con jarabe de tolú; baños salados, el iodo y el arsénico en las formas indicadas más arriba.

Como tratamiento higiénico, el buen aire, la habitación salubre, etc. contribuyen eficazmente en la evolución favorable de la bronquitis asmática; los climas secos y las alturas medias, ejercen igualmente su benéfica influencia en este tipo de bronquitis, tan rebelde a la acción de los medicamentos cuando las circunstancias de ambiente son defectuosas.

En la forma crónica de la bronquitis asmática se ha aconsejado también el ejercicio respiratorio, a fin de reeducar la función a la vez que de favorecer la ampliación torácica, insuficiente como una consecuencia de la afección prolongada.

# OBSERVACIONES CLÍNICAS

## OBSERVACION I

Sala II. Casa de Expósitos.

N. N., argentino, de 3 años de edad, hijo de ama. Criado al pecho por la madre, hasta los doce meses; dentición normal.

*Antecedentes hereditarios.* — El padre sufre de dolores sendo-reumáticos con alguna frecuencia; el abuelo, es reumático y ha tenido varios ataques agudos que lo han postrado en cama durante meses. La madre neuro-artrítica con tendencia a la obesidad.

Desde los seis meses, este niño sufre ataques periódicos de catarro bronquial.

A los dos años con motivo de una falta en la alimentación, tuvo el niño vómitos, observándose al mismo tiempo disnea intensa y una temperatura que llegó a 39°. A la auscultación oíanse rales de bronquios medianos especialmente en la espiración; había tos quintosa y seca; inquietud general y sudores profusos.

Bajo la acción de un purgante, se producen de-

posiciones abundantes, fétidas y glerosas; la temperatura descendió al día siguiente a 38°; la tos se mantenía en la misma forma que al comienzo; la disnea era menos violenta. Continuó en esta forma hasta el tercer día en que se notó el primer descenso de temperatura a 37° para ascender luego a las proximidades de 38°. Mientras tanto, la respiración se hizo más fácil, la tos más grasa, a la par que el estado general mejoró notablemente, hasta el punto que, al cabo de seis días entró el niño en un período de franca convalecencia, guardando como única manifestación de su estado anterior, accesos intermitentes de tos a los que seguían la expulsión de abundantes mucosidades ligeramente purulentas.

A los tres años con motivo de la misma falta cometida en su régimen alimenticio, se repite el ataque de bronquitis, cuyos caracteres son en un todo idénticos a los del anterior.

Como una nota ilustrativa en apoyo de la etiología de este tipo de bronquitis, haremos constar que los hijos de un hermano del padre, de nuestro enfermito, ofrecen idénticas manifestaciones bronquiales.

## OBSERVACION II

Sala II. Casa de Expósitos.

N. N., de 2 años de edad, hijo de ama; criado al pecho por la madre hasta los diez meses. Dentición normal.

*Antecedentes hereditarios.* — El padre, que falleció, era alcoholista; el abuelo materno, también era alcoholista. La madre dice haber sido siempre sana. No ha tenido otros hijos.

Según la madre, antes de su ingreso a la Casa de Expósitos, el niño tuvo una bronquitis que le duró quince días. El segundo ataque lo pasó en esta sala a los 18 meses de edad, después de haber mejorado de una dispepsia gastro-intestinal.

Empezó con tos seca y penosa, temperatura y disnea que fué en aumento hasta llegar a la amenaza de asfixia, que pasaban con el oxígeno.

La temperatura llegó a 39°5 y fué en descenso hasta el octavo día en que quedó en la normal.

La tos que era seca y quintosa en ciertos momentos, se modificaba día por día, hasta llegar a ser húmeda, después de cuatro o cinco días de tratamiento.

A la auscultación se oían sibilancias y rales subcrepitantes, sobre todo a la espiración, los cuales se modificaron en los días siguientes, para sentirse rales húmedos, sobre todo en las bases de los pulmones.

El proceso agudo evolucionó en diez o doce días.

### OBSERVACION III

Sala III. Casa de Expósitos.

N. N., expósito, de dos años de edad, criado con leche de vaca. Padece de dispepsia crónica debida a su

alimentación. Dentición retardada. Fué depositado hace seis meses.

*Antecedentes hereditarios.* — El padre, que ya falleció, era alcoholista consuetudinario. El abuelo paterno sufre de gota. La madre dice no haber tenido ninguna enfermedad seria.

*Antecedentes personales.* — Según la madre desde los primeros meses de edad ha padecido del aparato digestivo y que muchas veces tuvo resfríos y fatiga.

Desde su ingreso a la casa, ha tenido tres ataques de bronquitis asmática que han durado de diez a quince días y presentando una sintomatología parecida: al principio temperatura de 39°5, disnea, vómitos y diarrea, inquietud general.

Percusión normal; a la auscultación óyense rales sibilantes y subcrepitantes en ambos pulmones. La tos es seca y quintosa, los tres o cuatro primeros días.

La fiebre se mantiene alta con pequeñas oscilaciones durante tres días, para luego ceder al tratamiento hasta llegar a la normal. Así mismo el número de respiraciones disminuye poco a poco, hasta 28 o 30 por minuto. La tos se hace húmeda y menos penosa.

Las perturbaciones gastro-intestinales mejoran así como también el estado general del niño.

A la auscultación se oyen rales húmedos y sibilancias que son los últimos rastros de la enfermedad.

#### OBSERVACION IV

Sala III. Casa de Expósitos.

N. N. expósita, de un año de edad. Débil congénita. Ingresó a la casa teniendo ocho días de edad y 1300 gramos de peso.

*Antecedentes hereditarios.* — La madre que ya falleció, era tuberculosa. No hay otros datos.

Hasta los cuatro meses se la crió en la incubadora. Ha tenido varios corizas agudos y un eczema seborreico rebelde.

A los siete meses y conjuntamente con una dispepsia gastro-intestinal aguda, sufre de improviso su primer ataque, con disnea intensa y temperatura de 39°, tos seca y breve.

La sonoridad torácica es normal; pero a la auscultación se oyen sibilancias y gran número de rales subcrepitantes en los dos pulmones.

Después del tratamiento revulsivo que se hace, disminuye la disnea, aunque los demás síntomas siguen igual.

Al tercer día la temperatura baja a 38° y se nota mejoría general.

A los seis días la temperatura había desaparecido, la tos era húmeda y a la auscultación se oían pocos rales húmedos y alguna que otra sibilancia.

Dos meses más tarde, sufre un nuevo ataque que dura algunos días más que el anterior.

## OBSERVACION V

Consultorio externo. Casa de Expósitos.

N. N. de diez meses de edad. Criado a pecho. Dentición retardada. Peso 4160 gramos. No pertenece a la Casa.

*Antecedentes hereditarios.* — El padre de oficio cochero, es asmático, como lo es también el abuelo materno. La madre ha tenido dos abortos, antes de nacer este niño, lo que nos induce a pensar en la sífilis, aunque no conseguimos ningún dato concreto.

*Antecedentes personales.* — Tres meses antes y con motivo de haberle dado leche de vaca por primera vez, tuvo vómitos, diarrea, fiebre y fatiga — dice la madre — fué atendido por la asistencia pública, durando la enfermedad más de veinte días.

El mes pasado se presenta en este consultorio con temperatura de  $39^{\circ}8$ , tos seca y penosa, disnea intensa y deposiciones diarreicas fétidas.

A la percusión, la sonoridad es normal. A la auscultación se oyen rales subcrepitantes en las bases, roncus sonoros respiratorios y sibilancias diseminadas en ambos pulmones.

Se le prescribe aceite de ricino y ventosas.

Al día siguiente mejoran las deposiciones y se nota una ligera disminución de la disnea.

Al tercer día la temperatura baja a  $38^{\circ}5$  y se vé una pequeña mejoría de todos los síntomas.

A los cinco días la temperatura llega a 37° habiendo bajado en lisis; la disnea casi ha desaparecido. La tos es grasa. A la auscultación se oyen rales húmedos y sibilancias, que al cabo de veinte días desaparecen, sin dejar casi rastros de su existencia.

## OBSERVACION VI

Consultorio externo. Casa de Expósitos.

N. N. de 18 meses de edad, hijo de ama. Criado a pecho hasta los diez meses y después con alimentación artificial. Dentición normal. Peso 8575 gramos.

*Antecedentes hereditarios.* — La madre ha tenido reumatismo poliarticular agudo, hace dos años. El padre tuvo escarlatina y fiebre tifoidea. El abuelo materno es diabético.

Nuestro enfermito tiene un hermano de tres años de edad, que es sano.

*Antecedentes personales.* — A los diez meses ha tenido coqueluche y desde entonces dice la madre ha tenido de vez en cuando pequeños accesos de tos seca.

Se presenta al consultorio con gran disnea, coriza aguda, temperatura de 39°, tos seca, pulso pequeño y rápido. El niño está inquieto y ansioso.

A la percusión se nota una ligera disminución de la sonoridad en ambas bases de los pulmones.

A la auscultación se perciben sibilancias y gran

cantidad de rales subcrepitantes diseminados en la parte inferior de los pulmones.

Mediante el tratamiento impuesto, se logra una mejoría general al tercer día, pues la tos se hace más fácil, la disnea disminuye, la temperatura desciende y el niño se muestra más contento.

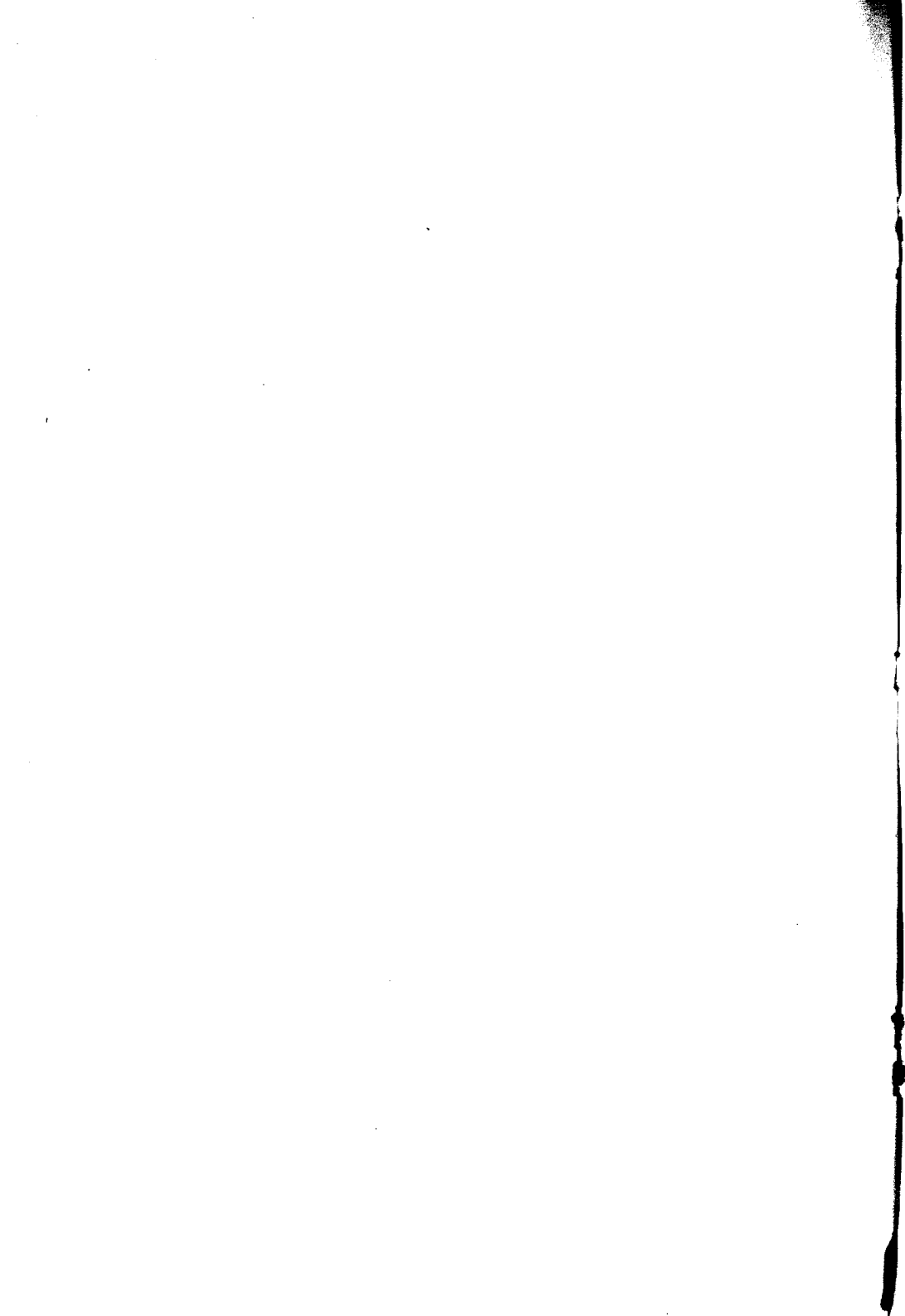
Una semana después, la temperatura es normal, la disnea ha desaparecido, la tos es grasa y poco frecuente, oyéndose a la auscultación unas pocas sibilancias.

M. BELASCUAIN.



## BIBLIOGRAFÍA

- Cozzolino.* — Manuale Prático de Pediatría—1911.
- Hutinel.* — Les maladies des enfants—1909.
- Graucher y Comby.* — Traité des maladies de l'enfance—1904.
- Letulle y Nattan Larricre.*—Precis d'anatomie Pathologique—1912.



Buenos Aires, Mayo 18 de 1914.

Nómbrese al señor Consejero doctor Abel Ayerza, al profesor titular doctor David Speroni y al profesor suplente doctor Genaro Sisto 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».

LUIS GÜEMES  
*J. A. Gabastou*  
Secretario

## PROPOSICIONES ACCESORIAS

### I

Tratamiento del Asma por la Adrenalina.

A. AYERZA

### II

Mecanoterapia del asma bronquial.

D. SPERONI

### III

La climatoterapia y el asma dicha esencial.

G. SISTO



Buenos Aires, Junio 4 de 1914.

Habiendo la comisión precedente aconsejado la aceptación de la presente tesis, según consta en el acta N.º 2807 del libro respectivo, entréguese al interesado para su impresión, de acuerdo con la Ordenanza vigente.

LUIS GÜEMES  
*J. A. Gabastou*  
Secretario

30630





