

lumbar es una equivocación) y la operación no es grave; para muestra, de entre varios casos resumiré el siguiente:

N. N., de 23 años, múltipara. Retraso de la regla de 3 días; dolor fosa il. izq. que se hace intolerable, postración rápida de la enferma, signos de hemorragia interna; a las pocas horas, pulso imperceptible en las radiales, contado por auscultación 140 por minuto; respiración 46, estado hipotérmico, apenas contesta lo que se le pregunta. Laparotomía sobre una mesa cualquiera; ligadura y excisión rápida de la trompa enferma, vaciado de la sangre todavía líquida en gran cantidad; sutura de la pared abdominal, durante la cual la enferma está ya despierta y pregunta si se la cose, sin sentir dolor; suero y cafeína. La operación ha durado 15 minutos, la anestesia 10. El huevo, que era de menos de un mes, pequeño como una avellana, estaba implantado en la parte media de la trompa, y ésta rajada sangrando gota a gota. Consecuencias operatorias normales; después de la operación ha retornado rápidamente el pulso de la radial; atribuyo esta mejora inmediata, digna de tenerse en cuenta, a la supresión de la sangre que irritaba el peritoneo y al ligero Trendelenburg en que se puso a la enferma al final de la operación. La enferma no conservó recuerdo de estas horas trágicas.

Sirva este caso de ejemplo para que nunca se desdée de intervenir por el temor de que la enferma no resista la intervención; puedo afirmar por éste y varios casos parecidos, que *la operación no agrava en nada el estado de la paciente.*

Si las condiciones de la enferma mejoran y el hematocoele se calcula bastante grande para no contar con su fácil reabsorción, puede aplazarse la operación por 24 ó 48 horas, pero no conviene más por varias razones: 1.ª. Porque aunque las adherencias peritoneales que convierten el departamento pelviano en cavidad cerrada hacen ya difícil la muerte por hemorragia, la repetición de éstas debilita a la enferma. 2.ª. La formación de adherencias dificulta la operación y la hace más larga, cuanto más antiguas son, obligando a veces a dejar un taponamiento siempre lleno de inconvenientes. 3.ª. Posibilidad de infección del hematocoele; si ésta es manifiesta, hay que hacer una colpotomía, que a veces resulta una operación incompleta; si la infección está en estado latente (y esto es más probable cuantos más días pasen) al hacer la laparotomía nos exponemos a provocar inconscientemente una peritonitis séptica.

En cambio la operación pronta tiene las ventajas de encontrar un terreno de fácil acceso a la trompa enferma, con sólo romper débiles adherencias; de poderla aislar y extirpar rápidamente; de poder sacar bien los coágulos, que todavía no están adheridos al peritoneo, dejando a éste limpio y sin sangrar; de no tener que dejar drenaje; de operar con seguridad en un terreno no infectado.

En estas condiciones *la laparotomía en el embarazo ectópico es una operación tan sencilla e inocua como la más simple laparotomía.*

* * *

He llegado a estas afirmaciones diagnósticas y terapéuticas, que a alguno le parecerán demasiado rotundas, después de analizar más de un centenar de casos que han pasado por mis manos y de haber ope-

rado 70; de éstos he perdido sólo 4: uno por bronconeumonía, dos por infección probable del hematocoele de muchos días que no se había exteriorizado todavía por fiebre, y uno atribuible a un cambio total de personal auxiliar novel. Si en lo dicho hay alguna rara excepción, más conviene no mentarla en un estudio genérico, porque a los ojos del médico general y del especialista novel, corre peligro de convertirse en obsesión que impida para otros casos una observación fría y una terapéutica saludable. Todavía mueren demasiadas enfermas de embarazo ectópico.

LA NEUMONIA CENTRAL EN LA INFANCIA. SU FRECUENCIA, ERRORES, DIAGNÓSTICOS Y MANERA DE EVITARLOS

por el doctor

M. RODRÍGUEZ PORTILLO

de Barcelona

Sucede con la neumonía central de la infancia lo que con la pleuresía interlobular, considerada por algunos como rara entidad nosológica a pesar de las afirmaciones en contrario expuestas por muchos, entre ellos DULCET y HUCHART, que con mucha frecuencia la han observado en el campo de la clínica. A este respecto, expone el primero en la Sociedad de Patología Comparada los siguientes conceptos: "Al lado de las *interlobulitis supuradas* con signos fingidos enmascarando la lesión primitiva, se encuentran muy a menudo inflamaciones interlobulares serosas, a veces indistinguibles sin un examen minucioso; color mate con topografía especial, signos de auscultación difíciles de poner en evidencia en los casos ligeros, egofonía y pectoriloquia bastante características en el canal escapulo-vertebral; todos ellos, son síntomas llevados al máximo, cuando el pus ha invadido el interlóbulo pero que están con frecuencia bastante escondidos en casos semejantes por el ruido congestivo pulmonar de alrededor."

¡Cuántas pleuresías interlobulares escapan a nuestra observación y son muy a menudo confundidas con procesos congestivos pulmonares o con simples pleuritis!

Una cosa semejante sucede con la pneumonía central, por la escasez de notas aportadas por los Tratados de Patología infantil y la poca importancia concedida a esta enfermedad. La Clínica con su irrefutable elocuencia, nos ofrece casos que a juzgar por su comienzo, sintomatología especial evolución y modo de terminar, encuadran de lleno en el marco de los procesos intrapulmonares agudos.

Por el exiguo valor que la Patología concede a la neumonía central, considerada hasta ahora de origen aéreo (cortical) cuando estudios recientes la conceptúan de origen hemático; y teniendo en cuenta la fértil estadística ofrecida por la clínica, me creo en el deber de exponer mi modesta opinión, señalando los datos clínicos recogidos durante mi larga experiencia y no menos pro-

funda observación con los que podemos orientar y llegar merced a un detenido recuento de los mismos, a sorprender a la enfermedad en sus comienzos, evitándonos de esta suerte ruidosos fracasos y tener que diagnosticar procesos imaginarios para salir del paso.

Lo primero que llama nuestra atención en la cabecera del enfermito afecto de un proceso neumónico central, es, la desproporción entre la escasez de síntomas ofrecidos por éste, amén de los datos anamnésticos poco instructivos proporcionados por los padres y la gravedad del caso clínico.

Al proceder al examen de los aparatos y síntomas, no sabemos a veces buscar la orientación fisis-topográfica ya por falta de atención a las explicaciones de la familia, ya por la insignificancia sintomática del aparato lesionado, contentándonos con seguir el procedimiento corriente en Medicina infantil.

Comenzamos por el examen del aparato digestivo, después por el de la piel, asiento uno y otro de las enfermedades más frecuentes y casi clásicas de la infancia, para terminar con el examen del sistema nervioso, no sin antes reconocer a *grosso modo* los aparatos respiratorio y circulatorio, articulaciones, huesos y ganglios. Concluida la habitual exploración clínica, nada nos ha llamado la atención somáticamente; la ligera tos que hemos sorprendido con fiebre alta acompañada de intensa disnea lo atribuimos a causas irritativas de la mucosa traqueo-bronquial y a probables trastornos bioquímicos del aparato digestivo, viniendo en consecuencia a diagnosticar un proceso agudo gastrointestinal de naturaleza simbiótica: con ello, damos un nombre a una enfermedad que no conocemos, preparando la puerta de salida necesaria en más de una ocasión, en el ejercicio de nuestra profesión.

¿Cuántas veces se ha confundido una neumonía del lóbulo medio del pulmón derecho de evolución atípica y manifestaciones locales apenas perceptibles, con una toxi-infección endodigestiva, con una infección gripal o con un probable absceso ótico en vías de formación!

Esto me recuerda aquellos pensamientos de WEST expuestos en sus Lecciones de Clínica Infantil: "Raramente en los niños sufre un solo órgano, pues los efectos de una enfermedad aun local, se extienden por todo el organismo y trastornan sus funciones a tal punto, que con su intensa reacción no es cosa fácil determinar el asiento primitivo del mal". Una vez sentado aquel *probable* diagnóstico de gastro-enteritis simbiótica, ebertiana o gripal, procedemos a cumplir las indicaciones terapéuticas pertinentes al caso clínico, obteniendo un resultado *negativo*; el enfermo sigue al día siguiente en el mismo estado de gravedad, con la misma fiebre, disnea más acentuada y mayor postración. Ante tal situación, ¿qué hacer, qué camino seguir, ya que al parecer no se vislumbra síntoma patognomónico alguno que nos pueda rectificar el diagnóstico establecido?

En estos momentos críticos, dos recursos le quedan al médico a emplear, optando por uno de ellos según su pericia y grado de cultura; o se contenta con atacar los síntomas que más molestan al enfermo o más preocupan a la familia—medicación sintomática o em-

pírica—o pone en juego la *lógica médica*, arma científica de positivos resultados, no tan cómoda como la primera, pero más eficaz y humanitaria. Repite la exploración con método y profunda y detenida atención, recoge y aquilata los datos anamnésticos y presentes que los familiares le proporcionan, los selecciona para quedarse con los de verdadero valor que, sumados con los aportados por aquella exploración, descubre nuevos horizontes donde radica la enfermedad real.

En el caso clínico que venimos estudiando tan sólo se destacan tres factores: *fiebre, tos seca laringotraqueal y fuerte alceo* de las alas nasales que no se corresponde ni con la temperatura ni con el estado anatómofisiológico, al parecer, del aparato respiratorio.

Con estos tres factores o elementos de juicio y su falta de proporcionalidad o correlación de los mismos, podemos ya dirigirnos por la senda clínica que nos conducirá a la formación del verdadero diagnóstico.

Al auscultar de nuevo el aparato respiratorio en todas sus zonas y en especial las axilares llamadas de *alarma* y en las correspondientes al ángulo de los omóplatos, puede suceder que no se descubra nada anormal, todo lo más una disminución del murmullo vesicular, pero si tenemos la precaución de *hacer toser* al enfermito durante la auscultación, percibiremos una respiración bronquial profunda en la zona donde se notaba debilitación de la respiración vesicular, mezclada con *estertores crepitantes secos inspiratorios* que desaparecen luego de algunos movimientos respiratorios para reaparecer después con nuevos y *provocados* accesos de tos, caracter que distinguen de las crepitaciones de origen atelectásico.

Este hecho clínico de capital importancia, tiene lugar mediante la comunicación del foco neumónico central con la superficie pulmonar a través de algunas ramificaciones bronquiales ostensibles estetoscópicamente por el mecanismo de la tos.

Si estos estertores crepitantes pasan inadvertidos por una ligera o deficiente auscultación, queda oculta la neumonía, confundiéndola con un proceso séptico ya que los datos proporcionados por la percusión, elocuentes en el adulto, tienen por regla general en la infancia escaso valor; se observan muchos casos en los que falta la clásica matidez o submatidez por el hecho anatómo-patológico de no influir los focos neumónicos lobulillares quedando entre ellos abundante tejido pulmonar de sonido normal a la percusión. Solo con la costumbre de percutir diariamente al enfermito puede ser descubierta a los pocos días la matidez, evitándonos con ello lamentables equivocaciones. Recuerdo que en las epidemias de 1918-19 faltó en un gran número de neumónicos durante todo el proceso, la matidez clásica.

Ha bastado la aparición del mencionado síntoma para dirigir nuestra atención hacia la Patología respiratoria y dar forma a una cosa que aparecía indescribible.

Otro factor no menos importante se registra en la neumonía central; la no correlatividad entre los síntomas fiebre alta, taquicardia, disnea, postración general y tos ligera, sufridas por el enfermo y el resul-

tado negativo obtenido en los primeros días de la enfermedad pesar de la exploración metódica y completa de aquel; esta particularidad clínica es tan gráfica que siempre que la observo me inclino a formular sin temor a equivocarme, un probable diagnóstico de neumonía central.

Un síntoma al parecer trivial reviste en el asunto que tratamos una importancia grande: se trata de la extrema agitación de las alas nasales que sufre el enfermito víctima de una solapada neumonía central, y es así, que el célebre pediatra CODET DE GASSICOURT en uno de sus Tratados de Clínica Infantil afirma que tal síntoma le hizo sospechar una neumonía central en un niño de 5 años de edad el cual con ausencia de tos, opresión ligera y con signos de percusión y auscultación más que dudosos, presentaba los síntomas siguientes: vómitos, convulsiones, cefalalgia violenta rechamamiento de dientes, agitación extrema alternada con somnolencia y coma, estrabismo divergente y rigidez de la nuca. En la autopsia se encontró una bronco-neumonía pseudo-lobular y una pleuresia purulenta.

Ello obliga teniendo en cuenta lo que antecede, en presencia de un enfermito desprovisto de síntomas patognómicos, a fijar nuestra atención en busca de la particularidad clínica antes referida, fijarnos en el aleteo de la nariz y a explorar sistemática y detenidamente en cada visita el aparato respiratorio, única manera de llegar a descubrir el foco neumónico en sus comienzos, en el supuesto que se trate de ello.

Nuestro proceder ha de ser igual al seguido por un buen cirujano: ante la sospecha de un foco purulento decide descubrirlo mediante el bisturí: así nosotros valiéndonos del oído, procuraremos descubrir el foco pulmonar para cumplir con las indicaciones terapéuticas propias del caso y evitar la propagación a las regiones vecinas. (1)

En donde la auscultación debe ser muy atenta es en las regiones laterales del torax. A este respecto dice Germán SÉE: "Es en esta región y no en otra donde he encontrado con más frecuencia la neumonía desde hace más de 40 años" y añade "recuerdo que siendo alumno interno había en el Hospital un niño de 4 años visitado por espacio de 10 días por GUESSANT y otros médicos eminentes sin que supieran el nombre de su enfermedad: el interno de guardia (era yo) descubrió el cuerpo del delito y la afección curó como una neumonía simple al segundo día."

Es necesario tener en cuenta el sello especial de la Patología infantil: no es siempre del lado del órgano enfermo donde los síntomas son los más molestos y tumultuosos, pues muchas veces quedan estos enmascarados por otros que de momento dominan la escena.

En los casos clínicos objeto de nuestro estudio, tal particularidad tiene lugar con alguna frecuencia y más de una vez la sintomatología endo-digestiva y nerviosa predomina al parecer, oscureciendo con su aparatosa presentación la existencia de la lesión real.

Muchas son las historias clínicas que referente a particular podría citar, limitándome tan sólo a transcribir dos, una del eminente clínico HUCHART altamente instructiva y otra personal de fecha reciente.

Con el beneplácito del paciente lector expondré textualmente la del doctor HUCHART por creer que a pesar de su extensión, todas sus frases tienen un sabor clínico tan manifiesto y una trascendencia práctica tan grande que cometeríamos, al suprimirle cualquier párrafo, un verdadero sacrilegio. Dice así: "En noviembre de 1884 fuí llamado urgentemente para visitar a un niño de 16 meses víctima subitamente de violentas convulsiones. A mi llegada encontré al enfermito agitado, volviéndose y revolviéndose en todos sentidos, presentando ligeras sacudidas en los brazos y exhalando algunos gemidos lastimeros. La piel estaba caliente y seca, el pulso frecuente—140—, la fiebre intensa—41°—, examiné cuidadosamente el pecho y nada encontré a la auscultación y a la percusión. Por lo demás, el niño había gozado de salud hasta ese día y no tosía; pero observé ya cierto grado de opresión con agitación de las alas de la nariz pensé en la existencia de una afección pulmonar, no participando del optimismo de los padres y del médico de cabecera que atribuían este accidente convulsivo a la evolución dentaria. La noche fué tormentosa y algunos espasmos musculares agitaron todavía de vez en cuando los miembros superiores y los inferiores; al día siguiente la temperatura estaba a 40,2°: el enfermito había tosido una sola vez durante la noche: la respiración parecía más entorpecida, los latidos de las alas de la nariz más acentuados y después de un examen minucioso del pecho no pudo comprobar más que la existencia de una ligera disminución de la sonoridad a la derecha y atrás por debajo de la espina del omoplato en una extensión igual a una pieza de 5 francos. La auscultación no revelaba nada de anormal, la respiración no era ni ruda ni sopla ni había allí ningún estertor. A las tres de la tarde bajo la influencia probable de la medicación hubo una pausa; la respiración era casi normal, había tosido dos o tres veces tan sólo, los movimientos convulsivos habían desaparecido y la fiebre había descendido a 39,7°.

"Al día siguiente, después de una mala noche pasada con gritos, agitación incesante y con algunos espasmos musculares en los miembros, la temperatura ascendió a las 6 de la mañana a 41°; el pulso estaba muy acelerado—a 150—, la piel caliente y muy seca, las respiraciones muy frecuentes—a 50 por minuto—, la tos extremadamente rara; iguales síntomas de auscultación y percusión. Por la tarde a las 5 la temperatura se mantenía a 41° y Noel GUENEAU DU MUSSY que vió el niño conmigo confirmó mi diagnóstico de *neumonía lobular* aun cuando los signos de percusión y auscultación no estaban más manifiestos en el lado derecho; pero a la izquierda y hacía atrás en la base ya había observado durante el día la existencia de una ligera submatidez con respiración algo ruda. Los síntomas cerebrales sobre todo se habían acentuado: el enfermito era atormentado por una irascibilidad insólita, exhalando espontáneamente gritos que habían asustado a sus deudos y aparentando presentar una verdadera hiperestesia cutánea; la cara pálida se cubría de vez en cuando de un enrojecimiento bastante vivo, la respiración era todavía frecuente—58 por minuto— pero desigual, suspirosa y suspendida a veces de re-

rente hasta el punto que la madre asustada preguntaba si su hijo estaba muerto: las pupilas iguales pero dilatadas, e insensibles a la luz, la mirada fija y atónica, el vientre deprimido era asiento de un vivo dolor con el simple roce de la piel y esta presentaba la mancha meningítica: había allí una tendencia continua al sopor: finalmente se notaba en los músculos del rostro y de los miembros a intervalos largos, algunos espasmos ligeros, y en los músculos de la mandíbula un masticamiento casi continuo. En este estado fué cuando CODET DE GASSIGOURT llamado en consulta le vió conmigo y con Noel GUENEAU DE MUSSY en la noche del tercer día de la enfermedad. Después de un examen muy atento del pecho no se observó nada ni a la percusión ni a la auscultación a la derecha del pecho, mientras que a la izquierda y en la base, la sonoridad estaba disminuída en una extensión de 4 a 5 cms. y la respiración presentaba un poco de rudeza. El enfermito apenas tosía—3 o 4 veces por día—pero se observaba claramente un entorpecimiento de la respiración que se acusada principalmente por una ligera agitación de las alas de la nariz. Había pues un pequeño foco neumónico a la izquierda, muy probablemente de asiento central.

“Al cuarto día de la enfermedad la temperatura subió 40,7° cuando la víspera a las 10 de la noche había descendido a 39,3°. El niño estaba en una situación de las más graves: la noche había sido mala y a la agitación de los últimos días había sucedido una somnolencia invencible, una especie de estado semicomatoso: el vientre estaba retraído, la constipación era pertinaz, por vez primera sobrevinieron varios vómitos sin náuseas, la respiración era frecuente con pausas durante las cuales el niño parecía no respirar: otras veces las respiraciones eran francamente suspirosas, el pulso era muy rápido, frecuente a 160 con algunas irregularidades. Un síntoma importante apareció por primera vez y era un *envaramiento muy acentuado del cuello que llevaba y mantenía la cabeza del enfermito hacia atrás* por causa de la contractura de los músculos de la nuca: durante el día a las dos de la tarde la fiebre se elevó a 41,2°. En el curso de una nueva consulta con CODET DE GASSIGOURT y Noel GUENEAU DE MUSSY observamos la persistencia de los mismos síntomas generales y sólo un indicio nos dió un vislumbre de esperanza: el niño salía de su estado semicomatoso para tomar el pecho con avidez. A la percusión de la parte derecha del pecho (al nivel del primer foco neumónico) se notaba solamente una ligera elevación de tonalidad, pero a la auscultación ningún ruido anormal, ni la menor rudeza respiratoria. A la izquierda al contrario, un poco de disminución de la sonoridad en la parte media de la fosa infraespinal y la respiración era un poco ruda a este nivel, sin carácter soplante, sólo en el hueco de la axila fué donde se pudo sorprender una *respiración un poco soplante con algunos estertores finos que estallaban en el momento de las grandes inspiraciones y de los gritos*. En los días siguientes los síntomas meningíticos se acusaron todavía más, la situación se hacía desesperada, el niño no salía de su estado comatoso más que para tomar el pecho: la temperatura oscilaba

entre 40,1° y 40,9°: la percusión y auscultación del pecho eran normales a la derecha, pero a la izquierda se observaba en el hueco axilar una inspiración ruda y ligeramente soplante. El mismo día a las 9 de la noche la temperatura cayó bruscamente a 38,6° y esta defervescencia febril se acentuó todavía y se completó dos horas después, no siendo, la temperatura más que de 37,5° (undécimo día de la enfermedad). En esta época los síntomas meningíticos que habían disminuído progresivamente de intensidad, desde el décimo día habían desaparecido. El enfermito muy pálido y adelgazado fijaba sus ojos a su alrededor; se interesaba por todo lo que veía: la rigidez de la nuca había desaparecido desde hacía dos días, la respiración era más igual y menos frecuente, pulso más regular y menos rápido (120). Sin embargo nosotros estuvimos todavía reservados creyendo que solamente se trataba de una detención, más no de una desaparición definitiva de los síntomas meningíticos. El porvenir inválido afortunadamente nuestras inquietudes, se trataba de una mejoría real que fué acentuándose hasta convertirse en una franca y completa curación”.

Este interesantísimo caso clínico, lleno de enseñanzas prácticas, nos demuestra que a pesar de constituir la neumonía central el eje principal alrededor del cual evolucionaban las incidencias patológicas, hallábase casi oculta y algún tanto enmascarada por síntomas meningíticos. ¡Quien sabe si las meningitis tuberculosas, dice el célebre HUCHARD, consideradas como curadas, no han sido más en el fondo, verdaderas neumonías centrales de forma meningítica!

Otra nota también importante nos enseña esta historia clínica, y es que gracias a los estertores crepitantes inspiratorios sorprendidos mediante una metódica y atenta auscultación, y la presencia de fuerte aleteo de las alas de la nariz, se pudo descubrir la neumonía central del pulmón izquierdo.

En mi práctica profesional, registro también casos clínicos muy interesantes, entre los que me permitiré exponer el siguiente: Trátase de un niño de 3 años, neurolinfático, sin antecedentes hereditarios patológicos ni personales; debutó con ligeros trastornos digestivos, poca tos, fiebre alta y grande postración; fué llamado a los cuatro días de enfermedad, después de haber agotado los padres todos los recursos caseros y corrientes, hallando al enfermito en decúbito dorsal, cara fuertemente enrojecida, aleteo marcado de la nariz, disnea intensa (60), fiebre de 40,5°, extremada frecuencia de pulso (140) y profundo abatimiento con trastornos gastro-intestinales y traqueo-bronquitis concomitante. Ante este cuadro, llamé poderosamente la *desproporción* entre los síntomas somáticos—ligero catarro de la mucosa endodigestiva y traqueo-bronquial—y la reacción brutal del organismo después de cuatro días de enfermedad, no explicándome al mismo tiempo el porqué de la disnea intensa y del marcado aleteo de las alas nasales, impropios de los procesos agudos del aparato digestivo y de las vías altas del aparato respiratorio, exceptuando los casos de virulencia microbiana extremada que afortunadamente no es corriente.

Tan grande fué el *desacuerdo* observado gracias a la

sana lógica clínica, que me obligó a examinar detenidamente al enfermito en busca de algo que me explicara científicamente la causa de aquella aparente desproporcionalidad sintomática sorprendiendo por la exploración—auscultación en particular—de la región axilar derecha, la presencia de estertores de pequeñas burbujas al final de la inspiración profunda, provocada por los accesos de tos *obligada* y desapareciendo cuando ésta terminaba. Con este dato tan sencillo si cabe, tuve la clave que traducida clínicamente me dió el diagnóstico de neumonía central del lóbulo inferior derecho y cuyo proceso cedió por crisis a los 12 días, no sin antes presentarse fenómenos de meningismo con rigidez de la nuca y convulsiones de las extremidades tóraco-abdominales derechas, que hubieran podido hacer pensar en una meningitis aguda, por más que el comienzo y evolución no correspondían a esta enfermedad y faltaban los signos característicos—signo de Kernig, reflejo de la mano de Babinski, idem contralateral del mismo, síntoma de Lainston, reflejo nuco-plantar y reflejo abdómino-flexor.

Parecido a este caso podría citar otros muchos, en los que dominaban la escena síntomas digestivos y cerebrales, escondiendo a los que constituían la enfermedad real, pero con los expuestos creo queda demostrado mi aserto.

Errores diagnósticos: La neumonía central puede confundirse en sus comienzos con la meningitis aguda, fiebre tifoidea, sarampión, gippe, bronco-pneumonia, y especialmente con la *fiebre criptogénica* o sinoco o fiebre efímera de los antiguos, tan frecuente en la infancia y tan bien descrita por el Dr. APERT del Hospital de niños enfermos de París: su comienzo es el mismo, como así la evolución en los primeros días de enfermedad, la fiebre y sus secuelas—agitación, taquicardia, vultuosidad de la cara, etc., etc.—dominan el cuadro clínico sin que se encuentre lesión somática que pueda explicar aquel síntoma; a los pocos días (2 a 4) acentúase, si de neumonía central se trata, el aleteo de la nariz, comenzándose a percibir los clásicos estertores secos de medianas o pequeñas burbujas, contrariamente de lo que sucede en la fiebre criptogénica, que por regla general desaparece a los pocos días sin haberse encontrado relación entre causa y efecto.

Confúndese también con alguna frecuencia con la encefalitis en los primeros días de enfermedad, por ser en ambos el comienzo brusco, precedido de escalofríos y seguido por un sólo síntoma—la fiebre intensa—en el primero y segundo días, y acompañada más tarde por una rino-faringitis; a los 4 ó 5 días aparecen fenómenos de hipertonia muscular comenzando por la cara y extendiéndose por el tronco y extremidades si de encefalitis se refiere, o por el contrario preséntanse los fenómenos pulmonares ya conocidos y expuestos en capítulos anteriores, si estamos en frente de un proceso del aparato respiratorio.

Manera de evitarlos: Es condición indispensable indagar mediante un ordenado y cronológico interrogatorio hecho a los padres, los antecedentes hereditarios y personales de los mismos, el estado del niño

antes de la enfermedad, el comienzo de la misma, signos principales observados durante los primeros días y motivos principales que han obligado a demandar la asistencia médica.

Si la orientación diagnóstica trazada por el resultado del interrogatorio y el decúbito adoptado por el enfermo durante nuestra inspección es hacia un aparato determinado, comenzaremos por la exploración de éste para terminar con el más remoto en vecindad y en relaciones fisiológicas, pero si aquella es una incógnita, procederemos sin titubear por el reconocimiento del aparato respiratorio en la primera y sucesivas visitas, fijándonos en los datos proporcionados por la auscultación en especial, que practicada en la forma ya conocida, sorprenderá la más pequeña alteración anatómo-funcional de los pulmones por profunda y tenue que sea. Cuando el resultado de esta exploración es negativo y no se observan síntomas pertenecientes a una determinada entidad nosológica, fíjese la atención entre la *concordia* o *discordancia* entre los síntomas generales de todo el proceso agudo y la disnea acompañada por fuerte aleteo nasal: en caso de discordancia, esto es, en caso de no explicarse una disnea y agitación nasal intensa en un proceso de reacción general mediana o pequeña, sígase la pista por el camino de la patología respiratoria, pues es casi seguro que en exploraciones sucesivas hallaremos la clave de la enfermedad.

Si con todo lo aconsejado, el diagnóstico resultara dudoso nos queda el recurso de practicar el examen morfológico de la sangre y la reacción de velocidad de sedimentación de los hematíes o reacción de FAHREUS. El examen radiográfico es también recurso apellable aunque como el precedente, son más propios para ser realizados en un Hospital o Sanatorio.

Conclusiones: 1.º El escaso número de neumonías centrales citadas por los Tratados de Patología Infantil y observados en la práctica, según afirman algunos médicos, obedece a varios factores: a) erróneas interpretaciones clínicas que confunden a aquellos con simples *fluxiones activas*; b) a su especial manera de evolucionar a veces tan obscura que se hace inaccesible a los procedimientos clásicos de exploración—palpación, percusión y auscultación—, llamándosela por tal motivo *pneumonía muda*; y c) a la escasa atención puesta por algunos, a las explicaciones dadas por los deudos de los enfermitos, que no por ser a veces superficiales e incoherentes, dejan bien examinadas y tamizadas, de constituir sólida base para una buena orientación diagnóstica.

2.º Los errores diagnósticos son debidos muchas veces al sello especial que caracterizan las enfermedades infecciosas en la infancia; otras, al modo particular de reaccionar a los estimulantes fisiopatológicos; y por dominar, en fin, en la escena muchas veces, síntomas pertenecientes a aparatos o sistemas distintos del que está enfermo.

3.º Para evitarlos, precisa tener en cuenta, a más de los síntomas patognomónicos propios de todos aquellos procesos que por su comienzo y manera de evolucionar en los primeros días aseméjense a la neumono-

nia central, la discordancia entre la relación general (fiebre, pulso, respiración) y el aleteo de la nariz y grado de disnea, sin descuidar los estertores crepitantes inspiratorios de pequeñas burbujas aparecidos con la tos provocada.

4.º Procediendo según los dictados de una sana clínica, se evitarán ruidosos fracasos, estableciéndose un buen diagnóstico que servirá de elemento básico para un científico pronóstico y un acertado y rápido plan terapéutico.

CRONICA

EL PRIMER CONGRESO DE SANIDAD MUNICIPAL

por el doctor

J. VANRELL

de Barcelona

En el pasado mes de mayo, tuvieron lugar en nuestro país diversos actos sanitarios, todos importantísimos, que evidencian, de una parte, la trascendencia de la política sanitaria hace poco iniciada, y de otra el interés, entusiasmo y emulación que ha despertado entre nuestros profesionales el nuevo intento de reorganización de nuestra higiene pública.

Los actos a que aludimos son: la Asamblea general de Federaciones Sanitarias, celebrada en Cuenca; la Asamblea de Inspectores Municipales de Sanidad; la Reunión de Subdelegados de Medicina y el Primer Congreso de Sanidad Municipal, celebrados en Madrid.

El último, por su especial significación y posible influencia en la vida de los municipios, debe merecer nuestra especial atención.

Coincidiendo con la Asamblea de Inspectores Municipales de Sanidad, la Asociación Nacional de Médicos Titulares "firmemente decidida a que la Sanidad Nacional salga de su postergación y ocupe un plano preferente en la atención de los ciudadanos", organizó unas reuniones exclusivamente técnicas y destinadas al estudio de problemas sanitarios concretos, no solo con la intención de trazar nuevas normas para su eficaz y provechosa solución, si no también para crear alrededor de los mismos un ambiente nacional de comprensión.

El éxito del Congreso ha superado a todas las esperanzas, poniendo de manifiesto algo que ha constituido para algunos una revelación. Tanto las ponencias como los debates suscitados alrededor de las mismas han transcurrido en un tono de mesura que ha producido en los espectadores la mejor impresión: ponentes y contraopinantes pertenecían en su mayoría a los médicos rurales o a poblaciones de orden secundario, demostrándose una vez más que entre las filas de la humilde y casi anónima medicina rural, se encuentran capacidades e inteligencias austeramente formadas en la soledad que destacarían brillantemente en cualquier

Congreso científico de los que en todo boato y prosopeya acostumbra a organizar de cuando en cuando el pulido protomedicato urbano.

Señalamos con satisfacción este hecho significativo, por cuanto ello demuestra en nuestros titulares una preparación y un espíritu que estaba lejos de ser sospechado y que constituye la mejor garantía de viabilidad de los nuevos planes sanitarios.

La Sesión inaugural del Congreso tuvo lugar en la Real Academia de Medicina, presidiendo el Ministro de la Gobernación, y en ella el Dr. MURILLO, Director general de Sanidad, desarrolló un importantísimo discurso en el que puso de manifiesto los propósitos del Directorio y sus vastos planes de reorganización sanitaria. "Viven en las comarcas rurales", dice el Doctor MURILLO, "diez y seis millones de españoles. Higienizar esta gran masa será mejorar España". "Sereis los funcionarios más útiles de la nación", añade, "si consideráis la medicina preventiva como el sector predilecto de vuestra profesión".

Los temas oficiales del Congreso, todos ellos interesantes y de actualidad, fueron brillantemente desarrollados por las ponencias.

He aquí, extractadas, las conclusiones definitivas aprobadas por la Asamblea:

Tema I.—"La vivienda en los pequeños Municipios. Sus defectos y manera de corregirlos." Ponente: Don Manuel FERNÁNDEZ ALDAMA, Almadén.

—La inmensa mayoría de las viviendas en los pequeños Municipios carece de salubridad y habitabilidad; urge, pues, que el Estado haga una clasificación sanitaria de las viviendas económicas y que dicha clasificación regule la renta que deba producir cada inmueble en relación al alquiler.

—Los patrones de construcción de la vivienda económica en el medio rural, son casi idénticos para cada región.

—Del empleo de materiales procedentes de derribos de hornos de calcinación del cinabrio, resultan "casas tóxicas", dañosas para sus habitantes y, bajo este concepto, debe prohibirse en absoluto su utilización.

—Los sótanos deben ser excluidos como habitaciones de dormir o de estar, en todos los casos.

—Igualmente deben prohibirse los suelos de yeso o tierra y las techumbres de paja vegetal, debiendo los entabacados ser rellenados con materiales ligeros, poco combustibles e impermeables.

—No se debe permitir el habitar una vivienda recién construída, mientras su coeficiente de humedad sea mayor del 5 por 1.000.

—Debe favorecerse la difusión de casas de tejado plano que pueda usarse a manera de los terrados o terrazas de algunas regiones españolas.

—En la vivienda rural española, la proporción aproximada entre habitantes y el número de habitaciones disponibles, es la de cuatro a uno; existe, pues, hacinamiento, causa de morbilidad y mortalidad exageradas, que urge corregir.

—Toda vivienda debe contar con una perfecta, aunque sencilla, instalación para la evacuación de excretas. En los pueblos pobres o en los barrios míseros, se