FACULTAD DE MEDICINA.

PULMONÍA.

TÉSIS

PRESENTADA Y SOSTENIDA ANTE LA FACULTAD DE MÉDICINA

DE BUENOS AYRES,

El de Diciembre de 1856, para obtener el grado de Doctor

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS BIBLIOTECA BUENOS AIRES

POR

JUAN B. GALARCE,

(NATURAL DE BUENOS AYRES.)

Ex-practicante mayor del cuerpo médico militar en campaña y ex-practicante mayor del Hopital General de Hombres.

10043

Virtutem doctrina parit.

HORACIO.

(La virtud, supremo ornamento del alma, es parto lejitímo de la ciencia.)

BUENOS AYRES,

IMPRENTA DE J. A. BERNHEIM, CALLE DEFENSA, 73.

1856.

1860

A la memoria de mis caros Padres,

Estas líneas con que doi fin á las fatigas de mis mejores años.

A LA MEMORIA DE MIS CATEDRÁTICOS

El Dr. D. Elaudio M. Cuenca y Dr. D. Juan A. Fernandez.

A MIS BUENOS AMIGOS.....

FACULTAD DE MEDICINA DE BUENOS AIRES.

	CATEDRATICOS :	ASIGNATURAS :
Presidente.....	Dr. D. Francisco Javier Muniz.	Partos, enfermedades de ñinos y mujeres y medicina legal.
Vice-presidente .	" Juan J. Montes de Oca.	Clínica quirurgica y operaciones.
	" Martin Garcia.....	Nosografia médica y patología general.
	" Jose M. Bosch.....	Clínica médica.
	" Teodoro Alvarez.....	Nosografia quirúrgica.
Tresorero.....	" Salustiano Cuenca.....	Anatomía y fisiologia.
	" Luis Gomez.....	Materia médica, terapéutica, farmacologia é hijiene
	" Nicanor Albarellos....	Catedrático de medicina legal anatomia patologica y patologia general.
Secretario.....	" Jose P. Lucena.	

SOSTITUTOS.

Dr. D. Ventura Bosh.....	Partos etc.
" Manuel A. Montes dr Oca.	Clínica quirúrgica y operaciones.
" Leopoldo Montes de Oca.	Nosografia quirúrgica.

Padrino de Tesis.

Dr. D. NICANOR ALBARELLOS,

Bachiller en letras y ciencias de la Universidad de Francia, doctor en Medicina de la Facultad de Paris, miembro de la Sociedad Anatómica de la misma ciudad, médico del Hospital General de mujeres, catedrático de medicina legal, catedrático actual de fisica y química médicas, miembro del Cousejo de Instruccion pública y representante del pueblo.

El padrino de tésis no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia se considera únicamento como un acto de honor para el ahijado.

(*Reglamento de la Facultad.*)

INTRODUCCION.

Nada de nuevo nos es dado decir en la materia, objeto de esta tésis ;—ella, ha sido suficientemente tratada por autores de notable mérito, que se han dedicado con especialidad á su estudio en los Hospitales de Francia, Alemanía, España , &a. Esta circunstancia pudiera habernos desanimado, si al emprender nuestra tarea, no hubiéramos tenido en vista elejir una de aquellas afecciones, sobre la que, mas observaciones prácticas hubiésemos hecho en los estudios clínicos.

Por otra parte, no nos hacemos ilusion de nuestras fuerzas, ya en nuestra intelijencia, ya en nuestros conocimientos, ni nos lo permite el tiempo de que nos es dado disponer, para emprender este trabajo sobre uno de tantos puntos todavia no bien estudiados, no bien comprendidos, de la Ciencia Médica.

Quédanos por decir que al presentar esta última prueba de nuestros estudios médicos, confiamos en que los Sres. de la Facultad de Medicina, no se escusaran de perdonar los errores diseminados en ella, pues, la bondad de los maestros nunca debe mejor enseñarse que en esta *leccion final que van á dar á su discípulo.*

Definicion.—

Se dá el nombre de *pulmonía* á la inflamacion del parénquima pulmonar.

Sinonimia—

Se ha designado y se designa aun, esta afeccion, segun los distintos autores, con los nombres de *perineumonia*, *peripleumonía*, *fiebre neumónica ó perineumónica*, *neumonia y fluxion de pecho.*

Convengo en adoptar el nombre de pulmonía por ser el que naturalmente se desprende (segun nuestro idioma) del de el órgano afectado.

Division—

De los diversos aspectos, que, por decirlo asi, nos ofrece la pulmonía, y circunstancias y épocas diferentes de la vida del hombre en que ella se presenta, nosotros tan solo la consideraremos : —

Primero—Bajo la forma aguda, por ser la crónica en estremo rara; y esto, á tal punto, como es sabido, que hay muchos autores que niegan su existencia; y tambien, porque nos juzgamos mas competentes para hablar de la primera por ser bajo su carácter que se nos ha ofrecido la afeccion que nos ocupa, en todo el periodo de nuestros estudios clínicos.

Segundo - Nos referiremos principalmente á la pulmonía del adulto y anciano que son tambien en las que mas motivo hemos tenido de hacer observaciones.

En cuanto á la pulmonía de los niños, apreciaremos de ella algunas peculiaridades, y tambien ciertas diferiencias que creemos conducente hacer notar.

Todo esto, en el trascurso de lo que es objeto principal de esta disertacion, y consultando los estrechos límites á que nos hemos propuesto ceñirla.

Daremos á la lijera una idea sobre las diversas especies de pulmonía que han descrito los autores, sobre su importancia respectiva, &a. Nuestras distinciones se versarán primeramente sobre la *pulmonía primitiva* y *consecutiva*, que ofrecen diferencias de importancia :—en seguida, de la *biliosa*, *tifoidea*, *catarral* [*intermitente y rremitente*] *traumática*, *rreumática*, *artrítica*, *puerperal* y *verminosa*, algunas de las cuales no pueden de modo alguno admitirse.

ANATOMIA PATALOJICA.

El estado morbeso que se manificsta en el órgano pulmonar no puede tener su asiento sinó en una ú otra de las tres partes que en último análisis constituyen su parénquima.

Los anotómicos consideran : 1.° Cavidades verosimilmente cerradas por todas partes, [vesicnlas bronquiales]. 2.° Las paredes de estas cavidades, compuestas de una membrana delgada en la que se ramifican vasos y nervios estremadamente finos. 3.° El tejido celular inter-vesicular, cuya lesion es la mas importante en la afeccion que nos ocupa.

Los anatomistas patólogos desde Laenec, distinguen ordinariamente en la flegmasía del pulmon tres grados, que se designan con los nombres de *infiltracion sanguinolenta* ó *infarto de Bayle*, *hepatizacion roja* ó *induracion roja* y *hepatizacion gris* ; pero atendiendo á la naturaleza de esta afeccion pueden reducirse solo á dos : en una, en que el aire penetra todavia á las vesículas aereas, y corresponde al *infarto rojo*, y la otra en que el aire no puede penetrar ya en dicha cavidad vesicular, y comprende la *hepatizacion roja* y la *hipatizacion gris*.

En el estudio de lo enunciado voy á referirme al caso de que haré mencion en las terminaciones de la pulmonía :—al hacer la autosia en dicho caso tuve motivo de observar los tres grados flegmasiacos de que hemos hablado.

Me refiero á dicho caso porque en él tuve motivo de apreciar distintamente aquellos tres grados, que como es sabido no es difícil encontrarlos reunidos.

El referido neumónico, anciano como de 75 años, falleció de una pulmonía doble á los diez dias de su padecimiento, presentó durante el curso de su enfermedad los síntómas mas graves de esta afeccion, de los que haré mas adelante alguna mencion.—Puestos al descubierto los pulmones se encontró :

El izquierdo en su coloracion esterior con varias manchas, unas de un color rojo encendido, otras violado tirando al color negro; estrujado entre los dedos su tejido se hallaba menos elástico y crepitante que en el estado normal. Hecha una incision en el perénquima del mismo, de la parte media á la inferior, dió un líquido seroso, sanguinolento y espumoso; el tejido estaba friable, penetraba en él el dedo con algana facilidad; su color interior, era rojo violado, puesto un pedazo de su sustancia en el agua sobrenadaba en el líquido aunque su gravedad especifica se hallaba algo aumentada.

Hasta aquí los caractéres anatómicos del primer grado de la flegmasia, los que á veces pueden ocupar la totalidad de los pulmones. De paso nos ocuparemos de una cuestion sucitada entre los anatomistas, y es que, el infarto inflamatorio puede confundirse con la hiperemia ya pasiva, ya mecánica ó cadavérica de este órgano, en la cual se verifica en el cadáver una acumulacion dc sangre que no ha tenido parte en la produccion de los fenómenos morbosos, y que se ha producido ó en los últimos momentos de la vida ó ya despues de la muerte. Asi no es suficiente una simple conjestion sanguinea, particularmente cuando existe en la parte mas declive para caracterizar que se ha verificado durante la vida un trabajo de irritacion; mas la disminucion de consistencia puede ser un medio suficiente para distinguirla? Audral nos refiere que no puede sostenerse esta opinion, y considera él, como demostrado en el dia, que siempre que la sangre se halle aumentada en el pulmon en suficiente cantidad, para que este órgano llegue á contener mayor porcion de ella que de aire, puede el parénquima pulmonar romperse con facilidad comprimiéndole con los dedos.

Sin embargo, los síntomas observados en la mayoría de casos, durante la vida, no permiten dudar que la hiperemia pulmonar ha existido y ha reconocido por causa una irritacion.

El segundo grado de hepatizacion roja ó induracion roja, al que ha propuesto sostituir Andral con el nombre de reblandecimiento rojo porque aun cuando esté mas duro el tejido pulmonar se torna mas friable. Este grado se diferencia del primero en que el aire no puede ya casi penetrarle, y esto depende de la presencia de la sangre en las paredes vesi-

culares y tejido celular inter-lobular que estrecha y oblitera estas cavidades.

Volviendo á la autosia de que mas antes me ocupaba, debo decir, que, examiné el segundo grado de la flegmasia en el lóbulo superior izquierdo y totalidad del pulmon derecho, aunque en su vértice era mas demarcado este grado—el volúmen se hallaba aumentado considerablemente—al esterior ofrecia tanto el lóbulo izquierdo como la porcion del pulmon derecho un color rojo subido, con manchas lívidas, duro al tacto, sin crepitacion, pesado é impermeable. Cortando ó desgarrando su interior era en ciertas partes uniformemente rojo, jaspeado ó matizado, imitando á ciertos mármoles ; en otras partes de su superficie manifestaba granulaciones de aspecto rojizo, diseminadas ;—cerca de su inmediacion central estaba mas uniformemente compacto, no presentaba granulacion tomando alguna semejanza á la sustancia del hígado (carnificacion) comprimiendo su tejido no se percibia la menor burbuja de aire y su consistencia sensiblemente disminuida ; cuando se hacia alguna presion con el dedo cedía deshaciéndose muy fácilmeute su perénquima—á cuyo carácter M. Andral llama *molificacion roja*, atendiendo á su consistencia : su gravedad especifiea muy aumentada y no sobrenadaba en el líquido, precipitándose una porcion de esta sustancia al fondo del vaso.

Los patólogos han obsarvado que si se somete á la desecacion un pulmon que nos presente, bien sea el grado de hiperemia, atascamiento, ó ya el de la hepatizacion que acabamos de tratar, será fácil convencerse que estas alteraciones se reducen á las qne ya hemos designado : por ejemplo en un pulmon hepatizado se presentarán las paredes de las células de un color rojo encendido y engrosadas ; el tejido celular intermedio se hallará infartado, ó mas grueso que de ordinario, y las cavidades vesiculares habrán desaparecido notablemente.

De lo dicho resulta que si en el estado normal aparece el parénquima de este órgano con una infinidad de tubos, en la hepatizacion han desaparecido estos, y en su lugar se halla una masa sólida continua que impide la entrada del aire con mas ó menos dificultad ; cuyo caso esplican perfectamente los fenómenos de la auscultacion observados en vida. En efecto, por mas hepatizado que nos haya parecido al tiempo del exámen, despues de disecado el órgano, se ancuentran comunmente vesículas que

han conservado sus dimensiones ordinarias, y otras que existen con una dilatacion notable—lo cual esplica el fenómeno que se nota en algunos enfermos, en los que faltando el murmullo respiratorio en casí todo un pulmon, hay sin embargo ciertos puntos diseminados en los que se oye aquel.

El tercer grado de flegmasia de este órgano denominado *hepatizacion* ó *induracion gris*, de *reblandecimiento* ó *infiltracion purulenta*, el aire no atraviesa ó penetra incompletamente en las vesículas pulmonares como en el ya descrito, diferenciándose de él en que es diverso el líquido contenido en el pulmon.

La infiltracion purulenta es el modo mas jeneral que tiene de manifcstacion ; asi se presentó en este individuo que como hemos dicho afectaba los tres grados de flegmasia—esta infiltracion se hallaba diseminada en los dos tercios inferiores del pulmon derecho. En toda la circunferencia de la p rte afecta presentó tanto esterior como interiormente un color amarillento viscoso, era inódoro y ofrecia distintamente todos los caractáres de pus.

Al corte del instrumento ofrecia el mismo aspecto granuloso, pero de un color ceniciento , no crepitaba á la presion y su consistencia muy disminuida y aun mucho mas que en la parte superior donde subsistia la simple hepatizacion roja.

Aunque no esté demostrado por la patolojía que el sitio de a infiltracion purulenta sea esclusivamente el tejido celular inter–vesicular, debemos fundar por analojía esta opinion, que, el sitio de la supuracion de las partes internas es aquel tejido, luego debe ser el asiento de este; mucho mas cuando si fuesen las paredes de las vesículas pulmonares ó los bronquios los que segregasen el pus debería ser su salida mas frecuenta al esterior, cuando por el contrario tenemos que es sumamente rara esta espectoracion.

Sin embargo que acabamos de decir que en el tercer grado de pulmonía el pus reside probablemente en el tejido celular, aun puede existir en algunos casos raros en otro tejido elemental, como lo refiere M. Audral y otros autores.

La formacion de un foco purulento en el parénquima pulmonar es un

fenómeno no muy raro en anatomía patolójica, aunque Laenec haya establecido una opinion todo contraria.

Creo haber observado en la autopsia del segundo individuo, que hé citado, un hecho de esta clase—en el pulmon izquierdo del mismo individuo, se observaron dos pequeños focos de siete á ocho líneas de estension, que dieron salida de su interior á un líquido purulento, viscoso y amarillento.

Bien que podíamos haber confundido en dicho caso tales focos con el reblandecimiento ó supuracion de algunos tubérculos; pero en primer lugar, los tubérculos que existian se hallaban en su primer periodo, y examinados atentamente no se notó al rededor de ellos, ni en el mismo foco purulento, indicios de corpúsculos reblandecidos. Tambien podian haberse formado artificialmente por las maniobras de la autosia, mas no solo no se hicieron esfuerzos, pero ni aun las mas ligeras presiones.

Los abcesos pulmonares pueden reconocer otra causa que la hasta aqui enumerada; asi se ha encontrado un foco purulento en este órgano sin que haya sido precedido por ningun trabajo de hiperemia activa; que este pus tome orígen en un punto cualquiera de la economia é introducido en el torrente circulatorio, como quieren algunos autores, haya salido de él como por un filtro y se haya depositado en el parénquima del pulmon; ó ya que la sangre misma, por causa que no sea desconocida, se coagule en los vasos pulmonares y sea transformada en las ramificaciones de estos vasos en una materia purulenta (M. Andral).

Estos abcesos pulmonares pueden comunicarse con el esterior por medio de los bronquíos, y aun formar trayectos fistulosos, abrirse en una cavidad mas distante, ó en la pleura, pericardio y cavidad del mediastino, etc.

En las alteraciones patológicas del pulmon de un niño y de un viejo se encuentran algunas diferencias segun los autores: en el primer grado de la pulmonía de un decrépito, el líquido que sale de la superficie de una incision es mas rojo y espumoso, su consistencia no se haya disminuida si la inflamacion no es incipiente, y al contrario en un grado mas adelantado.

En el segundo grado las granulaciones son diferentes, se hacen mas voluminosas y á veces son irregulares y tienden á confundirse; es algo

mas dura su consistencia y no se desgarran tan fácilmente como en el adulto—conservan alguna resistencia, no van al fondo del vaso y con mas frecuencia sobrenadan por encima.

En el tercer grado el pus se presenta dispuesto en chapas de un blanco agrisado irregular, en otros casos se ofrece concreto y consistente, no siendo posible separarlo sino con la punta de un escalpel. En este mismo caso el parénquima pulmonar reviste un aspecto de granito mezclado de un color rojo blanquisco apagado.

En los niños se halla con mas frecuencia que en el adulto el tejido pulmonar carnificado : este carácter de lesion se demuestra blando, flojo, deprimido, de un color violado jaspeado, con radiaciones blancas, con aspecto de carne muscular cuando se incinde—no hay crepitacion y dá un líquido sero—sanguinolento que se ha comparado al pulmom de un feto que aun no ha respirado.

En los niños recien nacidos, segun lo que han observado algunos autores, la hepatizacion del pulmon se presente con el color rojo mas negrusco, sin apariencia de granulacion; el líquido que fluye de su interior de color de heces de vino—en otras circustancias manifiesta en varios puntos estrias de un blanco sucio y se verifican y salen chapas de un blanco agrisado—la consistencia del parénquima no está reblandecida y su gravedad especifica es mayor que la del agua. Mas todos estos no son a nuestro modo de ver signos suficientes para establacer una satisfactoria distincion

En la pulmonía aguda, cualquiera que sea su grado, los anatómicos distinguen tres formas principales con respecto á su carácter anatómico —y la distinguen en *vesicular*, *diseminada* y *lobular*—En esta primera forma re hallan hiperemiadas un número indeterminado de vesículas y reunidas en fracciones que se unen para componer un lóbulo, existiendo el tejido pulmonar sano á su adrededor.

Haciendo un corte en el parénquima se ven puntos rojos compactos que á la vista parecen duros, pero son friables y se deshacen si se comprimen.

La segunda especie ó *pulmonía diseminada* se forma por un número de granulaciones que se han reunido de la primera especie, en forma de masas mas ó menos estensas, rojas y grises, *segun el grado de flegmasia*;

pueden llegar al primero, segundo ó tercero independientemente unas de otras;—y en el intermedio de ellas se hallan porciones de tejido pulmonar sano.

La tercera forma o *pulmonía lobular*, ocupa todo un lóbulo, todos los lóbulos de un pulmon ó de los dos á la vez, asi cuando existe solamente en un lado se llama simple y si en los dos doble.

Comparando con respecto á su frecuencia la inflamacion del lóbulo superior con el inferior, se ha establecido como ley que este se afecta con mas frecuencia. Si comparamos ahora los dos pulmones entre sí veremos que el derecho se afecta mas comunmente quc el izquierdo.

Despues de haber espuesto las lesiones características de la pulmonía, de las alteraciones concomitantes, llamadas secundarias por M. Louis, que complican la afeccion principal y que algunas ocasiones pueden considararse como causa de ella, me referiré primcipalmente á las alteraciones que hé encontrado en los dos individuos mencionados;—en el segundo se presentó un gran número de adherencias de la pleura costal con la pulmonar;—los tubos bronquiales se hallaban en ciertos puntos rojos y reblandecidos, su membrana mucosa en algunas ramas de mediano calibre estaba encarnada; y llenos por otra parte en su cavidad de mucosidades mescladas con pus. En el primer enfermo que hé citado la mucosa gástrica apareció de un color rojo encendido que se estendia hasta la salida del duodeno, aunque no tan pronunciado como en el estómago. En el cérebro se halló una coleccion de serosidad clara que ocupaba los ventrículos, probablemente fué la causa del fuerte delirio que tuvo este neumónico.

En efecto estas son las alteraciones que con mas frecuencia acompañan á los neumónicos en la autopsia cadavérica, segun la opinion de algunos autores.

La gangrena del pulmon es muy rara como hemos dicho ya, pero es cierto tambien que puede verificarse como en cualquiera otro órgano, bien sea por un trabajo patolójico especial, por una accion mecánica ó ya por cualquiera otra causa que impide el aflujo de sangre arterial. Tampoco es necesario que haya existido una irritacion y cierta disposicion del organismo:—en algunos se hace una estancacion sanguinea y sobreviene esta afeccion. Citaré un caso que se verificó en la clase de Clí-

nica Quirúrgica y es el de un individuo afectado de una lué venérea terciaria, que en los ocho meses de permanencia en el Hospital marchó con el mejor suceso ; pero la posicion horizontal que comunmente guardaba— probablemente fué la causa ocasional de aquel padecimiento.

En la autósia cadavérica se examinó el pulmon en varios puntos, encontrando en él chapas gangrenosas de un olor fétido característico, disminuida la consistencia y de color pardo lívido.

Al rededor de estas producciones gangrenosas no percibimos ningun rastro de irritacion, solo si lijeramente hiperemiado el órgano.

Hasta aqui tenemos la gangrena sin irritacion precedente sensible— tócanos decir ahora, que los caractéres anatómicos de ella son los mismos, ya se encuentre en el caso enunciado, ya sea precedida de inflamacion.

SINTOMAS.

Como lo hemos visto, de todos los climas y estaciones no perdona ni edad, ni sexo, ni condicion alguna la efeccion que nos ocupa; vamos á ver tambien cuan valeidosa es en sus pródomos ó síntomas de invasion.

Segun refiere haberlo observado Grisolle, ofrece ella, en una cuarta parte de los enfermos de diez y seis á setenta años, algunos pródromos que anuncian su invasion, tales como, dice: mal-estar, abatimiento, pérdida del apetito y de las fuerzas, estrema susceptibilidad al frio, etc.; accidentos que, segun él, tienen una duracion de cuatro á cinco dias. Juzgamos que coincidiendo, lo que es dificil, todos estos fenómenos y algunos otros, puede el práctico preedecir la invasion de la pulmonía;—la que bien pronto, si existe en realidad, se hará de todo punto sensible sin permitir duda alguna.

Es de toda prudencia, sinembargo, no arriesgarse sin la coincidencia de muchos sintómas, como ya lo hemos dado á entender, caracterizando el desórden que se sucede ó está por llegar.

A veces se anuncia la pulmonía bajo los fenómenos de la fiebre inflamatoria como lo ha observado el mismo Grisolle; otras, sucede á la bronquitis, y entonces, los síntomas de esta exasperados constituyen los primeros de ella.

Algunos autores creen que precede á la invasion de la pulmonía una alteracion primitiva en la sangre; pero esto no es hasta ahora mas que una suposicion.

En casos de esta naturaleza M. Andral al examinar la sangre, encontró un esceso de fibrina, al del estado normal, y anunció debia sobrevenir una flegmasia cuyo asiento no podia determinar.

Existe un fenómeno á nuestro modo de ver muy notable, y que nos lo

revela el enfermo, consiste en el escalofrio mas ó menos intenso; sinembargo suele faltar las mas veces y en particular en pulmonías del otoño y verano.

Este escalo frio puede consistir en una simple horripilacion, ó en una sensacion estremada de frio con castañeteo de dientes—á esto se agregan, algunas veces, dolor vivo en un costado, tos y espectoracion. Los síntomas locales de tos y espectoracion, es mas comun no observarlos en el anciano que en el adulto.

En los niños mas ordinariamente se anuncia por calentura, estrema agitacion y celeridad en la respiracion.

La invasion mas regular de la pulmonía se hace de un modo latente.

De cualquier modo que ello suceda, ya sea que no existan, ya sea que pasen desapercibidos los pródromos ó síntomas de invasion, ello es que, muy luego la pulmonia hace sensible su existencia con caractéres y signos propios.

Asi tenemos que acusa el paciente dolor vivo en una de las regiones del pecho, dolor que en ocasiones se estiende hasta el hombro del mismo ladó, ó mas bien en ambos pechos á la vez—ó tambien otras se fija solamente en un punto del torax.—El carácter de tal dolor es al principio punjitivo y lancinante, y en un tiempo mas avanzado de la afeccion se hace profundo y contusivo. Este dolor se aumenta en los esfuerzos de tos y movimientos de respiracion en que se estrecha ó dilata la cavidad del torax. Si se comprime el pecho dicho dolor se exaspera notablemente—esto es debido por lo regular mas á la pleuresía concomitante que á la lesion pulmonar—Este síntoma es menos frecuente en los niños que en los ancianos y adultos.

A continuacion la respiracion se acelera, y esto, es en proporcion de la estension é intensidad de la flegmasia; sin embargo, no carece de escepcion esta ley, como sucede por ejemplo cuando sobreviene una hepatizacion en el curso de una fiebre grave y apenas notable; y sucede otras, que la lesion del pulmon es poco estensa y la dísnea estrema.

El número de estas inspiráciones varía:—segun las observaciones de Grisole y Valleix, en el adulto son de 30 á 50, y aun se escede en cir-

cunstancias muy escepcionales hasta el maxímun de 80:—en el recien nacido su mínimun es ordinariamente de 30 á 36, siendo algunas veces la anhelacion muy estrema:—de dos á cinco años pueden subir de 30 á 80 inspiraciones—y de los 6 á 15 años de 24 á 68 (Rilliet y Barthez).

De investigaciones de Grisolle, resulta que, no puede considerarse como causa de la mayor ó menor frecuencia de las inspiraciones la intensidad del dolor, ni el asiento de la pulmonía en el vértice del pulmon, como quieren otros, ni la gravedad de la afeccion. Tampoco podemos creer que la estension de la lesion se halle en razon directa del síntoma que analizamos.

Se vé que el estado de preñez la aumenta, un vicio de conformacion del torax del mismo modo; y por fin todo aquello que sea capaz de ser un obstáculo á los movimientos de inspiracion aun en el estado normal.

Cuando la pulmonía se desarrolla y estiende con alguna rapidez, esperimenta el enfermo una sensacion de sofocacion, sucediendo otras veces que esta sensacion que esperimenta no guarda proporcion con lo que observa el médico; asi se ven sujetos que tienen una gran dísnea dando mas de 40 inspiraciones, y no se quejan de ninguna dificultad de respirar.

Acaece otras veces que la respiracion aunque dificultosa, en vez de hacerse mas frecuente que en el estado de salud, es mas lenta ó tardía—notándose hasta solo diez movimientos respiratorios por minuto, lo que en sí da un carácter bastante grave á la pulmonía.

La dísnea puede existir con mas ó menos intensidad durante el curso de la pulmonía, y puede terminar ella aun antes que la misma afeccion.

A estos síntomas se agrega cumunmente una sensacion de opresion y constriccion en el pecho.

La tos que se presenta por lo comun en las doce primeras horas de la enfermedad, es un síntoma constante, aunque hay ejemplos en que falta, tanto al principio de la afeccion como en su periodo de estado y declinacion; pero en general existe coincidiendo al principio seca, con diferentes grados de intensidad, ya lijera y menos molesta que la de una bronquitis, ya intensa y penosa para el enfermo.

Por lo comun su frecuencia está en relacion con la estension de la flegmasia, y en los niños y ancianos su intensidad es menor que en el adulto.

La espectoracion es un síntoma importante en la historia de la pulmonia, Laenec la consideraba único diferencial para el diagnóstico.—A_1 principio de esta enfermedad no hay espectoracion ó si existe no es característica, y se asemeja á la de la bronquitis aguda, este esputo se conserva por lo regular hasta el fin del segundo dia ó hasta el tercero, ó bien desde los primeros síntomas adquiere el carácter patognomónico--estos son viscosos, semitransparentes, mezclados de aire, formando burbujas finas y homojéneas—poco despues se tornan rubijinosos ó de un color de orin, de ladrillo molido, otras son anaranjados, de amarillo de limon, azafranados, ó bien semejantes á la jalea de albaricoque, agua de cebada, etc.; cuya diversidad de colores depende como lo ha demostrado Andral de la mayor ó menor cantidad de sangre que se haya combinada con la mucosidad segregada; lo mismo que se verifica cuando contundido un tejido se forma primero un equimósis en la piel de un color rojizo—luego violeta, amarillo etc.;—de modo que siempre que veamos esputos amarillos no concluiremos necesariamente que tienen bílis.

En fin se presentan esputos de otros varios matices, asi algunos son verde-oscuros y otros color de regáliz.

Se consideran á estos esputos como patognomónicos de esta afeccion, esceptuando los que ofrecen el color verde; si bien es cierto que aquellos faltan algunas veces, pero tal circunstancia no es conclusion satisfactoria para probar la no existencia de la enfermedad.

La espectoracion no siempre se efectúa con facilidad, asi tambien su cantidad es varía, y tenemos que á veces solo se ofrecen uno ó dos esputos adheridos al fondo del vaso, en otras son abundantes y cubren el fondo de la vasija, mientras que en otras ocasiones faltan completamente como sucede en la pulmonía del vértice.

Segun investigaciones de Grisolle los esputos herrumbrosos, anaranjados amarillos, son los primeros que se presentan, despues siguen los verdes, y por último se manifiestan los de color de sumo de regáliz ó de ciruela.

Hemos observado ya que no existen algunas veces estos esputos; mas esta circunstancia se pasa frecuentemente en los ancianos, menos en los adultos, siendo casi constante en los niños. Se ha obserdo que Valleix y otros autores han notado en los niños recien nacidos, afectados de pulmonía, salirles de la boca una espuma blanca, sanguinolenta y viscosa muy perceptible: este dato, por cierto que no dejará de ser útil en muchos casos.

Se tienen algunos resultados sumamente curiosos—entre otros nos referimos á los obtenidos por el Dr. Remak de Berlin; él que en cincuenta casos observados, refiere haber hallado en los esputos concresiones bronquiales, pequeñas, ramificadas y fibrosas, perceptibles á veces sin ninguna preparacion; los qué si se ponen en una vasija con agua por algun tiempo se hacen patentes. Este seria un signo evidentemente patonogmónico de la pulmonía que ha llegado al periodo que este profesor llama de exudacion.

Cuando va á sobrevenir la resolucion los esputos cambian, pierden su aspecto rubijinoso y viscoso, y se tornan catarrales; sinembargo, en algunas ocasiones termina felizmente la pulmonía y no se presenta la espectoracion mucosa, y vice–versa, habiéndose transformado esta en catarral no se halla curada la afeccion, aunque otros síntómas no demuestren su existencia. De modo que la espectoracion característica no la percibiremos en estos casos sino en su mayor incremento. Tambien se han notado como únicos signos distintivos de que hay un punto inflamado en el órgano pulmonar, los especiales de la espectoracion, cuando ni á favor de la percusion ni de la auscultacion se descubran otros.

Si suponemos ahora que la resolucion no se verifica y que los síntomas de gravedad aumentan, veremos que las alteraciones que sufre la espectoracion nos ilustran sobremanera para formar el diagnóstico. En primer lugar la viscosidad se hace mayor y se adhiere á la vasija en que reside, despues en una época mas avanzada sucede lo contrario, pues disminuye de consistencia, se vuelve mas acuosa, semejante á la goma disuelta en agua y muda de color, poniéndose los esputos negruscos, y es este el caso en que se les da el nombre de *nigriscantes*. Este color acompaña comunmente á la infiltracion purulenta del pulmon, aunque no es constante y puede coincidir simplemente con el segundo y aun con

el primer grado; pero estos son casos que se presentan, á la verdad, bien rara vez.

Tambien acontece que cuando aumenta la intensidad de la pulmonía hay supresion de espectoracion—y esta desaparicion se esplica entonces por la debilidad del paciente que no le permite arrojar el esputo, ó bien por la viscosidad suma de él—(retencion.)

Por consiguiente es necesario tener en vista que no todas estas variedades nos hacen formar un diagnóstico positivo y asegurar el grado á que ha llegado la pulmonía.

Tenemos una espectoracion muy característica cuando un abceso se ha formado, y es aquella en que el pus es espelido y arrojado á *caños.*

Cuando la afeccion ha terminado por gangrena los esputos exalan un olor fétido gangrenoso, y ofrecen algunas modificaciones en ocasiones, muy marcadas, como son el color verdoso, la pérdida de la viscosidad y el aspecto de goma diluida en agua.

Me he detenido en la esposicion de algunos pormenores sobre los esputos por ser ellos uno de los fenómenos mas importantes de esta afeccion; y aun se puede decir, uno de los mejores signos patognomónicos que existen de ella, permitiendo al práctico en el mayor número de casos formar su plan de dignóstico, si me es dable esplicarlo así, para establecer el juicio de su terapéutica.

La esploracion del pecho es á mi modo de ver una de las cosas de mas importancia del arte. Tal sentencia nos dejó Hipócrates en su libro tercero sobre las epidemias, y ella ha merecido ser tomada por Laenec para epígrafe de su obra de auscultacion; lo que es una prueba evidente de su verdad é importancia. En efecto, desde que se han puesto en práatica estas esploraciones de la cavidad toráxcica, y desde que se sacaron como del olvido la auscultacion y percusion, el diagnóstico de las afecciones del pecho ha progresado tan inmensamente que lo que en la época de Balgivi se consideraba como parte mas obscura de la Medicina, puede mirarse hoy como la mas cierta y exacta.

Asi aquellos dos grandes medios de esploracion nos dan la mayor exactitud para establecer el diagnóstico, seguir dia por dia el desarrollo, incremento y decremento del estado flegmasiaco del pulmon; y en fin nos per-

miten descubrir en otras circunstancias, la lesion que se pasa, aunque no existan otros signos que nos la demuestren y se nos presente como acallada.

La inspeccion esterior del torax, no nos ofrece, en la mayoría de casos, ningun cambio en la configuracion, aspecto, etc., que pueda servirnos como signo útil. Sin embargo, Grisolle cree que algunas veces, en una hepatizacion, por ejemplo, puede observarse una dilatacion mas ó menos grande en el lado del pecho correspondiente á dicho estado morboso—independiente esto de un derrámen pleurítico.

En virtud de lo espuesto, los medios de investigacion mas importantes y los que nos dan mas exactitud son la percusion y la auscultacion.

En los primeros dias la percusion nos presenta todavia datos algo oscuros, mas tarde y adelantando el mal se hace mas patente el sonido mariso en los puntos inflamados. Aun existe otro signo que puède servirnos para el diagnóstico, segun Grisolle, y es la sensacion de resistencia que percibe el dedo que percute; puede ser esto tan útil como la oscuridad del sonido en atencion á que hace que se descubra un estado patolójico del pulmon, en el que el sonido solo se diferencia de lijeros matices sumamente dificiles de apreciar.

Siempre que un pulmon se halla hepatizado dá un sonido diferente en el punto correspondiente, que él que suministra en lo restante de su estension y que está en estado normal, lo que es muy posible apreciar. No asi en una pulmonia incipiente en que hay solo una variedad de sonido muy dificil de apreciar; pero percutiendo entonces comparativamente el pecho en los puntos correspondientes encontraremos el lugar de lesion; y en efecto, esto es el mejor medio que hay para llegar á distinguir el cambio de sonido sumamente lijero.

Cuando el foco inflamatorio se haya situado profundamente, la percusion puede dar resultados negativos; mas en un periodo avanzado, en que ha llegado á su maximum de intensidad, será raro el que esto suceda y se oculte en todo el curso de la enfermedad.

En los niños con mas frecuencia la percusion nos dá signos muy superficiales; pero percutiendo comparativamente, como he dicho en los lados del pecho, se obtiene el buen resultado que en el adulto. Sin embargo, no debemos creer encontrar en la infancia una falta de elasticidad y un

sonido mariso absoluto, sino de un modo relativo, porque, como sabemos, en el infante la sonoridad del pecho en el estado normal es algo mas sensible que en el adulto.

Los ancianos se asemejan en esto á los niños, asi las mismas observaciones que hemos hecho con referencia á estos les cuadran á ellos.

La auscultacion es todavia un medio de mayor importancia: desde Laenec se ha admitido que el primer fenómeno que se encuentra en la pulmonía es el estertor crepitante; —mas Grisolle asegura que algunas veces en que ha podido observar al enfermo en los momentos de las primeras horas de esta afeccion, segun él la auscultacion, es precedida de crepitacion por una debilidad del murmullo respiratorio; y segun otro autor, en algunas ocasiones, por respiracíon pueril.

Mas pasado algun tiempo y presentándose la calentura, cuando aun todavia la percusion no nos suministra ningun dato positivo, si se ausculta aplicando el oido al torax se halla sostituido el murmullo vesicular por el estertor crepitante—fenómeno que se verifica por burbujas pequeñas, asperas, secas, iguales y que se forman al terminar la inspiracion.

Sin embargo, esta crepitacion puede presentarnos otros caracteres, pudiendo ser desiguales entre sí, menos numerosos, mas grandes y húmedos, tomando el carácter subcrepitante de la bronquitis capilar, cuyo modo de crepitacion no es raro en los ancianos, y muy comunmente en la pulmonía de los niños;—por cuyo motivo tendremos que hacer algunas distinciones en el diagnóstico.

Para que se efectúe el estertor crepitante en el tejido pulmonar, es una condicion indíspensable que penetre el aire en las vesículas aereas correspondientes al punto hiperemiado, como se puede ver en la anatomía patolójica de esta afeccion.

Muchas veces no existe esta crepitacion en todas las inspiraciones, sinó por intérvalos; asi si se aplica el oido al pecho durante diez ó doce inspiraciones no se llega á percibir mas que en dos, tres ó cuatro de ellas ó bien falta este en las inspiraciones ordinarias; pero si al paciente se le hace hacer una inspiracion mas profunda, al fin se hará notar mas claramente en una de ellas la crepitacion.

Por último puede suceder que el estertor sea perceptible en los dos lados del torax, en toda la estension de uno de ellos ó en un punto sola-

mente, ó bien diseminado en muchos á la vez, lo cual puede depender de varias *formas* de pulmonía. Cuando esta afeccion no pasa del *primer grado*, que caracteriza este estertor, se va disminuyendo paso á paso á proporcion que el ruido de espansion pulmonar lo reemplaza y el otro disminuye y por último cesa enteramente.

Mas si sobreviene el segundo grado, pronto sostituye á este estertor la respiracion bronquial, asi como la voz al mismo tiempo, que aun no habia mudado, presenta una lijera resonancia, toma exactamente el carácter bronquial ó en otros términos *broncofonía.*

A la auscultacion se percibe en la respiracion y la voz, un soplo seco y una voz vibrante que llegan al oido despues de atravesar un tubo de paredes resistentes. Mas no como la verdadera *pectoriloquia*, porque la voz es difusa y sonora, no es articulada, y no atraviesa tan directemente el estetóscopo.

Se ha dividido por Laenec el soplo bronquial en *el soplo en el oido y soplo ahuecado*, segun que este ruido atraviesa con mas ó menos facilidad las paredes toráxicas; mas esta lijera variacion depende segun este autor de que en el segundo caso se halla interpuesta una capa mas ó menos gruesa de tejido no hepatizado, entre el punto en que se efectúa el soplo y el oido del observador.

Ha notado Jacson de Boston que la respiracion bronquial, en los movimientos de inspiracion y espiracion, se percibe al principio en este último tiempo en que esta va haciéndose mas perceptible y aumenta la duracion sin que la inspiracion presente todavia señales de ella.

Será para nosotros motivo de sospecha, cuando en los intermedios de la respiracion *bronquial* y *broncofonía* se percibe este estertor crepitante que habia precedido á estos signos, será motivo de sospecha digo, de que han sido nuevamente invadidos algunos puntos del pulmon.

En las observaciones de Grisolle se refiere que antes del paso de la crepitacion al de soplo tubular precede un ruido que este autor ha comparado al que produce un pedazo de tafetan nuevo cuando se rasga, á cuyo fenómeno dá el nombre de *ruido de tafetan.*

En los *niños* muy tiernos no es tan fácil observar las alteraciones de la respiracion y la resonancia de la voz, por esto conviene observarlos por medio del grito en que se hace mas notable, y asi está aconsejado.

En ciertos enfermos no se ofrece ó no se percibe el soplo tubular, ni broncofonía—sino que mas bien parece que falta el tubular y la broncofonía en los puntos que ocupa el sonido á maziso.

No habiéndose podido esplicar esta anomalia, que Grisolle y Valleix han observado repetidas veces, Stoll ha querido esplicar tal fenómeno atribuyendo su causa á la hepatizacion completa del pulmon que impide á este órgano su facultad dilatante para recibir el aire. Mas como Grisolle ha encontrado la respiracion bronquial en este caso, al mismo tiempo que ha coincidido otras su falta con una hepatizacion de mediana estension, no se puede tener por cierta aquella asercion.

En la pulmonía del *vèrtice* se ha designado un signo particular que consiste en un estertor mucoso ó crepitante muy fuerte que se distingue á una distancia de tres ó cuatro pies, y que parece que es producido por la larinje, sin ser en este mas punto, sino bien en el vértice del pulmon. Aunque Bodegin dice haber observado este signo, otros autores aseguran no haberse presentado á sus medios de investigacion, y creen que haya habido algo de escepcional en el caso que este autor refiere, porque todos los que han tenido ú ofrecido este signo han muerto.

La crepitacion se percibe en los ancianos y niños menos seca y no tan fina ni igual como en el adulto.

En los niños recien nacidos es reemplazada la respiracion bronquial por una disminucion del ruidorespiratorio; esto mismo en una edad mas avanzada no suele percibirse mas que en la espiracion; y sucede en algunos casos en que la auscultacion no nos suministra ningun signo apreciable, y entonces quedaremos reducidos á los mismos medios que poseian los antiguos; por cuyo motivo deberemos siempre en el curso de la enfermedad observarlos.

En los puntos donde se halla inflamacion del pulmon, ha probado Grisolle que en la cuarta parte de enfermos se nota en un punto lejano al de los signos estetoscópicos una debilidad del murmullo respiratorio, y mas rara vez la respiracion pueril, que no se debe concluir por esto que existe una hiperemia de los tejidos.

Siendo el órgano pulmonar uno de los agentes mas necesarios á la vida orgánica y animal, y siendo alterado en sus funciones deben desper-

tarse sinérjias y un principio de reaccion donde concurran la mayor parte de agentes con quienes guarda simpatías.

Asi veremos presentarse en el curso de esta afeccion desde una simple *pirexia* hasta las alteraciones m s graves de imsomnio, delirio, postracion de fuerzas, etc.

En la pulmonía aguda el pulso tiene por lo comun sus carácteres particulares, se presenta lleno, frecuente y dilatado, llegando á veces á dar 140 pulsaciones por minuto; mas en otras pulmonías de gravedad se nos manifiesta pequeño y contraido—pero si en este caso se practica una sangría, á pesar de esa deficencia del pulso, se verá que tan luego como va saliendo la sangre se va desarrollando. En virtud de este antecedente no siempre atenderemos al carácter del pulso para la eleccion del tratamiento: su frecuencia está constantemente en razon directa del número de inspiraciones.—Es de notar que en los *ancianos* y *niños* se requiere mucha atencion para poder apreciar esta aceleracion del pulso. En el órgano central de la circulacion no se observa ninguna alteracion.

La piel se halla caliente, madorosa y húmeda, coincidiendo esto algunas veces, con un sudor copioso, siendo este en muy raras ocasiones acre y urente.

Las *funciones digestivas* se hallan comunmente alteradas; el apetito abolido y la lengua presenta una capa blanquesina, pastosa y gruesa—y en los casos mas graves de afecciones concomitantes presenta un carácter de mas consideracion; asi ya se pone seca, áspera, dura y como grietada y quemada. Resulta de las investigaciones de diversos autores que estas modificaciones se ofrecen mas frecuentemente en los ancianos que en el adulto; tambien la pulmonía es mas grave en aquellos que en estos.

La sed aumenta y llega á ser bastante intensa:—los vómitos rara vez persisten en un grado avanzado de la invasion, y si se producen cuando mas son nauseas.

Las evacuaciones alvinas son tambien muy raras en esta afeccion; y cuando mas son, por la general, lijeras y pueden una que otra vez ser acompañadas de dolores de vientre.

La *cefalálgia* es uno de los síntomas mas frecuentes, que acompaña desde los primeros síntomas de invasion, y sigue algunas veces el

curso de esta flegmásia. En otros individuos se presenta delirio, insomnio y agitacion durante la noche, en otras ocasiones existen tambien desvanecimientos.

Desde el principio de la flegmásia pulmonar en los ancianos y hácia el fin funesto en los jóvenes, particularmente, se presenta la postracion, hay un caimiento y diminucion en las fuerzas, cuya debilidad no parece corresponder al grado de la afeccion existente:—este fenómeno es uno de los mas constantes, y él existe muchas veces, aun cuando no se presenten otros síntomas bien caracterizados de la flegmásia.

Tenemos en el mayor número de casos un signo que nos puede servir de mucho para formar el diagnóstico, hablo del aumento de coloracion de las mejillas, ó sea el ofrecerse la cara encendida y animada. Sinembargo, no debemos darle en todos los casos una grande importancia; ya porque en otros casos permanece al contraria pálido durante todo el curso de la afeccion, ó ya porque la afeccion hace progresos y es sostituida esta rubicundez por la coloracion lívida pálida, térrea ó amarillenta, como se efectua ordinariamente en una transicion funesta.

Con respecto á la posicion que observa el enfermo es el descúbito dorsal, particularmente cuando los síntomas y el dolor son muy intensos y la afeccien ha hecho algunos progresos.

Procuraremos hacer alguna mencion de la *pulmonía secundaria* con respecto á sus *síntomas*, por las modificaciones importantes que esperimenta.

Esta especie de pulmonía en nada difere en sus síntomas de la precedente; solo si que veremos en ella faltar con frecuencia algunos de los síntomas de la otra—y en otras ocasiones estar ellos notablemente modificados.

Asi sucede por ejemplo, que el dolor de costado no es tan intenso, y que muchas veces el paciente no se acusa de él, si el médico no hace mencion, tampoco es frecuente y falta muchas veces: la dísnea no guarda proporcion con la estension de la flegmásia como en la pulmonía primitiva.

La tos es un signo mas constante, pero el enfermo no tose con fuerza, ni ella se ofrece tan intensa—Los esputos son arrojados en menor número de casos, con dificultad y son tambien menos característicos.

Los signos estetoscópicos son de la mayor importancia , caracterizan comunmente el estertor crepitante, que es entonces mas grueso y húmedo—En el segundo grado de la flegmásia no se percibe el ruido tubario si el individuo se halla aun debilitado.

Los demas síntomas, calentura, etc. se presentan con mas ó menos intensidad.

Variedades de la pulmonia primitiva. Se ha insistido muy particularmente desde el siglo pasado, en las diversas formas que ofrece esta afeccion : veremos, pues, las que mas generalmente sa han admitido, é igualmente veremos el grado de importancia que necesariamente debemos darle en cada forma.

La pulmonía francamente inflamatoria es especialmente la que en mas generalidad de casos se observa ; mas cnando la cara está amarillanta, la cabeza pesada, poca sed, la lengua se manifiesta con una capa amarilla ó verdosa, boca amarga, cierta sensacion de plenitud en el epigastrio, y algunas veces cámaras de vientre biliosas, entonces los prácticos le dan el nombre de pulmonía biliosa. Esta forma aparece, segun algunos autores, aunque muy rara, como epidémica bajo la modificacion de una constitucion médica particular. ¿Cómo esplicar estos hechos ? ¿Diremos que hay una irritacion en el órgano secretorio ? ó simplemente que es un aumento de secrecion de bilis ? y que la materia colorante de aquella produce la pulmonía, segun la opinion de Stoll ?

Diremos que son hipotésis y que en el estado actual de la ciencia, lo único que podemos asegurar es que hay algunos casos, en que se nos presenta acompañando á la pulmonía una complicacion llamada biliosa.

La pulmonía denominada *tifoidea*, *atáxica*, *adinámica*, se halla caracterizada por los síntomas generales que son propios de la calentura tifoídea ; asi los síntomas que predominan son la postracion y diminucion de fuerzas, el estado fulijinoso de la lengua y dientes (*pulmonía adinámica*); otras veces hay predominio de síntomas atáxicos é irregularidad de la inervacion: se presenta el delirio, saltos de tendones, convulsiones y contracturas (*pulmonía atáxica*). La primera de estas formas por lo comun es mas frecuente en los ancianos ; y la segunda afecta par-

ticularmente, á los niños, á los jóvenes y á las personas habituadas á las bebidas espirituosas.

La lesion de la flegmásia pulmonar no se halla en relacion con la intensidad de los síntomas tifoideos.

Cuando esta afeccion aparece en el curso de una bronquitis, y particularmente cuando reina una epidemia de gripe se dice que la *pulmonía* es *catarral*, y á la que viene en el estado puerperal en la mujer, se le dá el nombre de *pulmonía puerperal*.

En los paises pantanosos se ha dado el nombre de *pulmonía intermitente*, por el tipo periódico en que es atacado este órgano, cuya forma y especie de pulmonía perniciosa toma el tipo cuotidiano ó terciano.
Estos movimientos febriles ocasionan una inflamacion del órgano pulmomonar, y siguen su curso, es decir, nacen, se acrecientan y disminuyen algunas veces. Mas se nos dice, que hay síntomas neumónicos que cesan completamente; pero esto puede solo suceder con ciertos signos, mientras no se halle establecida la flegmásia :—los síntomas que pueden desaparecer son, el dolor de costado, los esputos rubijinosos y aun la misma crepitacion, pero asi que se repiten los paroxismos llega la pulmonía al segundo grado y concluyen por ser permanentes, y asi bajo este carácter de continuidad se presentan las exacerbaciones y continuan con estos síntomas de remisencia, á lo que se ha dado el nombre, segun su naturaleza de *pulmonía remitente*.

Otra forma de pulmonía casi esclusiva de la infancia *es la lobular*, que está caracterizada por el sitio que ocupa, hallándose constituida por nucleos de hepatizacion diseminados en ambos pulmones. En el mayor número de casos es esta forma ocasionada por una bronquitis capilar, cuyo elemento está predominante algunas veces y oculta los signos físicos de la alteracion flegmasiaca de este órgano, de donde resulta que no se percibe mas ruido que un estertor sub-crepitante diseminado, y en la percusion no se nota ningun sonido á maziso.

Sin embargo en ocasiones puede presentarse sin complicacion de ninguna naturaleza y anunciarse por un lijero estertor sub-crepitante diseminado segun estan los nucleos ¿Podremos en esta circunstancia distinguirla? ¿Y tendremos medios de que valernos para diagnosticarla cuando se halle complicada con una bronquitis aguda?

Los antiguos designaban con el nombre de pulmonía latente, por la falta de signos diagnosticos, y como se hallaban privados de los medios actuales de la auscultacion y percusion, muchas mas pulmonías latentas habian que lo que se hace al presente.

De modo que estos dos medios que nos suministran los signos mas apreciables de diagnóstico, nos sirven no tan solo para la esploracion, sino para apreciar el valor de algunos síntomas oscuros, como la tos poco intensa, la dísnea lijera etc.

Existen algunos casos de pulmonía lobular en que faltan absolutamente todos los signos que hemos enumerado, ó permanecen latentes, bien que esto acontesca muy rara vez.

En los locos y todos aquellos que por cualquier circunstancia padescan delirio, puede finalmente desarrollarse, del mismo modo que cualquiera otra flegmasia, sin darnos signos de su existencia ; asi no descuidaremos á la menor sospecha hacer uso de la auscultacion y percusion de torax.

Esta cluse de pulmonía ataca especialmente á los ancianos.

Finalmente se han llegado á fundar formas de *pulmonías reumáticas*, *artríticas* y *verminosas*, apoyados tan solamente en hechos que no tienen un valor positivo, como refiere Grisolle, y tales formas en la actualidad no se admiten.

Ahora preguntaremos ¿qué fundamento importante tienen estas variedades de forma? ¿Tienen por si solas algun valor que haga mudar la naturaleza de la enfermedod principal ?

La base del tratamiento comunmente es la misma, á no ser que exista un síntoma predominante, pues que entonces, debe de dirijirse contra él el medicamento que sea conveniente para combatirle.

Evidentemente que si las diversas faces que acabo de nombrar le diesen un nuevo carácter á la enfermedad seria indispensable tener en vista otras tantas indicaciones que debian llenarse. Pero en resúmen no le daremos tanta imporancia á las diversas formas de la pulmonía bajo el punto de vista patolójico como se les ha dado por algunos autores.

MARCHA.

La pulmonía invade con *pródromos* ó sin ellas—ya se anuncia por mal estar jeneral, dolores en los miembros, ó bien aparece un escalosfrio repentino, en seguida calor, fiebre, dolor al costado, declarándose á continuacion los signos estetsocópicos. Si en esta época observa el médico los órganos del pulmon notará facilmente el progreso gradual del trabajo inflamatorio que se hace en ellos;—observará los signos que indican el *primer grado* de la pulmonía:— otras ocasiones por el contrario los primeros dias nada se revelará y se ocultara ellos en todo el periodo de la enfermedad, por su situacion profunda, ó por que aparescan de un modo sordo y latente, lo que es muy frecuente en la pulmonía de los ancianos.

En otras ocasiones el pródromo de esta efermedad solo lo constituyen síntomas locales, faltando el escalosfrio que es el principal fenómeno de *invasion*, ó rompe la *marcha* un dolor vivo y punjitivo en el torax, dísnea, y en último resultado un movimiento febril, ó bien se anuncia por una opresion, pulso frecnente, calor y tos seca, etc.

De cualquier modo que invida esta enfermedad los fenómenos que la acompañan continuan dos ó tres dias, al cabo de los cuales la tos que antes era seca se hace húmeda, pasando primero por los grados *catarral mucosa. sanguinolenta*, etc.

La dísnea aumenta, el sonido del pecho que hasta alli se conservaba normal se oscurece en el punto inflamado, y á la auscultacion se deja percibir el estertor crepitante muy manifiesto; el pulso se pone mas frecuente y la calentura y postracion de las fuerzas se aumenta ; asi que los síntomas neumóuicos han llegado á su maxímum de intensidad, sucede que, ó bien siguen su marcha hasta terminar en la muerte, ó una vez que han llegado á aquel periodn, declina con regularidad hasta su estado normal.

Cuando se observa la *declinacion* favorable de este estado morboso

todos los síntomas disminuyen gradualmente, los esputos se vuelven mas claros y de un carácter mucoso, la respiracion se hace mas fácil, el calor menos y el pulso disminuye sus latiodos; los signos estetoscópicos siguen esta misma marcha, la percusion dá un sonido mas claro, desaparece sucetivamente el estertor crepitante y vuelve por grados la respiracion normal. Mas en algunas ocasiones, llegado este término del primer período, se produce la muerte, ya porque la flegmásia sea muy intensa y se estienda á grandes distancias ó ya por la naturaleza de su causa morbífica determinante. Si por el contrario pasase la pulmonía al segundo grado, los esputos se hacen mas viscosos, cambian especialmente su carácter, aumentan de espesor y se adhieren con fuerza al vaso, la dísnea es intensa, si se percute el torax dá un sonido mas oscuro y macizo—si se hace hablar y toser al enfermo se oye la broncofonía y respiracion bronquial en los puntos indicados.

Si de este periodo declinase la enfermedad los síntomas enunciados seguirian en su desaparicion la misma marcha que tuvieron al presentarse; vuelve entonces de nuevo á oirse el estertor crepitante en los puntos hepatizados, pasa de allí al primer grado, y de este á la resolucion completa.

Si la flegmásia prosigue hasta el *tercer grado*, en que la dísnea se hace mas intensa y penosa; los esputos se tornan nigriscantes y del color de zumo de regaliz, no variando los síntomas de auscultacion y percusion.

Es muy raro que una flegmásia que ha llegado á este término pueda curarse, y si ella se lográra, se tornaria primero al segundo grado, luego al primero y por último á la curacion.

El curso de esta enfermedad es por lo jeneral rápido, mas cuando la flegmásia es muy intensa, ó se estiende á los dos pulmones, puede prolongarse de treinta á cuarenta dias. A veces se manifiesta por axacerbaciones durante la noche. y en otros casos hay una remitencia y hasta una verdadera intermitencia.

Habrá efectivamente pulmonías *intermitentes?*

Algunos autores y particularmente Grisolle, nos refieren que ciertas fiebres, sobre todo en los paises pantanosos, en la época de su accecion, manifestaban síntomos neumónicos, mas solos en estos paises ó en ciertas

epidemias aquellos toman la forma interminente que comunmente es la cotidiana ó terciana.

Segun esto vemos que es conveniente no perder de vista su posibilidad, porque nos podria traer consecuencias funestas el desconocerla y olvidar la intermitencia posible.

Por lo demas el tipo de esta afeccion es continuo.

La *duracion* puede ser muy variable y esta variedad puede depender de infinidad de causas. Diremos de un modo general que su duracion constante no escede de veinte dias, siendo tambien muy raro que baje de siete:—por último puede establecerse como duracion media de siete á once dias. La transicion del primaro al segundo grado y de este último al tercero no dura ordinariamente mas de tres ó cuatro dias; no obstante esto aun suele verificarse en muchos casos en mayor número.

TERMINACIONES.

La *terminacion* mas comun de la pulmonía es por resolucion— en ocho casos que hemos observado, solo uno escapó á aquella terminacion, cuyo individuo de 70 años, fue atacado de una pulmonía doble.

He tenido ocasion de observar en un enfermo la disminucion gradual de la intensidad de la afeccion:—del tercero al cuarto dia comenzó á manifestarse un sudor poco copioso, el movimiento febril habia rebajado, juntamente los signos estetoscópicos anunciaban una favorable terminacion.

Teniamos allí tres fenómenos que debian llamarnos la atencion en primer lugar un síntoma que podia ser *crítico* como era el sudor que aparecia con disminucion de la fiebre:— á la auscultacion el estertor crepitante que se habia oido se manifestaba mas húmedo, disminuida la crepitacion y haciéndose en menor estension, comenzando á ser sostituida por un murmullo vesicular y por algunas burbujas mas grandes.

En las partes hepatizadas se distinguia que la respiracion se iba estendiendo y comenzaba á hacerse menos bronca y árida.

Se observaba en este caso el estertor crepitante de *retorno*, ó estertor *crepitants redux*, como le llamaba Laenec— desapareciendo ó dejándose oir imperfectamente para aparecer mas claramente durante la espiracion.

El trabajo de la resolucion siempre se hace con alguna lentitud, asi vemos permanecer el estertor desde algunas horas hasta muchos meses, sustituyéndose gradualmente al murmullo natural.

La terminacion por *delitecencia*, es la terminacion súbita y sin regularidad de los síntomas. Se ha dicho que esta es muy rara y que solo en una enfermedad intercurrente que produzca una revulcion se ha visto interrumpirse espontáneamente la pulmonía.

Andral nos refiere dos casos de este género. ¿No seria esto mismo lo

que se verificó en un caso observado en Clínica, en el que se vió desaparecer la pulmonía á los dos ó tres dias de entrado al hospital el individuo y mediante á solo la primer sangría que se le practicara;— sin que antes se notara fenómeno alguno crítico por el cual pudiera preveerse la desaparicion del mal? Creemos sin duda que sí, pues de otro modo no hemos podido esplicarnos aquella circunstancia en una flegmasia que se hábia presentado, por otra parte, bastante intensa.

En la mayor parte de afecciones vemos presentarse su *desaparicion* con el anuncio de los *fenómenos* llamados *críticos*. En la pulmonía va acompañada frecuentemente su resolucion por sudores críticos,— por la escrecion de la orina y su carácter turbio,— por cámaras de vientre y por restauracion de una funcion como los mestruos epístaxis, etc.

Pero lo que se vé aparecer con mas frecuencia es el sudor—él que es de buen agüero, siempre que coincide con disminucion de síntomas. Por la escrecion de orina no dejan de efectuarse, En uno de los casos que hemos observado se verificó este fenómeno crítico, habiendo dia que tuvo el paciente que acudir hasta veinte veces al *vaso* para llenar aquella necesidad.

Los médicos hipocráticos observaron que la enfermedad *terminaba* en ciertos periodos de tiempo en que ellos llamaron *dias críticos* —esta asercion, parece completamente infundada con respecto á esta afeccion; — asi vemos la declinacion del mal en épocas bien diferentes.

Cuando la pulmoní. termina por *supuracion*, se encuentra esta en ocasiones reunida en *foco* ó ya *infiltrada* en el parénquima pulmonar. De los ocho casos que hemos recojido, solo en uno se observó esta terminacion, era un anciano de mas de 65 años. Se pronosticó esta terminacion por el número de dias que hacia que este individuo se hallaba con una pulmonía bastante intensa y sin haberse hecho medicacion alguna,— por la postracion de fuerzas que era estrema, por el pulso deprimido, la lengua seca, y un estado de coma y subdelirio.

La espectoracion que es uno de los signos que caracterizan aquella terminacion, era en aquel individuo muy escasa; pero la poca que se observó fué herrumbrosa y cenicienta,—se distinguian en puntos diseminados un estertor mucoso y crujidos húmedos y fuertes. En seguida la

edad de este sujeto—y su estrema debilidad—circunstancias ambas bien fatales hicieron en el presente caso, mas claro aquel diagnástico.

Hay circonstancias en que no se ofrecen signos que nos den á conocer la transicion del segundo al tercer grado de la pulmonía, ya sea porque falta la reunion de uno ó mas síntomas, ó ya porque se presentan ó coinciden de un modo irregular; pero nos bastará para sospecharla si se anunciase un escalofrio por ejemplo en el curso de esta enfermedad con abatimiento de las fuerzas, etc.

Dejamos dioho que se reunia el pus á veces formando focos ó escavaciones pulmonares—aunque era muy raro este fenómeno.

En el caso de un individuo que padecia de una pulmonía crónica complicada con tubérculos encontramos en la autopsia cadavérica en el tejido del pulmon y en punto en que no existian tubérculos dos pequeños focos de pus de siete á ocho líneas de estension;—mas estos, como se vé, eran muy pequeños para que se hubiesen anunciado durante la vida, tanto mas, cuanto que se hallaban situadas muy profundamente.

En algunos casos se diagnostica una escavacion del pulmon con facilided, por la salida de pus al esterior lo que se suceden algunos golpes de tos·—Llegamos tambien á su conocimiento por la auscultacion del pecho, percibiendo entonces todos los signos característicos de una escavacion pulmonar—esto es, el gorgoteo, la respiracion cavernosa y la pectoriloquia. Por último en ciertos casos no llegamos á diagnosticar el foco, porque muera el paciente antes que dicho foco se abra paso á los bronquios.

A los signos estetoscopicos que hé enumerado, se agregan alguns ocasiones los de un estado general grave—la fisonomia se altera y toma una coloracion amarilla, la fiebre se hace continua; y sucumbe el paciente á los progresos de la calentura hética por la abundancia de la supuracion que existe en el pareuquima pulmonar.

Hay hechos que acreditan la posibilidad de curacion de abcesos pulmonares, espontáneamente ó por medio del arte.

La espectoracion *morena*, *gris*, *verdosa*, *ó negrusca* anuncian una terminacion por gangrena, asi como el olor fuerte particular que exala el enfermo; mas vemos que no es comun y que es sumamente rara en la pulmonía. La gangrena no sobreviene siempre en la misma época de

esta afeccion, ni es necesario para que sobrevenga el que haya precedido la inflamacion, probablemente será ocasionada por una condicion accidental que muchas veces no podremos determinar—asi se han visto aparecer los esputos fétidos dc olor gangrenoso al séptimo, décimo tercio, décimo quinto, vigésimo primero, y sexagésimo dia de la invasion de ella.

El paso al estado crónico ó induracion del tegido pulmonar se ha observado muy rara vez :—Grisolle asegura no haberlo notado mas que en una ocasion.

En la auptosia cadavérica del caso que hemos citado se ofrecian los vestigios de una pulmonía crónica acompañada de tubérculos crudos—probablemente esta pulmonía fué ocasionada por este estado del órgano.

Los síntomas que presentó este individuo durante la vida eran solo los de la pulmonía—nada hizo descubrir en la asistencia clínica, tanto por su constitucion y signos fisicos, como por los conmemorativos y marcha de la afeccion, que existian tubérculos pulmonares. En un mes que estaria en el hospital este individuo hicieron progresos continuos, el enflaquecimiento, la tos y los esputos herrumbrosos que al fin se hicieron raros :—á la auscultacion se oia en él el sople tubario y troncofonía que anunciaban la hepatizacion ; y por la percusion un sonido completamente á macizo. Sigió en este individdo siempre en aumento la gravedad de la afeccion y murió como al mes de haber entrado al establecimiento

DIAGNOSTICO DIFIRENCIAL,

Para arrivar á establecer el *diagnóstico diferencial* de la pulmonía con las complicaciones y afeciones que la simulan, debemos hacer mencion de los síntomas de mas importancia, y que en último análisis podemos observar, y los que verdaderamente pueden tenerse por *patognomónicos.* Los signos que los Nosolojistas consideran como patognomónicos son en primor lugar los esputos, atendiendo á sus cualidade fisicas, y en segundo, á los fenómenos de auscultacion.

La espectoracion herrumbrosa, anaranjada, de color de azucar de cebada, de albaricoque y azafranada; tales espectoraciones, digo, se dan como signos patognomónicos, porque no se encuentran sinó en caso de flegmasia del pulmon.

Las demas clases de espectoracion, como la de zumo de regaliz y de ciruela, han sido puestas en duda por algunos que dicen haberlas observado en otras enfermedades, como en las personas afectadas de escorbuto y apoplejía pulmonar.

Mas Chosuel, Andral y Grisolle aseguran haberlas encontrado en la pulmonía solamente y Valleix nos refiere otro tanto.

Pero á la verdad podría no ponernos en duda la espectoracion del escorbúctico, como hemos dicho antes, que simulase al zumo de regaliz, porque en este caso ocurririamos á otros signos y con ellos sería sumamente díficil que nos engañaramos.

Nos ha demostrado Grisolle el signo estetoscópico de mas valor, que es el *estertor crepitante*, cuyo síntoma patognomónico debemos diferenciar esencialmente del snbcrepitante; asi deberemos tener presente las cualidades que hemos dicho que tiene de burbujitas pequeñas, secas é guales entre sí;— y que especialmente son producidas durante el movi-

miento de la inspiracion, cualidades que hacen indispensable la existencia de flegmásia en un punto.

Mas como en todas las ocasiones no se nos presenta de este modo tan apreciable, porque ya se aparece de un modo apagado, simulando un estertor crepitante bajo, ó subcrepitante,— ya á las ocasiones confundido con este mismo,— de tal modo que nos es dificil conocer que es el uno ó el otro; por todo esto debemos apelar á otras circunstancias para apreciar debidamente el diagnóstico.

El *soplo tubario* y la *broncofonia*, podemos considerarlos de una utilidad preciosa y como medios útiles para esclarecer el diagnóstico: — y por si solos en algunas circunstancias pueden servirnos y revelarnos mucho; bien que, jamas puedan considerarse como patognomónicos por manifestarse ellos en algunas circunstancias en otras afecciones.

Por lo demas con respecto á los síntomas generales como la calentura; y por otra parte, la tos, la dísnea, etc., afectan comunmente á otras afecciones de pecho, solamente podrán servirnos para apreciarlos en su modo de aparecer é intensidad, etc.

La afeccion que desde la antigüedad se ha confundido con la pulmonía, es especialmente la *pleuresia*: y aun los médicos del *siglo* pasado no establecian diferencia entre la pulmonía y pleuresía; mas asi que la anatomía patológica hizo progresos, la observacion médica ha hecho que se pueda establecer en el mayor número de casos esta diferencia. Esto se consigue buscando el estertor crepitante y los esputos que nos indican la existencia de la pulmonía; pero como á las veces nos faltan estos signos, que están acallados, aunque exista la enfermedad, se hace necesario estudiar las diversas faces que nos ofrece en su curso una y otra á este respecto, y llegaremos por este medio á formar nuestro diagnóstico.

Observaremos primero que la calentura en la flegmasia del órgano pulmonar, es mucho mas intensa que en la pleuresía; de modo que en esta no se halla la lesion en relacion con dicha calentura

El soplo tubular se encuentra tanto en una como en otra afeccion, pero con la circunstancia notable que es mas comun en aquella, de consiguiente si á la percusion encontramos el sonído masizo y no se percibe el soplo tubario, y es oscuro el murmullo respiratorio podremos deducir

que hay una pleuresía. El soplo tubario en esta enfermedad parece al oido como si se verificara á mayor distancia de aquella en qne en realidad se pasa ; y es mayor, tambien, la sensasion de resistencia que percibe el dedo y mas completo el sonido á masizo. Asi todos estos diversos fenómenos, juntamente con la dilatacion del torax nos servirán para ilustrarnos sobre el diagnóstico en estos casos.

Ya hemos visto que la *egofonía* puede ser efecto ya de la pleuresia, de la pulmonía, de un derrame, ó de una hepatizacion ;—sin embargo, ella es mas constante en esta última y falta en mas ocasiones en las otras (Grisolle).

La *bronquítis aguda* es una de las lesiones que puede darnos algunas dificultadas para establecer su diferencia con la pulmonía. Asi siempre que se nos presente con alguna intensidad y que se halla estendida hasta las mas finas ramificaciones bronquiales—y este estado coincida con un movimiento febril, que puede existir—y á mas dolor el torax pronunciado y bastante característico, el diagnóstico se hace difícil. Por otra parte, ¡ cuantas veces no se nos presenta una pulmonía en el periodo de un catarro, siendo efecto de una exacerbacion, y luego coincide con él y se complica de este modo ? En estas circunstancias de oscuridad, para formar nuestro juicio, nos veremos en la precision de adoptar un sistema analítico de investigacion ó exámen para arrivar á un acertado diagnóstico. Primeramente, tenemos para ella que, el estertor sub-crepitante en la bronquitis existe comunmente en los dos lados á la vez, bien que á veces tambien se presente asi en el curso de la pulmonía catarral. En tal caso dice Grisolle, que la flegmásia pasa con mayor prontitud al segundo grado y noss uministra signos que nos ponen fuera de toda duda, como son el sonido ó macizo y el ruido bronquial. La espectoracion puede del mismo modo paesentarse teñida de sangre ; pero en tal caso no parece mesclada tan intimamente como en la flegmásia pulmonar. Por último, se vé que no es tan frecuente esta especie de pulmonía doble y que si existe no dura mucho esta incertidumbre porque no se hace esperar mucho tiempo para llegar al grado de *hepatizacion*.

En la forma de *pulmonía tobular* nos es jeneralmente difícil, y á veces imposible, distinguirla de la bronquitis capilar : pudieramos sospechar aquella afeccion cuando nos diese el ruido bronquial ó la oscuridad

del sonido; no obstante esto, aun nos pueden faltar los principales síntomas ú ocultarles la tntensidad de la bronquitis, ó bien suceda ello por la situacion profunda en qne se encuentre. Aqui la observacion diaria del enfermo podría darnos algun resultado.

La *dilatacion de los bronquios* puede llegar á oscurecernos el diagnóstico, pero si atendemos á los signos que caracterizan la pulmonía, como son : —la espectoracion patognomónica, la calentura que se halla en relacion con la flegmásia, etc. , no nos será permitido establecer duda alguna.

El *edema pulmonar* se presenta en tales circunstancias que no seria muy fácii distinguirlo ; aunque Laenec ha referido alguuas distinciones características, sobre cuyo valor, diremos de paso, no estan acordes los autores.

En la *tésis pulmonar aguda* se presentan casos que pueden simular una pulmonía ;—asi pueden ofrecerse en ella, síntomas febriles, tos, opresion, dolor al pecho : mas si se percibe el sonido ó macizo, estertor subcrepitante y soplo tubario estos se oirán mas particularmente debajo de la clavícula, y ademas la espectoracion será mas opaca y estriada, habrá sudores nocturnos, consuncion y demacracion, etc.

PRONOSTICO.

La pulmonía es siempre mas ó menos grave, y variable segun la edad, sexo, tamperamento, constitucion, etc. , del paciente.

Con respecto á la edad, los autores convienen en que es mucho mas grave en los niños de poca edad y recien nacidos—luego en los ancianos y menos de consiguiente en el adulte, segun investigaciones de Valliex y Grisolle.

Este último autor cree que la pulmonía es mas grave en la muger, particularmente en su estado de preñez, mas esta asercion aun no está bien fundada.

Una constitucion débil hace mucho mas grave la enfermedad, mas mientras están las fuerzas disminuidas, sea por un mal régimen higié-nico, sea por miseria, escesivas fatigas, etc. Tambien aumenta la gra-vedad, la circunstancia de haberla padecido antes una recidiva, &a.

La embriaguez parece que tiene cierta influencia tambien en la grave-dad de esta afeccion.

Las pulmonías que reinan epidemicamente puede considerarse mas graves que las esporádicas.

Andral y Grisolle son de opinion que las pulmonías del vértice del pulmon terminan muchas veces funestamente y que del lóbulo medio son mas benignas.

Anuncian una terminacion funesta los síntomas de una opresion es-trema, la frecuencia de la respiracion y del pulso, las lipotimias, el deli-rio, la espectoracion negruzca, ó color de zumo de regaliz y ciruela, etc ; —es del mismo modo de mal agüero la supresion repentina de la spec-toracion.

Cuando la pnlmonía pasa al tercer grado, la formacion de un abceso ó la gangrena del ósgono es el pronóstico de funesta gravedad,

Siempre que aparezcan en resolucion los síntomas locales y coincidan con exasperacion de los generales—permaneciendo á esto, como estraña la afeccion, no estando en armonía con la mejoría local, el pronóstico es de mal agüero y puede entonces sospecharse la transicion al tercer grado.

De las diversas formas de pulmonía, la *tifoidea* es la que ofrece mayor peligro y es ella siempre funesta.

Las pulmonías consecutivas que vienen durante el curso de fievres graves, catarrales, etc., agudas, y á las veces crónicas, conducen constantemente á los pacientes al sepulcro.

CAUSAS.

Las causas de la pulmonía pueden residir, como todas las de la irritacion en jeneral, fuera de la organizacion ó ya en ella misma.

Entre las primeras ocupa un lugar preferente la accion del frio. En efecto, por lo comun los mismos enfermos, que hemos tenidos motivo de observar en la clínica no nos han acusado otra causa á la pulmonía que los aflijia; lo que concuerda perfectamente con la realidad, por la influencia que tiene en el parénquima pulmonar la supresion repentina de la transpiracion cutánea, cuando la piel caliente esperimenta de súbito la impresion de un aire frio : lo mismo decimos de la inmersion en un líquido frio estando la piel bajo una temperatura opuesta.

No es de estrañar pues, que los cambios bruscos en el estado atmosférico, de una temperatura alta á una muy baja, produzcan las pulmonías tan frecuentemente; y en particular en aquellos individuos que se hallan por su profesion, condicion ó situacion del momento, en actitud favorable á esperimentar mejor que otro alguno lo brusco de tales cambios atmosférieos.

Todos los autores estan contestes en la influencia del frio para la produccion de la enfermedad que nos ocupa :—por nuestra parte, creemos que la accion repentina é intensa del aire es bastante por sí sola á determinar la flegmásia pulmonar.

Se encuentran otras causas en las lesiones que se orijinan por golpes, caidas, heridas, etc., que han comprometido el órgano pulmonar. Estas causas traumáticas no hacen tan peligrosa en general la afeccion, como cuando ella se desarrolla bajo otras influencias.

Se ha dicho tambien, que puede reconocer por causa la pulmonía, grandes esfuerzos musculares, los que se requieren para el canto, la de-

clamacion, los gritos, una carrera violenta, etc.; mas, por las observaciones de muchos autores resultan no hallarse bien probadas tales causas en esta afeccion, y pueden ellas considerarse, si es que existen, como escepciones bien raras. Sin embargo, algo pueden influir como predisponentes ó como condiciones favorables á la accion de otras cosas.

Las emociones morales profundas y una pasion violenta pueden llegar á ocasionar esta afeccion, ó al menos, como las anteriores, ser motivo de predisposicion ó accidentes favorables á su desarrollo.

Grisolle ha observado algunos casos de pulmonía evidentemente ocasionados pos escesos en las bebidas alcohólicos—pueden, pues, considerarse estos escesos como causas, bien que esto suceda muy rara vez.

Entre las causas puramente predisponentes que pueden existir en el individuo, colocaremos la edad. Los antiguos opinaban que era mas frecuente la pulmonía en los adultos; despues, segun las observaciones de Burnet, Rufs y otros, se ha probado que es muy frecuente en los niños de dos años, creyendo Billar que los recien nacidos están aun mas predispuestos. Grisolle, que es uno de los médicos que mas se ha dedicado al estudio de esta enfermedad dice: que es mucho mas frecuente que lo que se pensaba la pulmonía en los ancianos, y para tal conclusion se apoya en el gran número de víctimas que hace dicha afeccion en aquella edad; el que, si aparece menor que en los adultos no es sinó por la desproporcion en que á su vez está el número de ancianos con el de adultos.

Asi es que, bien estudiadas en las observaciones de este autor, *las proporciones y relaciones estadísticas* que existen en la frecuencia de la pulmonía, segun las diferentes épocas de la vida, resulta ella bastante frecuente en la infancia, va y en diminucion luego hasta la edad de veinte anos, aumenta desde esta época de un modo bien manifiesto hasta la mitad de la vida, para decrecer entonces, hasta que, por último, cuando el hombre desciende á la debilidad de la infancia ella de nuevo acrece.

Es decir que la pulmonía es mas frecuente en las tres epocas mas características de la vida humana; estas deducciones á que arribamos segun las observaciones de Grisolle, concuerdan perfectamente con lo que en nuestra esfera nos ha sido permitido notar en dos años de clínica.

La proporcion en que se presenta la pulmonía en el hombre con respecto á la mujer, es segun investigaciones estadísticas, como dos es á

uno, Creen algunos autores, y nosotros con ellos, no dependa tanto esta proporcion de la influencia del sexo, cuanto de las diversas condiciones á que están regularmente sujetos, siendo el hombre por su profesion, hábitos de vida, temperamento, etc., mas predispuesto á contraerla.

Se está todavia en bastante incertidumbre acerca de influjo de la constitucion y temperamento, á pesar de las muchas investigaciones con que se cuenta, hechas por hábiles patalogistas.

Todo cuanto de cierto se sabe y puede decirse es que la pulmonía se desarrolla con mayor facilidad en los individuos debilitados, de una constitucion deteriorada por un padecimiento cualquiera, y asi se observan comunmente muchas pulmonías consecutivas.

Con respecto al temperamento, como ya lo dejamos dicho, no se halla nada aun bien establecido.

Se han dado tambien como causas predisponentes la supresion de una hemorrajia habitual, la de los menstruos, la de la leche, etc., pero todas estas aserciones carecen de pruebas.

Como Grisolle lo ha demostrado, una de las causas predisponentes, bien observadas, es la circunstancia de haberla padecido alguna vez— En los estados morbosos graves y movimientos febriles es muy frecuente notar esta tendencia, como suele verificarse en el curso de un exantema agudo, en las calenturas malignas, etc. Son peculiares de los niños las pulmonías que se desarrollan despues de tales afecciones, asi como en los ancianos suele suceder á una afeccion catarral pulmonías secundarias.

Las distintas especies de pulmonía no se presentan con la misma frecuencia en las distintas edades, asi las consecutivas y loburales se observan mas en los niños, como la catarral y latente en los ancíanos.

La pulmonía se presenta en todos los climas, bajo todas las latitudes, observándose mas frecuentamente en los setentrionales y templados que en los opuestos, siendo su gravedad la misma en unos que en otros.

La influencia de las estaciones es bien patente en el desarrollo de esta afeccion, observándose su mayor frecuencia en invierno y luego en el otoño, siendo su minímum en el verano.

Se ha notado á veces esta afeccion bajo la forma epidemíca en algunos paises.

Las profesiones que esponen á la intemperie, los trabajos duros y fatigas escesivas pueden tenerse como predisponentes.

Se cuenta tambien como causa evidente, las emanaciones fétidas y estupefacientes; pero algunos autores han refutado como erróneas estas causas,—como igualmente han probado que no son causa evidente de flegmasia pulmonar las inspiraciones de partículas minerales como se habia creido:

Por último, se nota comunmente en la clase indigente y mal acomodada,—Grisolle considerando que las buenas condiciones higiénicas y la buena vida libran en gran parte de esta afeccion, concluye que las mugeres están menos dispuestas á contraer la pulmonía por gozar ellas mas particularmente de aquellas condiciones.

TRATAMIENTO.

En razon de la gravedad de esta afeccion, debia ser su *tratamiento* de los mas enérgicos;—mas, desde que, el órgano que en ella padece es uno de los que juegan un rol mas importante en la vida. Es por ello, sin duda, que ya desde Hipócrates se ha preconizado contra esta afeccion las *sangrías* como un recurso poderoso.

Hipócrates nos hacia mencion de su uso, decimos; pero Galeno, ha insistido mas sobre ella y llegó á usarla con mas perseverancia.

A medida que este medio fué aceptado, dividiéronse las opiniones y sucitaronse acalorades discusiones sobre la cantidad de sangre que debia estraerse. Los prácticos antiguos no tenian una opinion fundada sobre la cantidad de sangre que debia sacarse. Sidhenan ha sido uno de los autores que mas han aconsejado el uso de sangría, llegando el á usarla con abundancia y profusion: en la clínica de Pavia se usaba del mismo modo y repetida á veces hasta por tres ocasiones en el mismo dia.

En Francia, Boullau ha proclamado con ardor las evacuaciones sanguineas abundantes, fórmula que él ha designado en el nombre de *sangría repetida con cortos intérvalos unos tras otras.* Apesar de que este autor no ha presentado las pruebas suficientes para determinar de un modo práctico el valor de este medio trapéutico, algunos autores han seguido esa misma rutina, habiendo otros que no la han aceptado por no verla fundada en la observacion y en hechos; entre estos se encuentran en tal caso, como á Chomel, Grisolle, etc.

El Dr. Louis proponiéndose hacer algunas observaciones ha analizado con cuidado dos series—una de 78 casos y otra de 29—Este práctico teniendo presente, todas las circunstancias y exámen de los síntomas ha

observado que la sangría tenia una influencia limitada en el curso de la pulmonía ; que su eficacia ha sido mas notable siempre que la sangría ha sido copiosa y repetida,—y que en los casos en que se hacia una vez y poco abundante no contenia la enfermedad en su orígen.

En medio de tan variadas opiniones ¿á que partido atenerse el médico para encontrar la verdad? ¿en qué autoridad apoyarse para establecer de un modo seguro el mejor camino que debe seguirse en el tratamiento de esta afeccion? Claro está que no hemos de hallarla en una simple opinion mal fundada ; ni en cuestiones que llevan el color de personales mas bien que el de científicas ; ni en observaciones aisladas y en hechos que no están consumados en un estudio severo ¿Qué hacer, pues, en medio de esta perplejidad?

Si nos atenemos á la opinion de la mayoria de los prácticos y al estado actual de la ciencia médica, veremos usar con tal profusion de la sangría como del medio mas moderado—Nosotros concluiremos por decir que para formular el tratamiento, no perder de vista la constitucion del paciente, la naturaleza de la enfermedad, la edad, sexo, temperamento y la constitucion médica reinante, á la vez que la idiosingracia del individuo.

Antes de pasar á estudiar el médico que hemos de adoptar en las emisiones sanguineas, diremos que *indicacion* se propone el médico al practicarlas en la pulmonía, y como obra este medio terapeútico en la flegmasia pulmonar. Trousseau ha establecido una diferencia en el elemento inflamatorio, en uno adinámico, y otro plástico ; y cree que la virtud propia de la sangria es debilitar el elemento plástico de la pulmonía.—Este medio modifica tambien el otro elemento, ó sea el dinámico, aunque con no menos fuerza, ejerce sobre él una accion indirecta, pero indudable porque ella no pnede menos de verificarse así ”

A mi modo de ver la espresion de esta teoria es muy razonable,—la accion de la sangría en su efecto *esencial directo*, es sustraer á la flegmásia sus materiales ó su influencia estimulante como en toda flegmásia ; y á mas desahogando el órgano del líquido acumulado, disminuye su accion y quita el motivo de que se sostenga estimulado mas y mas.

Vamos ahora á ocuparnos del punto práctico mas importante de las

emisiones sanguineas, en el tratamiento de la pulmonía. Ellas son para dicha afeccion el remedio mas poderoso y eficaz,—y aquel con que se le ha combatido mas constantemente y con mejores sucesos en todos los paises del mundo.

Grisolle aconseja que se sangre mucho y pronto en el tratamiento de la pulmonía, pero atendiendo siempre á las fuerzas y exigencias de la enfermedad. En la pulmonía francamente inflamatoria debe sangrarse al enfermo desde su principio, tan luego como se hayan declarado sus síntomas. Si á esta primer sangría los síntomas siguen en incremento, deberemos insistir en una segunda; mas si la sedacion se consigue con este movimiento febril, y el estado local propio del primer grado; si á mas se hubiese establecido una abundante diaforesis en armonía con el pulso que pertenece á los sudores críticos, con las cualidades de blando, lleno y dilatado; si el enfermo respira con mas facilidad, y la tos se hace mas gruesa y mucosa; la espectoracion se efectua sin esfuerzo y menos teñida en sangre, debe el médico favorecer este movimiento crítico, que solo espera ser segundado por medios propios á este caso.

Mas si la sedacion que se manifiesta no se continua y confirma con el desarrollo del aparato crítico, si la piel continua caliente y seca, el pulso alto, frecuente y duro, ó en una palabra el sudor es mas bien sintomático que crítico; en este caso, digo, no debe tardar en practicarse una tercera sangría que deberá hacerse en muy poco tiempo, una despues de otra, segun la urjencia del caso hasta moderar la intensidad de la flegmásia, pudiendo guardar el intérvalo de 12, 24 ó 30 horas por ejemplo.

Una vez tratada la pulmonía desde su principio, es muy raro que resista á un medio empleado con intelijente enerjia.

Las emisiones sanguineas hechas con moderacion y con intérvalos bastante distantes, tienen algunas ventajas pero no toda la influencia que se le atribuia—pues, como ya lo hemos dicho son mas eficaces unas tras otras.

Tenemos casos tambien en que es preciso convenir que debemos proceder con la mayor moderacion posible, como por ejemplo cuando la constitucion del enfermo se encuentra muy debilitada, ó cuando la pulmonía sea consecutiva. Sin embargo, debemos tener presente que no debe dejar de sangrarse por una depresiou aparente de las fuerzas y del

pulso, y un abatimiento mas ó menos considerable; pues todo esto es nada mas que aparente, porque despues de la primera ó de la segunda sangría que se practica se ve desarrollarse gradualmente el pulso.

Un signo importante seria siempre que el pulso se mantuviera fuerte, lleno y duro para insistir en la emision sanguinea.

No podemos, pues, sin contrariar la práctica y la opinion de los mejores autores, imponer regla fija en la conducta de la sangría, solo nos servirá de guía un exámen atento de la marcha de la enfermedad y síntomas que la acompañan.

Si la pulmonía tiene ya algunos dias y se presenta en el segundo grado de flelmásia con las fuerzas debilitadas, y su resistencia vital menos fuerte y la enfermedad ya adelantada, entonces debe ser menos abundante la primera evacuacion, y las que á esta sigan mas cercanas.

Cuando la flegmásia es muy intensa y ocupa los dos pulmones á la vez, no debemos pasar de doce horas para administrar unas y otras sangrias ; es en estos casos que suele ser necesario repitarla hasta tres veces en el mismo dia ó sean las primeras veinte y cuatro horas ; y mas desde que se acompañe el citado paciente con sofocacion ó ansiedad estrema.

Tenemos tambien un gran número de casos en que no solamente es inútil la sangría sinó aun perjudicial; como por ejemplo, en algunas pulmonías *secundarias*, ó en individuos *cacoquímicos* que se encuentran en una gran debilidad, bien sea por una mala alimentacion, falta de hijiene ó ciertas constituciones médicas que imprimen un carácter peculiar á la enfermedad, como lo hau observado un gran número de autores.

Uno de los puntos mas dificiles de la práctica médica es distinguir las circustancias en las que una evacuacion sanguinea será útil ó perjudicial á cierto grado de la pulmonía. Se ha debatido esta cuestion por autores eminentes, averiguándose hasta que época de la pulmonía debia sangrarse. Para responder eategoricamente á esta proposicion fuera necesario que la pulmonía no estuviese sujeta á ninguna variacion ; pero como lo está, su regla no puede ser absoluta, y su tratamiento estará sujeto á está ley que lo domina. Y dirémas con Trousseau, con este motivo "puede y debe sangrarse en tanto que hayo indicacion pora hacerlo."

Cuando en una pulmonía hay signos incontestables de que haya lle-

gado al fin del tercer grado, que los esputos sean difluenies, de color de conserva de ciruela; si es acometido de escalofrios, y el rostro se empalidece, tomando un aspecto terreo y hético, deberemos sustraernos de la sangría.

Ademas de las evacuaciones sanguineas tenemos otros medios, á los que se pueden dar el nombre de auxiliares de la sangria general, como son las sanguijuelas y ventosas escarificadas—á estas debe recurrirse particularmente cuando es muy vivo el dolor de costado, por tener una influencia mas directa y tender á calmarlo mas prontamente. Aquellas se podrán prescribir en número de treinta á cuarenta, distribuyéndolas en su aplicacion en tres veces, empleando en cada prescripcion de diez á doce.

Esto conviene particularmente en los niños muy pequeños y en los que no se puede emplear la sangria jeneral, y en aquellos individuos que se teme debilitar.

Se prescriben del mismo modo como auxiliares, las bebidas emolientes, acídulas, pectorales, tisanas de malva y malvavises edulcoradas con jarabe de goma, etc., y en alganas ocasiones las cataplasmas emolientes al torax. Tales emolientes se usan jeneralmente, y se les puede variar mas ó menos.

Limitándonos á la *pulmonía* de los *niños* debemos decir que en ella es necesario ser mas sobrio en la sangria, como lo aconseja F. Franc hasta los de 8 ó 10 años;—en los que se comensará por una emision, siempre que sean robustos y sanguineos : y en los de mas corta edad puede combatirse la afeccion con una aplicacion proporcionada de sanguijuelas ó ventosas; pero en estos aconsejan la mayor parte de los autores recurrir mas pronto á la hipecacuana, ó mejor, á medio grano de tártaro emético en un vaso de infusion de violetas, por dos ó tres dias seguidos,—y en seguida los calomelanos á dósis purgantes, y si fuese de nceesidad un vejigatorio al pecho.

La aplicacion del vejicatorio en la pulmonía, cualquiera que sea su utilidadad, ha sido motivo de discordancia entre los practicos. Refiere Grisolle en sus investigaciones, que aplicados los vejicatorios en la mayor intensidad de la enfermedad aumentan la fiebre, y que un grado mas avanzado eran inútiles. Sinembargo, juzgo podrán ser de alguna utilidad en la declinacion y convalescencia de la afeccion. Y efectivamente en

la práctica del Hospital hemos notado algunas veces se obtenian de aquel modo los mejores resultados—Así en pulmonías en que aun existia un estertor crepitante áspero, cercanos ya á su declinacion, hemos visto desaparecer todos los restos agravantes de ellas mediante la aplicacion de un vejicatorio.

En el tratamiento de la *pulmonía* de los *ancianos* debemos usar con mas parsimonia y ser mas parcos en el uso de las emisiones sanguineas, debiendo tener en consideracion su edad, sus fuerzas, etc.

Cnando es atacado de pulmonía un anciano fuerte y vigoroso, en tal circustancia podremos usarla sin temor y repetirla hasta dos veces en un mismo dia, si asi lo exije la flegmasia. Al mismo tiempo se aconseja recurrir á una pocion estibiada, con el fin de procurar una resolucion mas pronta y franca; porque como es sabido en estos individuos la resolucion es mas dificil y peligrosa, siendo su convalescencia larga y la resolucion es constantemente imperfecta. Así es tanto mas eficaz apresurarse á usar de la sangría y el tártaro estibiado, como está aconsejado por los prácticos desde el principío de la enfermedad; y tan luego como se consiga un alivio, aplicar un caústico al torax.

Mas la pulmonía que ataca en la edad muy avanzada, la que generalmente aparece de un modo incidioso, es de mucho mas gravedad y casi siempre funesta; pues que el plan terapéutico que se pone en práctica es muy limitado en este caso; tanto mas, cuanto que este está subordinado como sucede en las enfermedades cronoicas ó constitucionales, á la naturaleza de la enfermedad, por consiguiente apenas se puede usar de la sangría y nunca se la puede repetir. Puede si usarse de la medicacion revulsiva, sinapismos, causticos y el emético, en fin, teniendo siempre en vista el estado del paciente, etc.

La aplicacion terapeútica, en las *pulmonías consecutivas*, es uno de los puntos que merecen un especial cuidado, deben asi elejirse, con la mayor circunspeccion aquellos medicamentos que debiliten menos y no comprometan el estado del enfermo.

Si en el curso de una fiebre grave, eruptiva, etc., apareciera esta afeccion y el enfermo se hallase con actividad y fuerzas, podria todavia emplearse la sangría, pero con parsimonia, ayudándola con algunas aplica-

cianes tópicas de sanguijuelas; y con mucha mas razon en una afeccion eruptiva, lo que es muy comun.

Si la enfermedad se hallase muy adelantada con síntomas de postracion y todos los signos de adinamia, entonces seria de necesidad dar algunos tónicos—y si el estado de las fuerzas lo permitiere hacer aplicacio de un corto número de sanguijuelas—y por lo demas los antimoniales, vejígatorios, etc., deberán ser en arreglo al estado del paciente.

Cuando la flegmasia pulmonar no cede á la mediacion antiflojística, ó cuando se teme debilitar demasiado al paciente, etc. los practicos modernos administran las *preparaciones antimoniales en alta dósis*, en virtud de la accion propia de este medicamento, el cual obra mas inmediatamente sobre lo que *forma y representa la unidad de la enfermedad*, por cuyo motivo es preferible en un gran número de casos.

Se han vertido con motivo de la administracion del tártaro estibiado, diversas opiniones sobre la influencia y valor de este medio terapeútico. Rasori fué el primero que preconizó el tártaro estibiado en alta dósis;—él lo sacó del olvido en que habia caido, publicó sobre él varios escritos, y obtubo un feliz exito . En Francia Laenec y otros muchos prácticos trataron de confirmar su eficacia con respectivos esperimentos sobre su accion; y en sus observaciones lograron resultados muy poco satisfactorios

Mas, Louis y despues Grisolle, han obtenido rigoras investigaciones que han ilustrado diversas dudas. El Dr. Luis ha proclamado los felices resultados que ha obtenido en los ancianos en condiciones muy graves, siendo los síntomas los mas intensos, y cuando la sangria no habia contenido sus progresos. Grisolle ha reconocido del mismo modo, que el tártaro estíbiado á alta dósis habia procurado la mas ventajosa influencia en la enfermedad, minorando á la vez el tiempo de la convalescencia, que no duraba comunmente mas de tres ó cuatro dias.

La opinion de los médicos y aun la de los que han recomendado el antimonio con mas eficacia, es que en los principios de la pulmonía debe insistirse en las emisiones sanguineas, á no ser bajo la influeneia de ciertas *constituciones* médicas reinantes—ó que el estado particular del paciente, etc. no lo permita.

En la práctica de Grisolle se recomienda y dice que la condicion mas

esencial para la administracion de este medicamente,es que antes haya hecho que se rebaje el pulso en su fuerza y dureza por medio de las emisiones sanguineas.

Asi que si se presenta desde el principio de la enfermedad el pulso blando y depreibles por mas alta que sea la fiebre y vivo el dolor de costado, conviene atenerse de la sangria, y recurrirse inmediatamenta al emético.

De las observaciones que hemos recogido en la clínica médica y del número de neumónicos tratados por el tártaro estibiado; hemos visto que es usado siempre con la mayor moderacion.

En uno anciano, á cuya historia hemos consignada algunas líneas en la parte de este escrito en que tratamos de la anatomía patalójica, vimos se le trató desde su entrada al Hospital, con el tártaro estibiado, sin emisiones sanguineas de ninguna clase—porque se hallaba en un período muy adelantado de su enfermedad: no se obtuvo, por cierto resultado alguno. En estos casos están acordes la mayor parte de les autores sobre la ineficacia de este remedio.

El otro neumónico fué un adulto jóven y bien constituido—Se presentó con cierta opresion y un encadenamiento en la circulacion, lo que se dió merced á dos emisiones sanguineas en las veinte y cuatro primeras horas. A este tiempo persistió el pulso con un poco de dureza aunque con menos intensidad,—entonces se le administró el tártato emético á las cuarenta horas de su permanencia en el Hospital,—suspendiéndolo á las doce de su administracion por su intolerancia. Sinembargo se habia conseguido alguna sedacion y revulsion á la piel, lo que siguió luego en convalescencia ayudado de un fuerte revulsivo al torax.

De este corto número de observaciones que hemos tenido no deduciremos grandes ventajas para la aplicacion de este medio terapéutico; pero interrogando á la esperiencia de los prácticos encontraremos uniformidad en sus opiniones, para creer que hay pulmonias francamente inflamatorias, en individuos bien constituidos, que no permiten se haga uso de este medicamento—como tambien, en circunstancias especiales dicha medicacion es el medio heróico que se tiene y el único para salvar al paciente.

Réstanos ahora averiguar como obra y que virtud especial tiene en

esta enfermedad? Cuestiones son estos que en el actual estado de la ciencia no se pueden resolver sin caer en una hipótesis.

Sinembargo sabemos lo mas esencial, lo suficiente para apreciar la utilidad de él, que son sus efecto, sus resultados terapeúticon, su eficacia, en fin, para su adopcion en la práctica.

Asi dado el tártaro estibiado en grande dósis en la fiebre neumónica alta, en que el individuo se halla inquieto por su dísnea, tos, dolor de costado, pulso frecuente, etc. á los veinte minutos ó media hora de su administracion se encuentra en una sedacion manifiesta, con un sudor copioso, la respiracion mas fácil, y el número de pulsaciones baja; en una palabra, en una calma, completa por lo que hace á la calentura.

Otro plan de tratamieuto que se ha generalizado y que Laenec lo puso en su práctica, y despues fué adoptado en Paris por Louis y consecutivamente por Grisolle, ha sido combinar la aplicacion de sangrías con la administracion del tártaro estabiado, constituyendo un método *misto* de aplicacion. Dicha medicacion está muy recomendada y se obtienen de ella buenos efectos. De modo que si el enfermo se hallára en estado de soportar una emision sanguinea ella se practicará, segun el estado, edad, etc., é inmediatamente se administrará el antimonio. Esta terapeútica es aplicable á todas las edades, se recomienda particularmente á los niños y á la pulmonía de los ancianos, en la que se emplea con buen suceso.

La dósis á que se prescribe el tártaro emético en la pulmonía esta sujeta á varias circunstancias como la de edad, la constitccion médica y el compuesto antimonial.

El tártaro esstibiado que es el mas usado se administra desde 4 gr. hasta 18 en el primer dia, disuelto en agua destilada edulcorada con jarabe simple—El querme de 18 á 54 gr: y el óxido de ántimonio á la de 18 gr. á 2 dracmas. Y el antimonio metálico de 10 á 36 gr., cuyas preparaciones insolubles se suspenden en un looc blanco ó un mucilago.

Generalmente se dá por cucharadas ó en menor cantidad si es un niño. Si no sobrevienen vómitos violentos ó cámaras de vientre muy abundantes y que haya lo que los autores llaman tolerancia; entonces se repite la misma dósis cada hora ó media hora. Mas si por el contrario los sín

tomas gástricos se aumentan hasta producir fuertes vómitos ; en una palabra sí no se ha establecido la tolerancia de este medicamento,se alejaran las dósis de esta medicacion hasta tanto se tolere, y podrá á su vez aumentarse en razon de los accidentes de calentura que se combatan.

Un gran número de medicamentos se han puesto en práctica en esta enfermedad, como la dijital, el acetato de plomo, el mercurio, el ácido cianhídrico y el agua de laurel cerezo—El mercurio ha sido muy usado por los ingleses—y lo mismo lo ha sido en Italia, Alemania, etc.; pero su eficacia no está apoyada en observaciones y no tiene en su favor justificacion sáficiente. Y mas que todo, cuando tenemos una medicacion cuya eficacia es incontestable—como es la sangría—y el tártaro cstibiado en alta dósis.

Debemos decir que las contra-indicaciones para la administracion del tártaro estibiado, son poco numerosas y solo se encuentran en una afeccion orgánica del corazon y una inflamacion viva de los órganos gástricos, ó alguna otra circunstancia particular.

En llenar una indicacion consiste muchas veces la celebridad y buena direccion tevapeútica, para contener con tiempo y sin avanzarse á otros medios, menos directos á la enfermedad de que se trate. Hé ahí el fundamento principal aplicable en su tevapeútica, á las *diversas formas* de la pulmonía aguda.

Pero no debemos suponer que sean ellas, otras tantas pulmonías que exijen cada una su medicacion especial.

Aunque Stoll nos refiere una epidemia en que ha creido ver que era perjudicial, empezar por emisiones sanguineas, los autores responden que no bastan algunos casos muy graves al principio de la epidemia, para inducir al médico y pensar de tal manera (Valleix.)

Examinaremos, pues, las varias formas de tratamiento, pero sin exajerar su valor, en conformidad á lo que hemos ya espuesto.

En la pulmonía *biliosa*, de la que hemos observado varios casos en la clínica médica, que se manifiestó con todo el aparato inflamatorio de la pulmonía franca, á la que se ha combatido con las emesiones sangui-

neas, &a. y tan luego como se haya moderado esta, se prescribirá un emético con el fin de remover tal complicacion *gastro-biliosa*. Stoll ha observado ciertas epidemias, como ya hemos dicho, en que era perjudicial la sangria al principio, pero puede alguna vez ser necesario un émetacatártico.

En la pulmonía *tifoídea* hay que sujetarse para el tratamiento á los síntomas predominantes, es decir, segun los síntomas atáxicos prepondéren, ó sean los de postracion adinámica.

Mas, como en la pulmonía se nos presenta en sus diversos periodos un *delírio* mas ó menos fuerte,—¿á todos debemos juzgarlos como verdaderamente atáxicos—y suministrar el almiscle como está aconsejado? Es claro que debemos distinguir el delirio dependiente de la intensidad de la calentura neumónica; del delirio precedente de una infeccion mefítica, de aquel que es ocasionado por una *supuracion* del pulmon, del producido por venenos tóxicos, etc., y que consiste en fenómenos morbosos físicos; de los que son por un defecto de *armonía* y perversion de las funciones de *inervacion*.

Hé aquí la ataxia, en la que mas particularmente se ha recomendado el amiscle y el alcanfor, que tambien se ha usado algunas veces. Recamier aconseja especialmente el almiscle, que se administre de 15 á 20 granos, y mas al dia;—á dósis cortas y repetídas;—por ejemplo, pueden distribuirse 20 gr. en 15 píldoras que se pueden prescribir una cada hora.

Pero si fuese la forma adinámica la que se tratase, se prescribirán los tónicos como la quina y el vino, como lo aconseja Grisolle.

Puede esta pulmonia llamada tifoiddea manifestarse con síntomas anjiotécnicos muy pronunciados; y entonces ser necesario recurrir á las emisiones sanguineas, ora locales, ora generales, segun se hsllen las fuerzas del enfermo.

El tratamiento de la *forma intermitente ó remitente*, cuando el enfermo se halla en el periodo de accion y presente los síntomas como de opresion, dolor, y todos los signos de inflamacion pulmonar, se deben practicar antes algunas emisiones sanguineas que rerabajen un tanto de intensidad, y abrevien asi algo su paroxismo.

Y en el intérvalo de las accesiones aun que persista el estertor crepi-

tante se recurrirá á la quina ó snlfato de quinina que esta tan reconocida su eficacia en estas afecciones.

JUAN B. GALARCE.

V.° B.°

NICANOR ALBARELLOS.

PROPORCION ACESORIA.

Estructura del vaso.

Funciones del pancreas

El número y usos de las preparaciones mercuriales.

Fracturas del cuello del femur.

De la espermatorrea y su tratamiento.

Del abórto.

NOTA.—En la foja N.° 13, á los 11 reeglones, debe decir en seguida de (pulmonía,) hablaremos "de las alteraciones." etc.