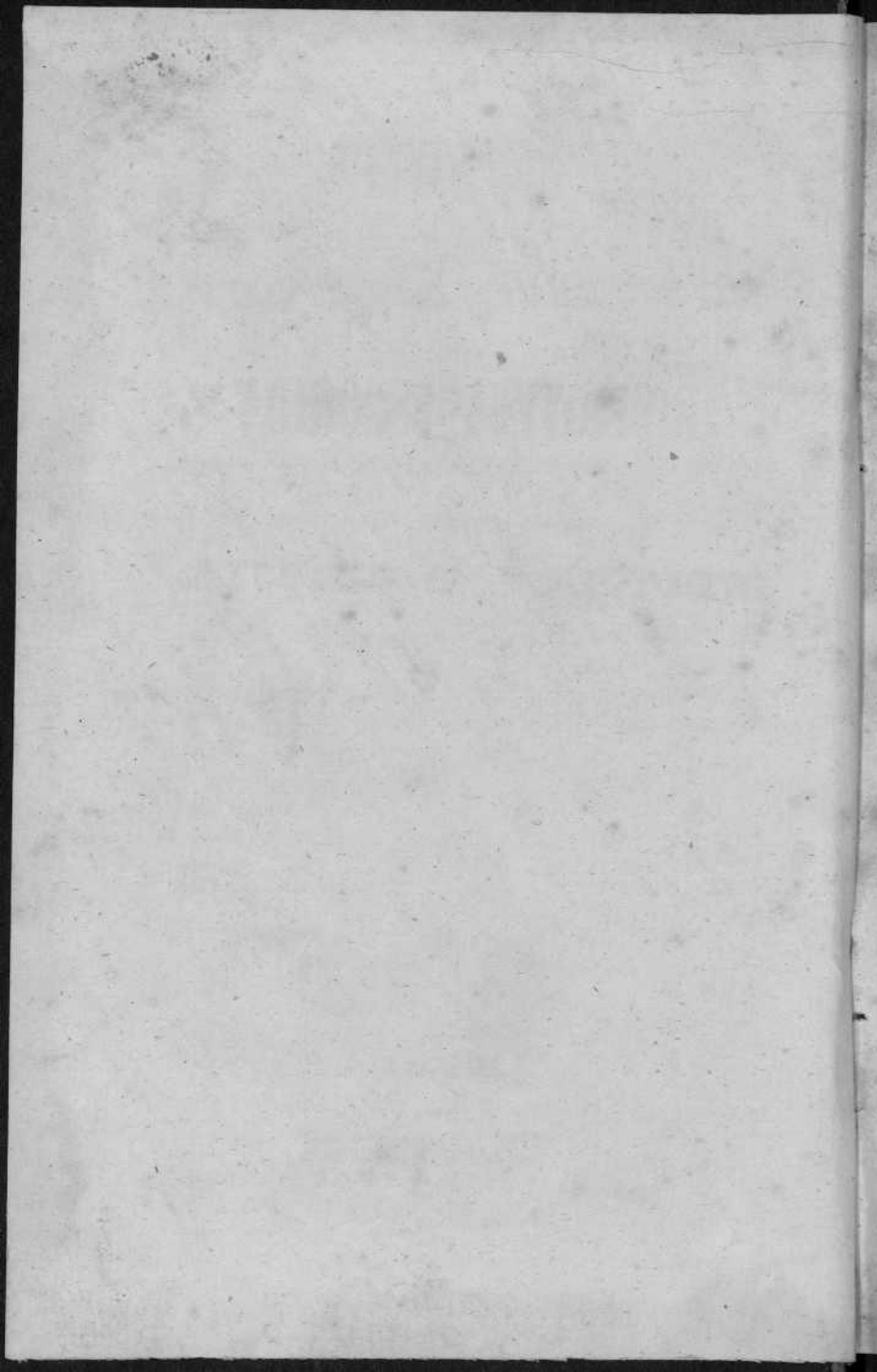




16784
~~12884~~







BIBLIOTECA ESCOGIDA

DE

MEDICINA Y CIRUJIA.



LIBRERIA

EXACTA

DE MEDICINA Y CIRUJIA

LIBRERIA

DE LAS MEDICINAS Y CIRUJIA

EXACTA

DE MEDICINA Y CIRUJIA

DE LAS MEDICINAS Y CIRUJIA

EXACTA



EXACTA

DE LAS MEDICINAS Y CIRUJIA

EXACTA

BIBLIOTECA

ESCOGIDA

DE MEDICINA Y CIRUJIA,

6

COLECCION

DE LAS MEJORES OBRAS DE ESTA CIENCIA

PUBLICADAS Ó QUE SE PUBLIQUEN EN EL ESTRANJERO,

y de otras originales

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

Don Gabriel Usara, Don Matias Nieto y Serrano, Don Serapio
Escolar y Morales, Don Francisco Mendez Alvaro, Don Francisco
Alonso, y Don Antonio Codorniu.



D O D O D O D

IMPRENTA DE LA VIUDA DE JORDAN E HIJOS,

1844.

CLÍNICA MÉDICA
BIBLIOTECA

ESCUELA
DE MEDICINA Y CIRUJIA
DE LAS FACULTADES SELECCIONADAS

EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

CONSTITUCION

DE LA ESCUELA

DE LAS MEJORES CLASES DE ESTA CIUDAD
CONSTITUCION DE LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUJIA
EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD DE LA CIUDAD DE
MEXICO. EN LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUJIA
DE LAS MEJORES CLASES DE ESTA CIUDAD
CONSTITUCION DE LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUJIA
EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD DE LA CIUDAD DE
MEXICO.

TRATADO DE LA FIEBRE

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

Dr. Manuel de la Cruz y de la Cruz
Dr. Manuel de la Cruz y de la Cruz
Dr. Manuel de la Cruz y de la Cruz
Dr. Manuel de la Cruz y de la Cruz

TRATADO DE LA FIEBRE



En la imprenta de...

EN LA ESCUELA

DE MEDICINA Y CIRUJIA

DE LA ESCUELA

CLINICA MEDICA,

ó

OBSERVACIONES SELECTAS

RECOGIDAS

EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

(CLINICA DE M. LERMINIER),

POR G. ANDRAE,

CATEDRÁTICO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS, MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA REAL DE MEDICINA, Y DE LAS SOCIEDADES MÉDICAS DE BOGOTÁ, EDIMBURGO, LIEJA, NÁPOLES Y NUEVA ORLEANS; MÉDICO DEL HOSPITAL DE LA PIEDAD, MÉDICO CONSULTOR DEL REY, CABALLERO DE LA LEGION DE HONOR, ETC., ETC.

TRADUCIDA DE LA ÚLTIMA EDICION

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

D. Gabriel Usera y D. Francisco Mendez Alvaro.

TOMO II.

ENFERMEDADES DEL PECHO.

II.

Nulla est alia pro certo noscendi via nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *De Sed. et Caus. morb.*
lib. IV. præm.

MADRID:

1841.

CLINICA MEDICA

OPEREZZIONE SELETTA

EM EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

EN EL AÑO DE 1884

DE LA CLINICA MEDICA

DE LA CLINICA MEDICA

DE LA CLINICA MEDICA

CLINICA MÉDICA.

SECCION TERCERA.

OBSERVACIONES

ACERCA

DE LA TISIS PULMONAR.

CAPITULO I.

NATURALEZA Y ASIENTO DE LOS TUBERCULOS PULMONARES.

I. CUANDO muchos lóbulos pulmonares se hallan inflamados en diversos grados, de modo que por su color y consistencia contrastan con los que les rodean, se encuentran algunas veces en ellos puntos muy pequeños blanquecinos; varios de los cuales, formados por una materia líquida, parecen una gotilla de pus, y se separan fácilmente como este con el mango del escalpelo. Otros puntos tienen mayor consistencia; la materia que los forma no es líquida, tiene alguna trabazon, y presenta el aspecto de la llamada tuberculosa; en otros términos, constituye una ma-

sa pequeña, redondeada, blanco-amarillenta y muy friable; parece que las moléculas que la componen, separadas primitivamente por una materia mas líquida, tienen aun entre sí poca cohesión. Los lobulillos en que aparecen estos puntos blancos no solo presentan los diversos grados propios de la pulmonia, algunas veces los hemos visto verdaderamente infiltrados de una serosidad amarillenta, y conservar la impresion del dedo del mismo modo que las partes edematosas. Esta alteracion particular, este verdadero edema de los lóbulos pulmonares, con formacion de puntos tuberculosos, nos ha parecido ser mas frecuente al rededor de los tubérculos del caballo que en el hombre. Por lo demas no puede asegurarse que este estado de los lóbulos sea siempre consecutivo al desarrollo de la materia tuberculosa, pues en muchos infiltrados del modo espesado, no se halla señal alguna de tal materia. Otras veces solo se observan en la superficie ó espesor de los lóbulos algunos puntos blancos, muy pequeños, casi microscópicos; otras se multiplican, se reunen, y llega un tiempo en que el todo de los lobulillos parece formado solo por dichos puntos aglomerados. Entonces resulta una masa voluminosa blanquecina, llamada *tubérculo*, que no es otra cosa sino un lobulillo invadido sucesivamente por los puntos blancos. Esta disposicion podia apreciarse con facilidad en un caso, que hemos observado recientemente, y en el que cada lobulillo enfermo estaba circunscrito por el tejido celular interlobular, mas engrosado, mas manifiesto que habitualmente, pero exento de toda apariencia de tubérculos. Otras veces al contrario, los espacios que por lo regular ocupa este tejido celular, están en parte llenos de una materia blanquecina, que no invade los lobulillos, y que en razon de la disposicion del tejido que ocupa, constituye una especie de líneas de pus concreto al rededor de los mismos, permaneciendo estos sanos. Por otra parte puede establecerse como principio general que cuando los lobulillos están enfermos, el tejido celular que los rodea y aísla se afecta tambien, siendo en tales casos para cada lobulillo lo que la pleura es á todo el pulmon. La mas comun de estas alteraciones del tejido celular interlobular consiste en una infiltracion rojiza, como la que existe en ciertos flemones incipientes: en medio de esta infiltracion hemos observado tubérculos bajo la forma de pequeños puntos blancos aislados. Por último, otras veces es todo un lóbulo pulmonar el que se halla uniformemente inflamado; entonces no pueden distinguirse ni los límites de ningún lobulillo en particular, ni el tejido celular interlobular. Con frecuencia, en medio de esta gran estension del parenquima hepaticado, se observa un número mayor ó menor de puntos

blancos pequeños , semejantes á los que hemos descrito en los lobulillos con sus diversos grados de consistencia. En un caso observado últimamente nos hemos asegurado de que la materia que constituía estos puntos blancos , estaba encerrada en los sitios de las ramificaciones bronquiales muy engordadas , donde se cree que se dilatan estas para constituir las vesículas. Lo que habia de notable en este mismo caso es que el lóbulo inferior de los dos pulmones estaba inflamado en diversos grados. En el lado derecho la inflamacion era mas reciente , y el parenquima pulmonar solo presentaba la hepatizacion roja : no habia ningun indicio de puntos blancos , ni de tubérculos. En el lado izquierdo la inflamacion era mas antigua ; el parenquima del lóbulo inferior presentaba la induracion gris : habia un gran número de puntos blancos , unos líquidos como gotas de pus , y otros de mayor consistencia , elevándose por grados en cierto modo á la categoría de los tubérculos.

En los diversos casos de que acabamos de hablar , ¿ cuál consideramos ser el origen de los tubérculos? No hay mas que una secrecion de materia que parece producirse indiferentemente , sea en las últimas ramificaciones bronquiales y en las vesículas que las suceden , sea en el tejido celular interpuesto entre ellas , ó en el interlobular. Esta materia , que parece ser primitivamente líquida , se consolida en una época mas ó menos distante de aquella en que se segrega , y se convierte en un tubérculo. En todos los casos este estado , primitivamente líquido , puede admitirse mas bien por el raciocinio que demostrarse por la observacion. ¿ Se forman de esta suerte todos los tubérculos? Antes de deducir semejante consecuencia y transformarla en una especie de ley , examinemos si se hallan algunos casos en que el tubérculo parezca producirse de otro modo.

2. En muchos individuos, que habian tenido una bronquitis crónica mas ó menos intensa , hemos encontrado diseminados en el parenquima pulmonar cuerpos pequeños redondeados ó prolongados , rojizos ó grises , ya notables por su blandura , ó ya al contrario bastante duros , y aun con la apariencia cartilaginosa. Estos cuerpos se presentan del mismo modo en el espesor de un parenquima pulmonar sano ó enfermo. Su número es muy variable: unas veces no se hallan sino cinco á seis esparcidos en toda la estension del pulmon ; otras hay una cantidad innumerable. Cuando estos cuerpos son grises y de dureza como cartilaginosa , constituyen las granulaciones pulmonares , tan bien descritas por Bayle , con relacion á su forma exterior. En estos últimos tiempos Laennec ha opinado que las granulacio-

nes de Bayle eran solo un primer grado de tubérculos ; fundándose principalmente en que en el centro de estas granulaciones se vé aparecer muchas veces un punto blanco que anuncia el momento, en que segun Laennec, la granulacion se transforma en tubérculo miliar. Se puede objetar desde luego á esta opinion que las granulaciones de Bayle se desarrollan con frecuencia en los lóbulos inferiores de los pulmones, y por consiguiente si estuviesen destinadas á convertirse en tubérculos, debieran encontrarse las cavernas pulmonares con la misma frecuencia en la base que en el vértice de los pulmones. Es cierto que en los cuerpos pequeños de que hablamos se observan con frecuencia puntos blancos ; pero nos hemos convencido que no siempre aparecen en el centro como ha dicho Laennec ; tambien se observan en otros sitios de la granulacion, y muchas veces invaden por ejemplo la periferia antes de ocupar el centro. Ademas, si las granulaciones descritas por Bayle son solo tubérculos incipientes, deberian hallarse en otros órganos, á lo menos preexistentes á los tubérculos miliares ; lo cual nunca se ha observado ni en el espesor de los parenquimas, ni en la superficie de las membranas. El mas pequeño rudimento de materia tuberculosa que se haya hallado en diversas partes, se ha presentado siempre en forma de puntos blancos diferentes de las granulaciones pulmonares. Es verdad que en los intestinos se encuentran con frecuencia al lado de estos puntos blancos algunos cuerpos pequeños redondos, que son grises, como las granulaciones pulmonares de Bayle ; pero estos son evidentemente folículos mas ó menos desarrollados, como lo demostraremos en otra parte. En cuanto á las granulaciones que se hallan en la superficie de las membranas serosas, es fácil convencerse, por un exámen algo atento, que solo tienen de comun el nombre con las pulmonares. Las granulaciones grises y duras de Bayle nos parecen ser solo una de las formas de los géneros de que nos ocupamos ; en efecto, con frecuencia son rojas y de una blandura mayor ó menor, y aislándolas del parenquima que las rodea, se vé que muchas se reunen en forma de racimos ó racimos. Es fácil asegurarse, mediante un atento exámen, que de estos cuerpos los que son blancos ó grises y de una dureza cartilaginosa han sido primero rojizos y blandos. En uno ú otro de ambos estados presentan á veces puntos blancos diseminados en su interior, y con frecuencia están parcialmente teñidos de negro. Si hay algun órgano en la economía con quien puedan compararse tales cuerpos en sus diferentes estados, cuando están aislados por medio de una minuciosa diseccion del tejido que los rodea, son indudablemente los ganglios linfáticos, sobre

todo cuando están inflamados (1). La analogía es mas notable en el caballo, donde la dimension de los objetos permite estudiarlos mejor. Estos cuerpos rojos y blandos se parecen exactamente á las glándulas linfáticas pequeñas invadidas de inflamacion aguda; cuando son grises y mas duros (granulaciones de Bayle) pueden compararse á las mismas glándulas inflamadas crónicamente. En estas se vé con frecuencia á la materia tuberculosa depositarse tambien en forma de pequeños puntos aislados que poco á poco se multiplican y tienden á reunirse; de modo que llega un momento en que el ganglio linfático representa solo un tubérculo grueso, y del mismo modo aparecen y se desarrollan los puntos blancos en las granulaciones pulmonares. No debe objetarse que en el estado normal la anatomía no demuestra en los pulmones la existencia de estos ganglios; porque en los pulmones hay vasos linfáticos, y en donde existen tales vasos, enseña la observacion que bajo la influencia de la flegmasia se pueden desarrollar glándulas linfáticas que antes no existian, ó no eran á lo menos visibles. Ciertamente, el aspecto de estas granulaciones, y ademas la analogía de los ganglios mesentéricos que se ingurgitan y convierten en tubérculos consecutivamente á una enteritis crónica, parece conducirnos naturalmente á admitir que las granulaciones pulmonares no son mas que glándulas linfáticas. Por otra parte esta opinion es muy antigua: Morton habia ya emitido la idea de que los tubérculos eran debidos á la ingurgitacion de las glándulas del pulmon. Esta misma opinion se halla consignada en el tratado de Portal sobre la tisis pulmonar. Finalmente, M. Broussais la ha dado el apoyo de su gran talento; de modo que en el dia apenas hay en Francia mas de tres opiniones relativamente á la naturaleza de las granulaciones pulmonares: unos con Bayle las miran como produccion accidental *sui generis*, que no tiene analogía en el estado sano; otros con Laennec las consideran tambien como produccion accidental, pero que no difiere esencialmente de los tubérculos, de quienes forman el primer grado; y por último, otros repiten con M. Broussais que son glándulas linfáticas ingurgitadas.

Atentas observaciones nos han conducido á no admitir nin-

(1) Rogamos á los individuos que quieran comprobar estas aserciones, que cuiden de aislar las granulaciones del tejido que las rodea, pues en tal caso su aspecto es muy diverso del que presentan cuando se examinan solo en la superficie de un corte hecho en el pulmon.

guna de estas tres opiniones acerca de la naturaleza de las granulaciones pulmonares. No creemos que estas granulaciones sean una producción accidental, ni tampoco ganglios linfáticos, aunque muchas veces tengan su apariencia. Mientras nos hemos contentado con examinar un pulmón granuloso, cortándole en rodajas, y aislando en seguida con el escalpel las granulaciones del tejido que las rodeaba, estábamos muy inclinados á considerarlas por su apariencia como ganglios linfáticos; pero sin embargo, nos parecía que en último resultado esta opinión no era mas que una simple conjetura, que no debía desecharse sin exámen, pero que no podía convertirse en certidumbre, sino cuando una inyección dirigida por los vasos linfáticos del pulmón penetrase en las granulaciones, como en los demás puntos penetra en los ganglios linfáticos.

Entonces buscamos otro medio de investigación; nos pusimos á aislar unos de otros cierto número de lobulillos pulmonares sin cortarlos y sin alterar su tejido de ningún modo. Véase lo que observamos en individuos atacados de bronquitis crónica, y cuyos pulmones contenían al mismo tiempo tubérculos ó granulaciones en diversos grados, desde el en que están aun rogizos y blandos hasta el en que se hallan grises y duros, como cartilagineos.

Muchos lobulillos, tan solo en algunos puntos de su extensión dejaban de presentar señales de las vesículas que los componen, y en su lugar se observaba uno de los siguientes aspectos: 1.º un color rójizo uniforme sin aumento de consistencia: 2.º un color verdoso ó gris, no hallándose aumentada tampoco la consistencia. Es evidente que en estos dos casos el aire, que distiende las vesículas en el estado sano, había sido reemplazado por un líquido, bien llenase este las mismas vesículas, bien existiese en el tejido celular intermedio, y estuvieran las vesículas comprimidas y no distendidas. En el primer caso el líquido parece ser sangre; en el segundo serosidad mas ó menos pura: 3.º en otros puntos se observaba la misma disposición de las vesículas, con la misma opacidad y las mismas coloraciones, y además un aumento vario de consistencia, que se elevaba por grados hasta la dureza cartilaginosa, cuya existencia coincidía con un tinte blanquecino ó agrisado, mezclado muchas veces con una coloración negra. Es bien manifiesto que los diferentes estados que acabamos de describir no son mas que inflamaciones de cierto número de vesículas, que se reúnen por millares para constituir un solo lobulillo. Mientras que en este no se haga una incisión, solo se vé una superficie uniforme, y nada hay que tenga semejanza con las granulaciones; pero

practicando una incision en los puntos intermedios de las porciones inflamadas, y sobre todo si es próxima á ellos, se presenta un nuevo aspecto. Apenas se cortan las vesículas sanas, se vacian del aire que las distendia; en virtud de su contractilidad de tejido, se deprimen necesariamente; la porcion inflamada queda aislada, y se presenta (como es natural, y digno de atencion) con el aspecto de cuerpos redondeados ú oblongos de diferente color y consistencia, segun el grado de flegmasia. Estos cuerpos grises y duros son evidentemente lo mismo que las granulaciones pulmonares de Bayle. Se comprende con facilidad, que siempre que se haga una incision en un pulmon que se halle atacado de la especie de flegmasia parcial, en cierto modo vesicular, de que acabamos de hablar, debe darse origen á granulaciones, lo mismo que las hemos producido, cortando un lobulillo preliminarmente aislado. Supónganse dos lobulillos, que presenten cuando se tocan exteriormente durezas desiguales y semejantes en los dos; córtese uno de ellos, y se verán aparecer granulaciones variables en tamaño, consistencia y forma; aislése otro de los inmediatos por medio de una detenida diseccion del tejido celular, no se hallarán granulaciones, y si solo algunos puntos diferentes de los demas por el color, consistencia y depresion de las vesículas.

Asi pues nosotros consideramos la tisis granulosa de Bayle como el simple resultado de la existencia de un gran número de flegmasias parciales, *vesiculares*, en medio del parenquima pulmonar. Estas flegmasias pueden multiplicarse de tal modo, que las granulaciones que produzcan se toquen y confundan: haciendo entonces una incision en el pulmon el parenquima parece endurecido uniformemente. Pero esto no es mas que una apariencia, y por un exámen mas atento es fácil convencerse de que el parenquima ha conservado su estado sano, ó á lo menos no se halla endurecido en los intersticios de las granulaciones. Es muy singular que se haya insistido tanto acerca de estas granulaciones cuando son grises y duras, y que no sepamos de ningun autor que haya hablado de semejantes cuerpos, cuando están aun rojos y blandos. Sin embargo, el estudio de este primer grado hubiera sido el medio de adquirir ideas mas exactas acerca de la verdadera naturaleza de las granulaciones pulmonares: no se hubiera entonces visto en ellas sino un grado del aspecto granugiento de la hepatizacion pulmonar. No creemos haya necesidad de decir que los síntomas designados por Bayle como pertenecientes á la tisis granulosa, son los mismos, que pueden admitirse *á priori* como dependientes de la existencia simultánea de un gran número de flegmasias parciales del pul

mon. Tales son en particular la gran disnea y las hemotisis frecuentes.

Del mismo modo que hemos visto aparecer la materia tuberculosa en medio de un lobulillo inflamado en su totalidad, se depositará el tubérculo con preferencia en un punto del mismo, si dicho punto se halla invadido aisladamente de flegmasia.

3. Por último, hay casos en que el tubérculo se presenta en el centro de un lobulillo que parece enteramente sano. ¿Entonces no habrá precedido á su formacion ninguna congestion ni irritacion? Antes de responder á esta pregunta recordemos que muchas veces se hallan en diversos parenquimas abscesos á quienes rodea un tejido muy sano, y sin embargo no se ha dudado admitir que los habia precedido una flegmasia; aun mas, han servido de prueba de su existencia anterior. Porque no se halle inflamacion al rededor de un tubérculo, no hay derecho para concluir que no la haya habido. Mas adelante veremos hasta que punto el estudio de los síntomas favorece ó no esta conclusion.

4. En los diferentes casos que acabamos de examinar, la materia tuberculosa se nos ha presentado siempre como un simple producto de secrecion. Este producto que aparece primitivamente líquido, se consolida inmediatamente como por una especie de cristalización, y á proporción que se absorven sus partículas mas fluidas. Por otra parte, en él no se hallan ni vasos, ni conductos, ni areolas, ni fibras, ni láminas; nada, en una palabra, que recuerde la idea de organizacion; nos parece de consiguiente que es dár una idea inexacta del modo de formarse el tubérculo y de su naturaleza, designarle con el nombre de *tejido accidental*: en efecto, no ofrece ninguno de los caracteres, que para los anatómicos constituyen un tejido. ¿Pero si el tubérculo no es tejido, por qué donde quiera que se desarrolle afecta siempre una forma casi idéntica, á saber, la redondeada? A esta objecion puede responderse que la forma redonda debe ser la que adquiere necesariamente todo líquido segregado cuando se halle comprimido con igualdad por todas partes; y en efecto, salvo algunas escepciones, que dependen siempre de circunstancias locales, y principalmente de la desigualdad en la presion, los abscesos afectan por lo general la forma redondeada.

5. Admitida la formacion del tubérculo por medio de la secrecion, puede irse mas adelante, é investigar si esta especie de secrecion morbosa se opera en un tejido especial. Nosotros no lo creemos; al contrario, pensamos que todos los tejidos, que son susceptibles de inflamarse y supurar, pueden segregar

igualmente la materia tuberculosa. En el pulmon, con especialidad, demuestra la esperiencia que esta materia se puede producir del mismo modo: 1.º en la superficie de la membrana mucosa de las vías aéreas, sea en los bronquios, sea en las mismas vesículas pulmonares: 2.º en el tejido celular, que une entre sí las diversas partes del órgano respiratorio.

M. Magendie (1) y M. Cruveilier (2) han emitido la opinion de que puede formarse la materia tuberculosa en las últimas estremidades de las bronquios. El hecho siguiente nos parece á propósito para confirmar este aserto.

En el mes de mayo de 1823 hicimos con M. Supuy la abertura de un caballo con muermo. La membrana de las fosas nasales presentó señales de inflamacion crónica con formacion de tubérculos. Tambien se encontraron en el pulmon. Además, en la parte superior de uno de los pulmones existía una estensa cavidad, de la que corrió con abundancia una materia purulenta líquida, en la que se hallaban suspendidos numerosos grumos blancos, y tan semejantes á la materia, que llena por lo regular las escavaciones tuberculosas del pulmon en el hombre y en el caballo, que todos los individuos que asistieron á la inspeccion creyeron desde luego, lo mismo que nosotros, que en este punto del pulmon existía una estensa caverna. Pero bien pronto nos desengañamos, cuando despues de dar salida á toda la materia contenida en la cavidad, reconocimos que las paredes de esta presentaban todos los caracteres de las paredes bronquiales inflamadas crónicamente. En efecto, no era mas que un bronquio dilatado considerablemente: estaba sembrada su membrana mucosa de numerosas ulceraciones, y del fondo de estas se elevaban como aristas muchos fragmentos de cartilagos corroidos y erizados de asperezas. Muchos de los bronquios mas pequeños, continuacion de este, de que acabamos de hablar, estaban alterados como él, y llenos de grumos sólidos de una materia blanca friable, que se desmenuzaba con la presion del dedo como leche cuajada, y que podía considerarse verdaderamente como el tipo de la materia tuberculosa. Por otra parte estos bronquios no comunicaban con ninguna escavacion. Es evidente que en este caso el tubérculo habia sido el producto de una secrecion, y que esta habia tenido lugar en la superficie misma de la mucosa bronquial ulcerada y desorganizada. ¿Por qué, pues, el fenómeno que acontece en los conductos

(1) *Journal de Physiologie experimentale*, Tomo I,

(2) *Medicine pratique*, Fascicule premier.

aéreos de un diámetro considerable, no ha de verificarse del mismo modo en otros mas pequeños, en los ramos capilares, y hasta en las vesículas, que parecen ser la continuacion, ó si se quiere, la expansion de los últimos? (1). En efecto, en algunos casos nos hemos asegurado, ya en el caballo, ya en el hombre, que una materia parecida del todo á tubérculos miliares pequeños al cortar el pulmon, se hallaba contenida en ramificaciones bronquiales muy finas; pero este asiento no puede comprobarse, sino cuando la materia tuberculosa se halla en su estado naciente, es decir, líquida ó semi-líquida; solo entonces la facilidad con que se extrae por la simple presion de la cavidad donde se halla contenida, permite reconocer que esta pertenece á un bronquio; lo que no es posible en un estado mas adelantado, en razon de la mayor dificultad de sacar la materia tuberculosa entera sin rasgar el tejido.

6. Tal creemos ser uno de los elementos orgánicos del pulmon en que puede formarse la materia llamada tuberculosa; la cual no por eso deja de producirse en otros tegidos del mismo órgano.

Ya hemos citado hechos que prueban que el tubérculo se segrega en el tegido celular interlobular: admitido esto hay que aceptar su consecuencia, y reconocer que la produccion de tubérculos puede verificarse en el tejido celular que en el interior de cada lobulillo separa y reúne á la vez los vasos, nervios y ramificaciones bronquiales; pues es una ley demostrada que las enfermedades de un tegido deben ser las mismas en las diversas partes de él, excepto en algunos casos en que la estructura se halla modificada accidentalmente. ¿Se desean ejemplos de tubérculos formados y segregados verdaderamente como pus en diversas partes del mismo tejido celular? Hemos visto depositada la materia tuberculosa de un modo irregular entre los hacecillos musculares del brazo de un individuo, en quien este miembro era el asiento de abscesos antiguos y estensos. Recordaremos sobre todo un hecho importante que habrán visto sin duda los que hayan abierto los cadáveres de cierto número de niños. Se sabe que los tubérculos encefálicos son tan comunes en estos, como raros en los adultos. Pues bien, en muchos tales tubérculos no tienen su asiento en la misma sustancia cerebral; con frecuencia, por ejemplo, hemos visto separadas, comprimidas

(1) Consultense acerca de la naturaleza y disposicion de estas vesículas las hermosas láminas, y el testo de la obra de Reissessen: *de fabrica pulmonum commentatio*.

las láminas del cerebelo, pero no invadidas por los depósitos de materia tuberculosa que se hallaban en el tejido celular muy vascular, que forma una de las meninges con la denominacion de pia-madre. Esto tambien puede servir para convencerse de la exactitud de la opinion, que considera los tubérculos como productos de una secrecion, como un pus de naturaleza especial. En efecto, mas de una vez hemos tenido ocasion de ver que la materia llamada tuberculosa consistia al principio en una materia purulenta líquida, de que estaba infiltrada la pia-madre, y que despues se concretaba, y cambiando poco á poco de aspecto se convertia en tubérculo. En un adulto, cuyas membranas serosas, torácica y abdominal se hallaban cubiertas de falsas membranas con depósito de pequeñas masas tuberculosas, estas se encontraban tambien en la parte de la pia-madre sub-aragnoidea de la convexidad de los hemisferios; pero solo en estado incipiente. En muchos puntos habia simples gotillas de materia líquida, de verdadero pus; en otros tenia mas consistencia, y se le veia adquirir por grados un aspecto semejante al de los tubérculos, de que estaban llenas las falsas membranas del pericardio, de la pleura y del peritórneo. Nótese que en tales casos, en que habia tambien tubérculos en los pulmones, tenia la inflamacion una tendencia notable á terminar por la formacion de estos cuerpos; en otros individuos predispuestos de diversa manera la materia segregada por las membranas serosas inflamadas se hubiera parecido al pus del flemon; en otros no hubiera sido mas que serosidad; y en otros por último se hubiera transformado en materia sólida, que hubiera llegado á ser una masa fibrosa, una concrecion cartilaginosa, una petrificacion, etc.

7. Por último tampoco es inverosímil que en cierto número de casos la materia tuberculosa se forme primitivamente en los ganglios linfáticos del pulmon, entumecidos preliminarmente. Si M. Broussais, guiado por la analogía de lo que acontece en los ganglios mesentéricos consecutivamente á una enteritis, se hubiera contentado con decir: que *algunas veces* tambien las glándulas linfáticas del pulmon se inflaman, se hacen manifiestas por la tumefaccion que sufren, y en fin, se convierten en tubérculos consecutivamente á una bronquitis, hubiera emitido una opinion muy probable; pero cuando ha querido generalizar esta idea; cuando ha establecido que los tubérculos pulmonares tenian su asiento constante en el sistema linfático del aparato respiratorio, ha emitido una opinion que nos parece estar en contradiccion con lo que enseña la esperiencia relativamente al modo como se desarrollan los tubérculos en el pulmon y en los demas órganos. Volvemos á repetir que la ingurgitacion de los

ganglios linfáticos del pulmón puede ser el origen de cierto número de tubérculos pulmonares ; pero que hay mucha diferencia de un hecho simplemente posible á un hecho demostrado. En cuanto á los mismos vasos linfáticos solo dos veces los hemos visto llenos de una materia , que tenia el aspecto de tubérculo. Cualquiera que sea la consecuencia que pueda deducirse de estos dos hechos , su rareza nos obliga á consignarlos en este lugar.

I.^a OBSERVACION.

Vasos linfáticos de la periferia del pulmón llenos de una materia como tuberculosa.

Un albañil , de 25 años de edad , murió de una pericarditis crónica el 12 de marzo de 1825. No habia presentado ningun sintoma con relacion á los pulmones , sino una tos que le molestaba hacia cuatro meses. En la base de uno de estos órganos existia infiltracion sanguinea circunscrita (apoplegia pulmonar) , que ocupaba un espacio , cuyo tamaño puede representarse por el de una manzana pequeña. Muy cerca de esta infiltracion sanguinea habia una masa tuberculosa del tamaño de una nuez. En diversos puntos se presentaban pequeñas manchas rojas debidas probablemente al tejido infiltrado de sangre , en medio del que parecia haberse desarrollado la materia tuberculosa. Cerca del sitio donde existia esta , partia un vaso linfático , que caminaba por entre el tejido pulmonar y la pleura , y cesaba de percibirse cerca de los ganglios bronquiales. Este vaso era sinuoso , y presentaba en su trayecto nudosidades como las de un rosario de un color blanco gris , que pudieran haberse tomado por glándulas linfáticas pequeñas , colocadas por intervalos como expansiones del trayecto del vaso. Habiendo hecho una incision en este , se reconoció que las nudosidades eran debidas á la presencia de una materia blanca concreta , reunida en su interior en grumos ; de trecho en trecho las paredes del vaso ofrecian un engrosamiento preter-natural , al mismo tiempo que disminucion de transparencia. Al primer aspecto , y antes de disecarlas , tenian las expansiones que acabamos de describir mucha semejanza con tubérculos miliares pequeños. Por otra parte habia muchos de estos en el interior del pulmón. El del lado opuesto no presentaba mas lesion que muchas placas de apoplegia pulmonar sin indicios de tubérculos.

II.^a OBSERVACION.

Materia de aspecto tuberculoso en los vasos linfáticos del pulmón y de otros puntos , del mismo modo que en el canal torácico.

Una mujer , atacada de un cáncer en la matriz , murió en la Caridad durante el mes de agosto de 1824. La superficie esterna de los dos pulmones estaba sembrada de un gran número de estrias blancas , parecidas en un todo por su disposicion á los vasos linfáticos inyectados con mercurio. Estas estrias multiplicadas eran efectivamente vasos llenos de una materia blanquecina , concreta , medianamente consistente , y que se quebraba sin dificultad con la compresion de los dedos. Con facilidad se seguia á muchos de estos vasos hasta los ganglios bronquiales , entumecidos y degenerados en una sustancia de un

blanco gris, que crugia al cortarla con el escalpelo. El interior de los dos pulmones, sobre todo el izquierdo, contenia de la misma manera muchos de estos vasos semejantes á hilos blancos, dilatados por intervalos. Ya estaban aislados, ya aglomerados en mayor ó menor número, representando una especie de plexos semejantes á los que en algunos animales reemplazan á los ganglios linfáticos. Por otra parte no se halló en ningun punto de los pulmones nada que se pareciese á tubérculos, lo que debe tenerse muy presente. Los vasos absorventes del pulmon no eran la única parte enferma del sistema linfático: de muchos de los ganglios inguinales degenerados como los bronquiales tomaban origen vasos linfáticos, distendidos por serosidad transparente y sin color, y presentando de trecho en trecho puntos blancos que variaban de lugar con una ligera presion. La materia que formaba estos puntos blancos, parecia existir solo en la cavidad de los vasos; en efecto, practicada una ligera incision en las paredes vasculares, salió espontáneamente por solo la fuerza de elasticidad de aquellos. Presentaba los mismos caracteres que la contenida en los vasos del pulmon. Se siguieron con facilidad por debajo del arco crural en la pelvis hasta en medio de una enorme masa cancerosa que existia delante del cuerpo de las vértebras lumbares algunos conductos linfáticos, distendidos de este modo de espacio en espacio por grumos blanquecinos, redondeados en masas pequeñas, ó prolongados en forma de cilindro. El conducto torácico salia de en medio de la masa cancerosa á la altura de las últimas vértebras dorsales: se encontró muy distendido, y como obstruido en tres ó cuatro sitios por la misma materia, que llenaba los vasos linfáticos. La espresada materia constituia en este sitio masas, de las que la mas gruesa tenia el tamaño de una nuez, y que de la misma manera que en los vasos se hallaban contenidas en la cavidad del conducto, sin tener ninguna conexion con su tejido.

¿La materia estraña, de apariencia tuberculosa, hallada en estos dos individuos en una parte del sistema linfático, ha llegado á él por absorcion, ó bien se ha constituido, ó ha sido segregada en el mismo sistema? ¿Estos hechos serán una prueba en favor de la opinion, que coloca el asiento de las afecciones tuberculosas en el sistema linfático? En otro tiempo tales enfermedades se atribuian á la alteracion de la linfa. Sin duda era un gran error considerar siempre esta alteracion, haciendo abstraccion del estado de los sólidos; pero lo que estaba bien observado es que hay una disposicion en la economía, por la que todo líquido segregado accidentalmente tiene una tendencia singular á adquirir ese aspecto que constituye el pus escrofuloso, ó la materia llamada tuberculosa, de donde se infieren algunas indicaciones terapéuticas particulares.

8. Si, como hemos procurado demostrar, los tubérculos pulmonares son solo el resultado de una secrecion morbosa, se sigue que donde quiera que se forme un tubérculo debe acontecer una accion mas ó menos análoga á la que se verifica en un

órgano secretorio cualquiera: por otra parte todo lo que podemos apreciar en las secreciones fisiológicas es una fluxion mayor de sangre y vitalidad; en otros términos, una congestion que sucede en el órgano secretorio, cuyo hecho es incontestable. La nutricion propiamente dicha, que no es mas que un modo de secrecion, no puede tener lugar sino bajo la influencia de dicha congestion activa. De este modo, para presentar un ejemplo sensible, el cartilago, que va á transformarse en hueso, recibe preliminarmente la parte roja de la sangre; se inyecta, y se hace el asiento de una congestion activa. El mismo fenómeno sucede cuando un cartilago temporal se osifica en el embrión, en virtud de las leyes generales de formacion, que cuando un cartilago permanente se osifica de una manera accidental, bajo la influencia de lo que se llama un trabajo inflamatorio. Qué digo? el mismo feto en su totalidad desde el primer momento de un coito fecundante hasta el término de la vida intra-uterina no se forma ni se desarrolla sino bajo la influencia de las mismas causas apreciables que en el estado fisiológico dan á una glándula la facultad de crear un liquido nuevo, y que en el estado morboso presiden á la organizacion de una falsa membrana. ¿Y qué otra cosa hay de comun en estos fenómenos sino una congestion sanguinea con tendencia á una formacion nueva? Esto es lo que percibimos; lo que no penetramos es la disposicion especial por la que de la sangre, que afluye hácia un órgano ó su tejido, resultan productos tan variados: 1.º segun los diferentes órganos: 2.º en un mismo órgano, segun una porcion de circunstancias mas ó menos apreciables. Ahora pues, si el tubérculo es una secrecion; si es un producto nuevo en medio de un órgano, todos los fenómenos conocidos conducen á concluir que su aparicion ha sido precedida de una congestion activa de líquidos en el órgano en que existe. ¿Esta congestion es siempre una flegmasia en la acepcion que la han dado hace mucho tiempo los cirujanos? Sin duda que no, tanto menos, cuanto que en dicho sentido no hay inflamacion en la glándula para segregar el liquido que está encargada de formar completamente ó separar de la sangre. En este caso solo hay una funcion normal; en el otro hay una funcion patológica enlazada con una nueva disposicion del órgano, en que se verifica. Desde los primeros tiempos de la formacion del feto, el tejido celular se halla dispuesto de modo que segrege serosidad: en virtud de una disposicion accidental adquirida segregará unas veces sangre pura, otras pus y sus numerosas variedades, otras tubérculo, otras gases, etc. Si es muy pronunciada la disposicion á formarse un producto nuevo, bastará para darle origen la mas ligera congestion

tion ; donde quiera que se repita esta, se manifestará el mismo producto, y así tendrá lugar, por ejemplo, lo que se llama diatesis tuberculosa. Si por el contrario tal disposición es menos enérgica, será preciso, para que se forme el tubérculo, que la congestión sea bastante considerable y permanente para elevarse al grado de inflamación. Por último, si esta disposición es nula, la más intensa y larga flegmasia no producirá tubérculos. Puede presentarse como prueba, en apoyo de lo que acaba de esponderse, el frecuente desarrollo de los tubérculos cerebrales en los niños. Es verdad que en estos no es común que preceda á la formación de los tubérculos ninguna señal de flegmasia bien manifiesta del cerebro ó sus membranas ; pero debe observarse que en los niños son muy irritables los centros nerviosos, y que en ellos se reflejan simpáticamente en el encéfalo todas las enfermedades con la mayor facilidad. Por otro lado debe recordarse que los niños se hallan muy predispuestos á los tubérculos. Sentados estos hechos, debe concebirse la frecuencia de la formación de ellos en el cerebro de los niños, y colocar sus causas en el exceso de vitalidad y en la actividad de las congestiones, que ofrecen los centros nerviosos en la primera época de la vida.

9. De los hechos reunidos en este artículo, y de las reflexiones á que ha dado origen, creemos que pueden deducirse las siguientes consecuencias :

1.º Los tubérculos pulmonares son el producto de una secreción morbosa (1).

(1) Pueden servir para confirmar esta asercion las interesantes investigaciones hechas por M. Dupuy, profesor de Alfort, acerca de la formación de los tubérculos en los pulmones de muchos rumiantes, y en particular de las vacas. En efecto, resulta de estas investigaciones, que en la superficie esterna de las hidátides, que se desarrollan en los pulmones de dichos animales, entre las membranas propias del entozoario y el kiste fibroso que lo cubre, se depone con frecuencia una materia blanquecina, semi-líquida, que secándose se hace semejante á los tubérculos. En algunos casos se destruye la hidátide, y la cavidad que ocupaba se llena de materia tuberculosa, que segun M. Dupuy es segregada por la superficie interna del kiste. Nosotros hemos encontrado tambien en el hígado de un gazapo una mezcla de materia tuberculosa y de hidátides, del mismo modo que la habia designado en los rumiantes el sabio y laborioso profesor de Alfort. El hígado de este animal estaba sembrado de un gran número de hidátides, que se presentaban bajo de tres aspectos diferentes. Unas estaban enteras y en contacto con el tejido del hígado, de quien solo las aislaba una membrana delgada, de naturaleza celulo-fibrosa. Otras tambien enteras, se hallaban separadas de esta membrana por un depósito irregular de materia blanquecina y friable, que hubiera podido tomarse por

2.º No parece conveniente designarlos con el nombre de *tejido*, pues no tienen ninguno de sus caracteres anatómicos.

3.º El trabajo patológico, que precede á la secrecion tuberculosa, es una congestion sanguinea activa, semejante á la que precede á todo acto secretorio normal ó anormal (1).

4.º Esta secrecion puede tener lugar en muchos de los tejidos, que entran en la composicion de los pulmones (2).

fragmentos pequeños de leche cuajada, ó por greda saturada de agua. Por último, otras hidatides estaban rotas; apenas se divisaban los restos de su tejido gelatinoso, en medio de la materia que acabamos de describir, y que ocupaba su lugar.

Por otra parte, no hay ninguna analogia entre estos hechos y los consignados en una obra inglesa del doctor Baron. Este cree que todo tubérculo es precedido en su existencia por una vesicula serosa, á que llama hidatide. La observacion en el hombre y en los animales no justifica tal asercion: solo demuestra que en algunos casos hay coincidencia entre la formacion de las hidatides y la materia tuberculosa. Del mismo modo que en los casos citados antes hemos visto á esta materia rodear á las hidatides, y contribuir tal vez á su destruccion, hemos observado en el hombre, á la sangre, al pus, y á líquidos muy variados, derramarse alrededor de las hidatides, y aun algunas veces no existir estas sino en medio de un depósito de sangre ó de pus. En todos estos casos no hay mas que una secrecion morbosa de productos mas ó menos diferentes.

(1) Reconociendo siempre que una hiperemia muy varia en intensidad precede á menudo á la secrecion tuberculosa, y debe ser considerada como su mas frecuente causa ocasional, no pienso en el dia que sea necesaria para la formacion del tubérculo la existencia antecedente de esta hiperemia: creo que en muchos casos solo puede admitirse por hipótesis; el depósito de la materia tuberculosa en el seno de un tejido no exige que haya habido necesariamente en el mismo aumento ó disminucion de la accion vital; basta solo una perversion de su fuerza normal de secrecion. Esta misma perversion puede ser producto de una irritacion antecedente local; puede ser independiente de esta irritacion, y por último, puede estar en relacion con ciertas condiciones generales de la innervacion y de la hematosi en que se halle colocado un individuo, sea origiaria, sea accidentalmente. (Véase acerca de esto nuestro *precis d'anatomie pathologique*.)

(2) La quimica ha descubierto recientemente, que muchos materiales de las secreciones, y aun muchos elementos de los órganos, existen formados en la sangre (urea, cerebrina.) Por otra parte, algunos hechos inclinan á admitir que el pus reabsorbido en un absceso, y conducido al torrente circulatorio, puede depositarse algunas veces en la superficie, ó en el parenquima de ciertos órganos, sin que preceda la inflamacion. Ahora bien, si lo que no es absurdo suponer, se llegase á demostrar que la materia que constituye los tubérculos se forma en una sangre que ha enfermado, del mismo modo que en el estado sano se forma en ella el principio inmediato de la orina, se llegaria á concebir cómo esta materia se deposita en ciertos órganos de una manera

5.º La observacion demuestra que la materia tuberculosa puede segregarse, tanto en la superficie libre de los bronquios, como en el tejido celular, que une las diferentes partes del pulmon entre sí.

6.º Es probable, pero no está demostrado, que los ganglios linfáticos pulmonares sean algunas veces el asiento de los tubérculos.

7.º Está en oposicion con muchos hechos observados, la opinion que considera como única causa de los tubérculos la inflamacion de los vasos blancos, y como su asiento esclusivo los mismos vasos y sus ganglios.

8.º A veces se encuentran los vasos blancos del pulmon y otros órganos llenos de una materia, que parece idéntica á la llamada tuberculosa.

esclusivamente mecánica, y sin preceder congestion alguna. Se pudiera llegar á admitir, que el depositarse los tubérculos ú otras producciones accidentales en un órgano, con preferencia á otro, depende de una modificacion en la disposicion fisica de los vasos, que haciendo pasar al través de una especie de lludera los diferentes elementos de la sangre, operan su separacion. Por último, esta separacion puede considerarse como el resultado de un estado morboso de la misma sangre, bajo cuya influencia los numerosos materiales, que constituyen este líquido, se separan con mas facilidad; de modo que pasando al través de diferentes órganos, se queda en ellos uno ó mas de sus elementos; en un punto se deposita la materia colorante, en otro fibrina, en otro albumina, en otro sales, y si la misma sangre está enferma, varios productos nuevos, como pus, tubérculo, etc. En el estado actual de la ciencia, estas ideas son solo puras hipótesis; pero tal vez no son indignas de exámen; puede que algun dia con medios de investigacion mas exactos y mas profundos adquiera mas probabilidad lo que en el dia no es, como ya he dicho, sino una simple congetura. Me parece que en toda ciencia que no se deriva inmediatamente de las aplicaciones matemáticas, deben hacerse dos estudios: el primero es el de los hechos demostrados, y de las ideas individuales ó generales, que se deducen de ellos; el segundo consiste en dirigir la atencion á otra serie de ideas, que no son todavia sino congeturas mas ó menos fundadas, ó que tal vez no están de acuerdo con las ideas actualmente recibidas. Es necesario considerarlas, permitaseme esta expresion, como materiales de reserva, que algun dia pueden explotar manos mas hábiles ó mas afortunadas, y que hasta entonces, cuando hayan adquirido el derecho de circulacion, no formarán parte del dominio de la ciencia. No es siempre inútil formar hipótesis y discutir su valor, con tal que no se presenten como verdades. La existencia de los materiales de las secreciones en la sangre era considerada hace pocos años como una idea quimérica. ¿Qué hubiera sucedido si algunos entendimientos investigadores no hubieran tomado esta hipótesis en consideracion? No se hubiera encontrado la urea en la sangre despues de la ablacion de los riñones, y la ciencia no poseeria un hecho, que es menos importante por sí mismo, que por el camino que ha abierto á otras investigaciones.

9.º Las granulaciones pulmonares de Bayle no son tubérculos en el estado naciente.

10. Estas granulaciones son rojas y blandas antes de ser grises y duras.

11. La apariencia de las granulaciones no se manifiesta sino artificialmente, despues de la incision ó desgarradura de los lóbulos pulmonares.

12. Estas granulaciones no son una produccion nueva.

13. Están formadas por porciones de lobulillos, inflamadas aisladamente.

ARTICULO PRIMERO

SINTOMAS QUE DEBERIAN SE NOTICHO DE LA TUBERCULACION

11. Es de la mayor importancia el estudio de las diferentes maneras como empieza á desarrollarse la tisis pulmonar, pues en su primer periodo, cuando solamente es posible reconocer su existencia, es cuando puede prevalecer, y sus suspensiones en curso.

12. Antes que se observen los signos que anuncian la existencia de los tubérculos pulmonares, se observan por la respiracion, pero con diferentes grados de frecuencia, uno de los tres estados morbosos siguientes: 1.º Una simple inflamacion de la membrana mucosa de las vías aéreas; 2.º Una inflamacion purulenta; 3.º Una inflamacion del parenquima pulmonar ó de las pleuras. Hagamos sucesivamente de estas afecciones un cuadro se refieren á lo que puede llamarse el progreso de la tisis.

13. La afeccion que se observa con mas frecuencia en los individuos, que mas adelante han de presentar los signos de la tisis pulmonar, es la inflamacion de la membrana mucosa de las vías aéreas, sin complicacion de la membrana del parenquima pulmonar, que sea apreciable por la perturbacion de la respiracion y la expectoracion. Considerando esta inflamacion de los bronquios bajo los puntos de vista de su asiento, intensidad, duracion y sintomas, presenta muchas variedades, que es interesante estudiar.

Atendiendo primero á su asiento, observaremos dos variedades de las vías aéreas, cuyos sintomas preceden á los de los tubérculos, no empieza siempre en las pequeñas ramificaciones bronquiales, ni en los bronquios gruesos. La forma que se presenta, empieza mas de una vez en la parte superior del canal aéreo, y consistir al principio solo en una simple tisis. Los individuos, que se hallan en este caso, y que se distinguen de aquellos en quienes la tisis se desarrolla

CAPITULO II.

SINTOMAS DE LA TISIS PULMONAR.

10. Los dividiremos en los que designan el principio de la enfermedad, y los que se manifiestan durante su curso.

ARTICULO PRIMERO.

SÍNTOMAS QUE DESIGNAN EL PRINCIPIO DE LA TISIS PULMONAR.

11. Es de la mayor importancia el estudio de las diferentes maneras como empieza á desarrollarse la tisis pulmonar, pues en su primer periodo, cuando solamente es posible sospechar su existencia, es cuando puede prevenirse, y aun suspenderse su curso.

12. Antes que se observen los signos que anuncian la existencia de los tubérculos pulmonares, se observan por lo regular, pero con diferentes grados de frecuencia, uno de los tres estados morbosos siguientes: 1.º Una simple inflamacion de la membrana mucosa de las vías aéreas: 2.º Una ó muchas hemotisis: 3.º Una inflamacion del parenquima pulmonar ó de las pleuras. Hablemos sucesivamente de estas afecciones en cuanto se refieren á lo que puede llamarse el prodromo de la tisis.

13. La afeccion que se observa con mas frecuencia en los individuos, que mas adelante han de presentar los signos de la tisis pulmonar, es la inflamacion de la membrana mucosa aérea, sin complicacion de flegmasia del parenquima pulmonar, *que sea apreciable por la percusion, la auscultacion y los espantos*. Considerando esta inflamacion de los bronquios bajo los puntos de vista de su asiento, intensidad, duracion y síntomas, presenta muchas variedades, que es interesante estudiar.

Atendiendo primero á su asiento, observaremos que la flegmasia de las vías aéreas, cuyos síntomas preceden á los de los tubérculos, no empieza siempre en las pequeñas ramificaciones bronquiales, ni en los bronquios gruesos. La hemos visto, al contrario, empezar mas de una vez en la parte superior del canal aéreo, y consistir al principio solo en una simple laringitis. Los individuos, que se hallan en este caso, y que deben distinguirse de aquellos en quienes la laringitis sobreviene

en una época mas ó menos adelantada de la tisis pulmonar, no presentan mas que una angina, que no ofrece á primera vista gravedad, ni vá acompañada de sintoma alguno que revele la existencia de cualquiera afeccion pulmonar. Sin embargo, la voz se conserva ronca; en la laringe hay mas bien incomodidad que verdadero dolor; al cabo de un tiempo de duracion variada, la tos se reproduce por accesos mas ó menos fatigosos; la sensacion penosa, limitada primero á la laringe, se estiende sucesivamente á la traquearteria y á los bronquios; cada acceso de tos determina una especie de cosquilleo desagradable, un calor incómodo, y aun algunas veces un verdadero dolor detras del esternon: en este caso puede seguirse paso á paso en cierto modo el progreso de la flegmasia, que se estiende sucesivamente de los órganos de la deglucion y de la voz á la traquearteria, á los bronquios y á sus ramificaciones. Solo entonces adquiere un carácter mas grave la enfermedad: se trastorna la circulacion; empieza á alterarse la nutricion, y bien pronto no puede dudarse que han principiado á desarrollarse los tubérculos en el parenquima pulmonar.

Observando atentamente esta sucesion de fenómenos, nos hallamos inclinados á pensar, que en tales casos la produccion de los tubérculos es consecutiva á la flegmasia que ha atacado sucesivamente la membrana mucosa de la laringe, de la traquearteria y de los bronquios.

En otros individuos la inflamacion mucosa no afecta, si podemos usar esta espresion, un curso descendente: la laringe se conserva sana, y solo se nota una simple bronquitis. A esta, lo mismo que á la laringitis, de que acabamos de ocuparnos, no acompaña ningun sintoma grave en el principio; pero despues que ha persistido algun tiempo, sea por no haberla tratado convenientemente, sea porque haya resistido al tratamiento mas racional, como sucede por lo regular, la respiracion que se habia conservado libre, se hace fatigosa, se establece un ligero movimiento febril, disminuye la gordura, y todo anuncia la existencia de tubérculos pulmonares. En este caso tambien parece que los tubérculos se desarrollan consecutivamente á la bronquitis. Pero no debe perderse de vista que, para que una iullamacion de la mucosa aérea sea seguida de la produccion de tubérculos pulmonares, hay que admitir necesariamente una predisposicion, pues solo esta puede esplicar por qué en unos basta la mas ligera bronquitis para producir tubérculos, al paso que en otros no sobreviene la tisis, á consecuencia del catarro pulmonar mas inveterado é intenso. ¿En qué consiste pues dicha predisposicion? Lo ignoramos absolutamente; solo sabe-

mos que es mas pronunciada bajo la influencia de cierto número de condiciones, como la juventud, la constitucion llamada escrofulosa, la habitacion en sitios húmedos, la sustraccion habitual á la influencia solar, etc. Efectivamente, en estas circunstancias reunidas, ó aisladas cada una de por sí, es cuando los tubérculos pulmonares suceden con mas frecuencia y facilidad á una bronquitis; lo que no quiere decir que algunas veces consecutivamente á la misma bronquitis, no invadan los tubérculos al pulmon, existiendo condiciones diametralmente opuestas á las enunciadas. Hemos recogido la historia de un viejo de 68 años, que durante su vida habia sido atacado varias veces de bronquitis bastante intensas, habiendo terminado todas felizmente. Este individuo gozó de buena salud hasta la edad de 66 años, en cuya época fue nuevamente atacado de un catarro, que muy ligero al principio, adquirió en poco tiempo una gravedad no comun: transecurrido próximamente un año, desde la invasion de este catarro, presentaba todos los síntomas de una tisis confirmada, y despues de algunos meses de permanencia en la Caridad, sucumbió en el último grado de marasmo. La abertura del cadáver demostró la existencia de muchos tubérculos en uno y otro pulmon. Asi pues en este viejo la predisposicion á los tubérculos, que no existió en su juventud, se desarrolló en la época en que suele terminar.

No siempre se desarrolla la tisis pulmonar á consecuencia de la primera ó segunda bronquitis. Hay sugetos que durante mucho tiempo, y aun muchos años, contraen bronquitis con mucha facilidad, y en ellos apenas termina una de tales inflamaciones, empieza otra bajo la influencia de la causa mas lijera. Los que de este modo estan sujetos por un tiempo mas ó menos largo á contraer catarros, dehen dividirse en dos clases con relacion á los síntomas que acompañan á su enfermedad, ó que persisten en los intervalos. En la primera clase colocaremos á los que á pesar de la frecuencia con que son afectados de bronquitis, conservan un buen estado de salud; no tienen dificultad particular para respirar, y no sufren alteraciones de la nutricion propiamente dicha: sin embargo, llega una época en que se determina una nueva bronquitis mas intensa y larga que las precedentes; entonces empieza á desarreglarse la salud por la primera vez; la inflamacion bronquial se prolonga indefinidamente, y al cabo de un tiempo mas ó menos largo aparecen los síntomas de la degeneracion tuberculosa de los pulmones.

En una segunda clase, distinta de la precedente, deben colocarse los individuos que, sujetos como los anteriores á con-

traer con frecuencia bronquitis, difieren de ellos notablemente por su estado valetudinario habitual, tienen lo que se llama *una constitucion delicada*. Los fatiga y pone enfermos el menor exceso; son de una gran susceptibilidad nerviosa; su pulso se acelera con frecuencia, sin que la temperatura de la piel se eleve al mismo tiempo, exceptuando las palmas de las manos, que estan mas calientes que en el estado normal. La respiracion parece libre cuando estan en quietud y no hablan; muchos afirman que no sienten ninguna disnea; pero si quieren hablar en alta voz ó sostener una conversacion animada, se ponen anhelosos con la mayor facilidad; lo mismo sucede cuando andan deprisa ó suben por un plano inclinado. Es notable que esta dificultad de respirar, tan facilmente apreciable por un observador atento, parece que no la perciben un gran número de enfermos, sea porque el hábito haga desaparecer lo que tiene de penoso para ellos, sea porque se disimulen á sí mismos un sintoma que pudiera alarmarles. ¡Cuántos enfermos se hallan en este último caso! Otros mas atentos ó mas sensibles se quejan de una dificultad de respirar mayor ó menor, continua ó intermitente, y se creen asmáticos. En fin, en todos se observa un estado de enflaquecimiento, que indica la afeccion de algun órgano mas ó menos interesante para la vida. Sin embargo, muchos individuos permanecen en tal estado valetudinario por muchos años; no interrumpen sus ocupaciones habituales; no se puede decir que están enfermos, y se hallan verdaderamente en el prodromo de la tisis. Hemos visto individuos que se han conservado en este estado intermedio entre la salud y la enfermedad desde la primera infancia hasta la edad de 30 ó 40 años, en cuya época se ha deteriorado del todo su salud, se han presentado accidentes nuevos, y han muerto tísicos.

¿En qué época empiezan á desarrollarse los tubérculos en las dos clases de individuos de que acabamos de hablar? En los primeros es probable que haya muchas bronquitis antes que se originen los tubérculos. En los segundos por el contrario, parece que se desarrollan desde el principio, y que á su presencia deben referirse los síntomas graves, que se exasperan á la aparicion de cada bronquitis, y se mitigan sin disiparse en los intervalos de los catarros. Pero estos tubérculos son poco numerosos; crecen lentamente, y pasan muchos años entre la época primitiva de su formacion, y aquella en que son bastante numerosos ó voluminosos para cambiar un simple estado valetudinario en una verdadera enfermedad.

En muchos de los casos examinados hemos podido convencernos de que los tubérculos pulmonares se han desarrollado

consecutivamente á una inflamacion de la membrana mucosa de las vías aéreas, y eran verdaderamente el producto de esta inflamacion. Pero en el último de que hemos hablado no es tan fácil de resolver la cuestion del origen de los tubérculos, y hay lugar á dudar si las bronquitis que contraen con mucha facilidad algunos sugetos son efecto ó causa de ellos; ¿no pueden estos obrar en los pulmones como cuerpos estraños, que por su presencia irriten simpálicamente la mucosa bronquial? Es necesario confesar que en tales circunstancias es muy difícil apreciar cuál es la enfermedad primitiva. Sin embargo, si en un gran número de casos no podemos dudar que el desarrollo de los tubérculos en el pulmon es consecutivo á una bronquitis, ya simple, como la acabamos de ver, ya complicada con hemorragia ó inflamacion del parenquima, como lo veremos mas adelante, la analogia debe conducirnos á admitir que cuando existen simultáneamente una bronquitis y tubérculos, sin que pueda decidirse cual de las dos afecciones ha precedido á la otra, debé la inflamacion de los bronquios haber producido como en los demas casos los tubérculos. Habría ciertamente una prueba de mucho peso contra esta manera de ver, si se hallaran tubérculos crudos y poco numerosos en los pulmones de un individuo que nunca hubiese tosido; pero para hacer valer una observacion de esta especie sería necesario probar no solo que el individuo no habia tosido pocos meses antes de su muerte, sino que desde su nacimiento no habia padecido catarro alguno. No sabemos de ninguna observacion de esta especie. Se concibe bien que despues de cesar la bronquitis que ha producido los tubérculos, estos pueden permanecer indefinidamente estacionarios. En la hipótesis contraria, en que se admite que los tubérculos preexisten á la bronquitis y la producen, se concibe con mas dificultad, cómo han podido nacer y desarrollarse sin ocasionar alguna irritacion de los bronquios, y de consiguiente la tos.

No olvidemos por otra parte, que bajo el punto de vista de los síntomas no pueden distinguirse muchas veces de una simple bronquitis las ingurjitaciones parciales de los lobulillos pulmonares (neumonias vesiculares), que hemos descrito anteriormente, y en cuyo centro hemos visto desarrollarse los tubérculos.

14. Durante el curso de la tisis pulmonar pueden sobrevenir abundante esputos de sangre, de los que nos ocuparemos mas adelante. La especie de hemotisis, de que vamos á hablar ahora, es la que en muchos individuos indica el principio de la tisis. Sintomática en muchos casos de la existencia de los

tubérculos, parece en este, por el contrario, preceder á su formacion; circunstancia bien comprendida por Morton, quien designó una de las especies de tisis con la denominacion de *pthisis ab hemoptöe*.

Entre los tísicos, cuyas observaciones hemos recogido en el hospital de la Caridad, muchos nos han referido del modo siguiente el principio de su dolencia. Siempre habian disfrutado de buena salud; su constitucion era robusta; no tosian nada antes de la hemotisis: repentinamente, y en medio de un estado de salud que hasta entonces habia sido satisfactorio, fueron acometidos de copiosos esputos de sangre: estos se suspendieron al cabo de un tiempo mas ó menos largo; pero siguió la tos, y poco á poco se manifestaron todos los síntomas de la tisis. Otros individuos, en quienes habia sobrevenido la primera hemotisis con las mismas circunstancias, no tuvieron consecuencias tan fatales: despues de cesar la sangre se suspendia la tos; y poco á poco recobraban su primitivo estado de salud; pero al cabo de algun tiempo de duracion variable, y sin catarro alguno, presentaban una segunda, y aun una tercera vez la hemotisis; y por último, en consecuencia de una de estas recaídas, habia persistido la tos, y la enfermedad degenerado en tisis.

¿ Debe admitirse, en los casos de que acabamos de hablar; que antes de la presentacion de la hemotisis existieran ya en el pulmon los tubérculos en el estado latente? Concebimos con mucha dificultad que los tubérculos, á quienes se concede el poder irritar con bastante fuerza el parenquima pulmonar ó los bronquios, para ocasionar hemotisis abundantes, hayan podido existir mucho tiempo antes de la aparicion de esta sin ocasionar ni aun la mas ligera tos. Al contrario comprendemos bien que bajo la influencia de causas mas ó menos apreciables, algunas porciones del pulmon se hagan el asiento de una congestion sanguínea (apoplejía pulmonar de Laennec), de la que resulte la produccion de la hemotisis. Si esta congestion persiste en uno ó varios puntos del pulmon, y si al mismo tiempo el individuo tiene predisposicion á los tubérculos, estos podrán producirse con facilidad, y multiplicarse con rapidez en medio de una parte, cuya nutricion se halla modificada en consecuencia de la accion patológica establecida en ella. Admitiendo esta sucesion de fenómenos se comprende la frecuencia con que todos los síntomas de la tisis pulmonar pueden ser consecuencia de la hemotisis; se penetra cómo puede prevenirse esta funesta terminacion por medio de un buen tratamiento; y se deduce, por último, que no tendrá lugar cuando el sugeto no se halle predis-

puesto. Muchos individuos han tenido en su vida una ó mas hemotisis sin haber llegado á estar tísicos.

No solo el exámen de los síntomas debe conducirnos á considerar cierto número de hemotisis, ó mas bien las lesiones orgánicas que las producen, como causa y no efecto de los tubérculos pulmonares; sino que tambien las inspecciones cada-
véricas nos proporcionan algunos hechos, que corroboran esta manera de ver: citaremos la siguiente.

III.ª OBSERVACION.

Tubérculos que tomaron origen en medio de una porción del pulmon atacada de apoplejia.

Hacia dos meses que estaba en el hospital un hombre atacado de una peritonitis crónica, sin presentar ningun fenómeno morboso por parte de los órganos de la respiracion: no tosia, y respiraba con libertad. Una mañana nos encontramos la escupidera con una gran cantidad de sangre roja y espumosa, que habia espectorado durante la noche (la vispera tuvo por primera vez disnea). Los quince dias siguientes continuó la hemotisis con mucha abundancia; en seguida disminuyó poco á poco hasta que desapareció del todo; pero el enfermo continuó tosiendo, y con dificultad de respirar. Algun tiempo despues volvió á aparecer el esputo de sangre, y el enfermo, consumido ya por la peritonitis crónica, sucumbió pronto. La abertura del cadáver manifestó en el pulmon derecho la existencia de espacios circulares ó masas de color rojo oscuro, exactamente circunscritas, y constituyendo la lesion descripta y designada por Laennec con el nombre de *apoplejia pulmonar*. Uno de estos espacios estaba sembrado de un gran número de granulaciones blanco-amarillentas, y con todos los caracteres de los tubérculos miliares en el estado naciente. Otras estaban formadas por una materia mas líquida, que parecia una gota de pus. En otras dos masas apoplécticas habia solo un corto número de estas granulaciones blancas; y por último, en otras no se percibia nada. En el resto de los dos pulmones no se descubria ninguna señal de tubérculos, al paso que habia ya una gran cantidad de ellos en el espesor de las falsas membranas del peritoneo.

¿ No hemos presenciado hasta cierto punto el origen de los tubérculos pulmonares en este individuo? Las ingurgitaciones sanguíneas parciales, de que estaba lleno el pulmon derecho, no fueron ocasionadas por ellos, pues en la mayor parte de tales ingurgitaciones no se encontró señal alguna de tubérculos. Por otra parte la existencia de estos parece estar en relacion con la de las ingurgitaciones, pues se hallaron en el centro de algunas de ellas. En este caso la formacion de los tubérculos fué consecutiva á la congestion sanguínea de los pulmones. Se desarrollaron en el pulmon donde habia un exceso de vitalidad, del mis-

mo modo que se habian presentado en el perit6neo inflamado cr6nicamente.

Son lesiones muy comunes en el caballo las ingurgitaciones sanguineas circunscritas en el pulmon, mas 6 menos parecidas 6 la infiltracion sanguinea del cerebro, tan bien descrita por M. Lallemand. En el centro de las referidas ingurgitaciones pulmonares de los caballos hemos encontrado tub6rculos en mayor 6 menor n6mero, como los que hallamos en el hombre, cuya historia acabamos de referir; y prueba de que en el caballo la formacion de los tub6rculos es tambien consecutiva 6 la ingurgitacion sanguinea, 6 lo menos en muchos casos, es el haber en un mismo pulmon muchas ingurgitaciones llenas de tub6rculos, y otras sin ellos.

Generalmente convienen todos en admitir que la hemotisis es seguida de la formacion de tub6rculos pulmonares, especialmente en los individuos d6biles y delicados, que presentan los diversos caract6res del temperamento linf6tico, y estan dispuestos 6 las escr6fulas, 6 en los que tienen el pecho mal conformado. Esta regla ofrece sus escepciones. Hemos visto mas de una vez manifestarse la existencia de los tub6rculos pulmonares 6 consecuencia de la hemotisis en individuos bien constituidos en apariencia, que tenian la piel morena, cabellos negros, y el sistema muscular muy desarrollado. Entre otros casos de esta especie citaremos el de un estudiante de medicina, dotado de una constitucion verdaderamente atl6tica.

Recien llegado de Limoges 6 Paris se entreg6 con ardor, durante un invierno rigoroso, 6 los penosos trabajos de la diseccion, y consagraba al estudio una gran parte de las noches. Hasta entonces habia disfrutado siempre de buena salud; *no se acordaba*, segun sus espresiones, *de haber tenido un resfriado*. Despues de dos meses de permanencia en Paris empez6 6 sentir un poco de disnea, que se atribuy6 6 pl6tora local de los pulmones. Hacia el tercer mes, persistiendo esta ligera disnea, y sin haber llegado 6 toser, fu6 acometido este j6ven de abundantes esputos de sangre. La hemotisis ces6 pronto; pero fu6 reemplazada por una tos seca y penosa; el enflaquecimiento progres6 r6pidamente, y termin6 los dias de este j6ven una tisis aguda, de la que parecia deberle preservar su constitucion.

15. Hay otra clase de enfermos en quienes los tub6rculos no se originan, ni de una bronquitis, ni de una hemotisis. En estos la tisis se manifiesta 6 consecuencia de una pleuro-peripneumonia, de lo que hemos citado ya anteriormente algunos casos. Aqui interesa establecer una distincion importante: en muchos enfermos todo parece anunciar la existencia de los tu-

tubérculos en los pulmones antes de la invasion de la neumonia; pero siendo poco numerosos, y haciendo progresos lentos, ocasionan solo síntomas poco graves. La tos habitual, la ligera opresion y el enflaquecimiento solo pueden servir para hacer sospechar su existencia. Por lo demas los enfermos no guardan cama, y continuan en sus ocupaciones habituales. En tal estado se apodera del parenquima pulmonar una inflamacion mas ó menos aguda, que ejerce necesariamente una influencia funesta sobre los tubérculos; favorece su multiplicacion; y apresura su reblandecimiento; de modo que durante la convalecencia de la pulmonía, la tisis, que solo podia sospecharse antes, se hace manifiesta, y conduce al enfermo al sepulcro con mas ó menos rapidez.

En otros individuos todo anuncia un perfecto estado de salud en los pulmones cuando son acometidos de una pleuro-neumonia. Se observa que es lento el alivio, y la desaparicion de los síntomas agudos de esta. El enfermo parece ya convaleciente; pero examinándole con atencion se nota que no se reparan las fuerzas; la gordura, lejos de reponerse, disminuye mas y mas; persistiendo la tos seca ó acompañada de expectoracion catarral. Son dificiles las inspiraciones profundas, y el enfermo, segun su espresion, se ahoga fácilmente. Sin embargo, en muchos casos ha desaparecido el sonido macizo, y el ruido de la expansion pulmonar ha vuelto á un estado casi natural. ¿Dónde hallaremos, pues, la causa de la demacracion del enfermo, y del conjunto de síntomas, que anuncia hallarse aun gravemente afectado el pulmon? La encontraremos en el desarrollo de los tubérculos que, mas ó menos latentes al principio, se anuncian por signos que van haciéndose mas característicos, á medida que aquellos se multiplican. Este es un caso en que la formacion de los tubérculos sigue de un modo no dudoso á un trabajo inflamatorio. Es muy notable por otra parte que en estos enfermos el desarrollo de los tubérculos no se opone á la resolucion de la flegmasia del parenquima, como lo demuestran la percusion y la auscultacion. Puede sospecharse únicamente que los tubérculos empiezan á producirse en algunos puntos donde persiste la ingurgitacion inflamatoria. Hay tambien otros enfermos, en quienes la pulmonía no se resuelve, y pasa al estado crónico: entonces continua el sonido macizo, no reaparece el ruido respiratorio habitual, ó es sustituido por la respiracion bronquial ó por diferentes estertores, y los tubérculos se desarrollan en medio del parenquima pulmonar endurecido.

Porque durante la vida ninguna señal haya anunciado la existencia de una pulmonía en un individuo, cuyos pulmones contengan tubérculos, ¿debe concluirse que estos se han desar-

rollado en medio de un parenquima exento de todo trabajo inflamatorio? Antes de responder á esta cuestion recordemos las pulmonías circunscritas, lobulares ó vesiculares, cuya existencia hemos manifestado ya muchas veces, y de las cuales es una variedad la tisis granulosa de Bayle; recordemos cuán oscuro y aun imposible es establecer el diagnóstico de estas flegmasias parciales. Ahora bien, los tubérculos pueden desarrollarse en porciones de los pulmones inflamados aisladamente de este modo; no son siempre ellos los que por su presencia ocasionan la inflamacion que existe á su alrededor, pues al lado de dichas flegmasias lobulares con formacion de tubérculos hay otros puntos inflamados de la misma manera, donde no se encuentra ninguna señal de produccion morbosa. Citaremos en particular el siguiente caso, recogido en la Caridad en los meses de febrero y marzo de 1825.

IV.ª OBSERVACION.

Síntomas de una simple inflamacion crónica de la membrana mucosa gastro-pulmonar. Pulmonía parcial con desarrollo de tubérculos en medio de ella.

Un pasamanero, de 20 años de edad, presentó á su entrada en el hospital síntomas de una doble inflamacion crónica del peritórax y de la membrana mucosa intestinal. Además, durante las seis últimas semanas de su permanencia en la Caridad, tosía y expectoró diariamente una gran cantidad de mucosidades verdosas y opacas (espútos de la bronquitis crónica.) Por otra parte, percutido el pecho, sonaba bien en toda su estension; en todos los puntos se oía el ruido respiratorio con limpieza, ó á lo mas con un estertor bronquial por intervalos; la respiracion no aparecía molesta de un modo notable; nunca tuvo hemotisis; la calentura hética y todas sus consecuencias parecían deber referirse á la afeccion abdominal, de manera que la tos se creyó causada solo por una inflamacion crónica de los bronquios. Habiendo llegado el enfermo al último grado de marasmo, se debilitó gradualmente, y murió sin agonía el día 20 de abril.

En la abertura del cadáver se hallaron reunidos entre sí los intestinos por medio de membranas falsas negruzcas, y sembradas de muchos tubérculos. La membrana mucosa del ciego estaba roja y reblandecida. Los dos pulmones presentaban, en un gran número de puntos de su estension, porciones de parenquima en el estado de reblandecimiento rojo, tanto mas notables, cuanto que el tejido pulmonar que los rodeaba no se notaba infartado, y era blanco leonado. La mas voluminosa de estas masas tenia el tamaño de dos nueces juntas; las demas por término medio tenian el de una nuez pequeña ó avellana. He aqui lo que estas pulmonías parciales presentaban sobre todo de particular: muchas estaban sembradas de granulaciones rojizas pequeñas, que podian confundirse con ganglios linfáticos muy pequeños por su color, forma y consistencia (1). En otras porciones tambien rojas y friables las granulaciones eran ó

(1) Estas eran evidentemente, como hemos dicho antes, porciones de pa-

grises en su totalidad, ó de un blanco mate en uno ó varios puntos de su estension, pero indilientemente, ya en el centro, ya en su periferia. En otras masas, que se encontraban tambien en estado de hepatizacion roja, se percibian tubérculos mejor formados en cierto modo, mas voluminosos, redondeados ú oblongos. Por último, en otros puntos se hallaban inflamadas algunas porciones del pulmon como las precedentes; pero diferian de estas en que no presentaban ninguna apariciencia de materia tuberculosa en uno ú otro grado de los que acabamos de indicar. Donde no habia neumonia no se encontraron tubérculos, escepto en un solo punto, donde en medio de un tejido muy sano habia tres ó cuatro tubérculos miliares aglomerados. Los ganglios bronquiales estaban engrosados y tuberculosos.

En los pulmones de los caballos hemos hallado muchas veces estas mismas neumonias parciales, con desarrollo de tubérculos en diversos grados en el centro de algunas, y con ausencia completa de esta produccion accidental en otras; y hemos deducido, como en el hombre, que el depósito de la materia tuberculosa en el pulmon no habia precedido á las numerosas flegmasias parciales que presentaba esta viscera.

16. En los numerosos casos en que los tubérculos invaden el parenquima pulmonar durante el curso, ó hácia la declinacion de otras enfermedades estrañas al aparato respiratorio, es muy oscuro el principio de la tisis, y se le puede desconocer por un tiempo mas ó menos largo. Estos casos sin embargo se hallan colocados en la categoría de alguno de los anteriores, pues en último resultado la aparicion de los primeros síntomas de la tisis acontece siempre despues de una simple bronquitis, de una hemotisis ó de una pleuro-neumonia. De este modo hemos visto muchas veces empezar las tisis pulmonares durante la convalecencia de gastro-enteritis mas ó menos graves. Antes de la invasion de la flegmasia intestinal no tosián los enfermos, y no habia síntoma que pudiera hacer temer en ellos la afeccion de los pulmones. Durante el curso de la afeccion abdominal unos habian presentado signos de neumonia, otros solo de bronquitis; pero en la convalecencia no recobraban las fuerzas, ni la gordura, y continuaban tosiendo. El diagnóstico de los tubérculos es entonces muy difícil, porque la tos, único síntoma local que existe con relacion al pecho, no basta para

renquima mas ingurgitadas que las que les rodeaban. De la misma manera en medio de un tejido celular inflamado se observan con frecuencia granulaciones que forman prominencia en una superficie uniformemente enrojecida, y que estan formadas, como las que nos ocupan, solo por el tejido celular mas ingurgitado y endurecido.

caracterizarlos, y la falta de fuerzas y el enflaquecimiento se consideran dependientes de la enfermedad anterior; pero por poco que dure este estado debe hacer sospechar la existencia de una lesion orgánica, y si la tos persiste ha de temerse el desarrollo de los tubérculos pulmonares. Baste decir que no se debe descuidar esta tos, ni abandonar la curacion, como se hace con mucha frecuencia, á la naturaleza. Se teme entonces emplear un tratamiento antiflogistico activo á causa de hallarse el individuo debilitado; pero su debilidad depende principalmente de la alteracion grave, que se verifica en los pulmones, y solo combatiendo esta se devuelven las fuerzas al enfermo. Una convalecencia franca nunca va acompañada de semejante estado prolongado de debilidad, y siempre es notable la rapidez con que se reponen las fuerzas y la gordura en los individuos que han estado por mucho tiempo á una dieta severa, con tal que no les quede ningun órgano afecto.

17. Entre los exantemas cutáneos agudos hay uno sobre todo en cuya consecuencia se vé aparecer mas á menudo la tisis pulmonar, y es el sarampion. La razon se concibe facilmente considerando que en esta enfermedad los bronquios son el asiento de una viva flegmasia con mas frecuencia que en las viruelas y la escarlatina. La bronquitis se manifiesta constantemente muchos dias antes que el exantema; si este, como dicen, no *sale bien*, si despues de haberse manifestado de una manera parcial ó general, desaparece prematuramente, la congestion sanguínea, que cesa de verificarse en la periferia del cuerpo, se efectua muchas veces con mas energia en la membrana mucosa de las vias aéreas; la bronquitis adquiere una intensidad cada vez mayor, y despues de haberse prolongado por un tiempo de variable estension, aparecen los síntomas de la tisis pulmonar.

En otros enfermos el sarampion recorre con regularidad todos sus periodos; pero despues que ha desaparecido, persiste la bronquitis, que le habia acompañado en su curso; el pulmon puede sufrir una congestion bastante intensa para determinar una copiosa hemotisis, y luego se llena de tubérculos en consecuencia ya de la simple bronquitis prolongada indefinidamente, ya de la espucion de sangre. Hemos observado de una manera bien notable este modo de desarrollarse la tisis pulmonar consecutivamente á un sarampion en M. B.... profesor de instruccion en un colegio de París. Habia conocido á este individuo mucho antes de la invasion del sarampion, y de consiguiente estaba convencido que no presentaba ningun sintoma que anunciase la existencia de tubérculos pulmonares. Nunca

habia tosido, ni sentido disnea, y leia mucho tiempo en voz alta sin experimentar la menor fatiga. Reinó una epidemia de sarampion en el instituto de Mr. Lanneau, donde él habitaba, y fué acometido de la enfermedad: el sarampion recorrió sus periodos con regularidad; durante su curso apareció una tos fatigosa, que persistió despues de disiparse la erupcion; sintió el paciente un poco de opresion y sensacion vaga de calor profundo, mal estar inesplicable en diversos puntos del pecho; despues sobrevino una abundante hemotisis, que se combatió con muchas sangrias, sin poderla detener, y cesó al cabo de tres semanas próximamente; pero el enfermo continuó tosiendo y enflaqueciéndose, y murió en menos de un año en el último grado de la tisis pulmonar. Este joven tenia la piel delgada y blanca, los ojos azules, las cejas largas, y las mejillas habitualmente sonrosadas. En el año, que precedió al sarampion, habia sufrido pesares profundos, y la escasez de medios le habia obligado á alimentarse mal.

En este como en otros muchos casos, que pudiéramos citar, nada induce, en mi concepto, á admitir que los tubérculos existiesen en los pulmones antes de la invasion de la erupcion: no cabe duda que se han desarrollado consecutivamente á un estado de inflamacion, ó á lo menos de congestion de la mucosa bronquial, ó del mismo parenquima del pulmon. Pero tambien debe confesarse que otras veces el sarampion, ó con mas propiedad la bronquitis y congestion pulmonar que le acompañan, se limitan á activar la degeneracion tuberculosa, que se estaba verificando en los pulmones antes de la invasion del exantema. Tal degeneracion se anuncia por una reunion de sintomas locales ó generales mas ó menos pronunciados; camina con lentitud, y egerce poca ó ninguna influencia en la nutricion propiamente dicha. Si en tal estado sobreviene el sarampion, no se desarrolla en general sino de un modo imperfecto; parece que la primitiva accion patológica establecida en el pulmon se opone á que la accion nueva, que debe obrar sobre la piel, se verifique completamente. Pero desde este momento se multiplican los tubérculos, se reblandecen con rapidez; de manera que una tisis pulmonar que persistia mucho tiempo sin producir sintomas graves, puede hallarse transformada repentinamente en una verdadera enfermedad aguda. No, repetiremos, pues, con muchos autores que las erupciones cutáneas agudas, y en especial el sarampion, deben considerarse como enfermedades, que egercen una influencia muchas veces favorable en la tisis pulmonar, á causa de la especie de revulsion que determinan. No conozco ningun hecho bien observado, que pue-

da autorizar este modo de ver. Es cierto que he visto una vez un derrame pleurítico, que se había resistido por mucho tiempo á todos los medios empleados, reabsorberse prontamente, al mismo tiempo que se estableció una erupción variolosa; pero no es este el caso de que nos ocupamos.

18. Hay pocas enfermedades crónicas que durante su curso no se hayan visto complicadas con tubérculos pulmonares. Es muy difícil de apreciar entonces la época en que estos empiezan á desarrollarse, pues los síntomas locales pueden en el principio reducirse á una simple tos, que nada tiene de característica, y además los síntomas de demacración se refieren naturalmente á la afección crónica primitiva.

19. De la reunión de los hechos precedentes resulta que la tisis no empieza en todos los individuos con la misma forma. ¿Pero cualquiera que sea este principio, el primer origen de la formación de los tubérculos es siempre una inflamación, propiamente dicha, ó un trabajo análogo, que solo difiere en la mayor ó menor intensidad, tal como la congestión sanguínea activa, la irritación, etc.? Respecto de esto nos enseña la observación que en el mayor número de casos la aparición de los tubérculos es precedida de la simple inflamación de los bronquios, sin que el parénquima pulmonar parezca hallarse inflamado en una grande extensión, de modo que pueda apreciarse por la auscultación y percusión; otras veces suceden á una congestión sanguínea pulmonar, cuyo síntoma es una hemotisis mas ó menos abundante: por último, otras se forman consecutivamente á una inflamación del mismo parénquima del pulmón, á una verdadera pleuro-neumonía general ó lobular. Esto no se opone á que establecidos los tubérculos bajo la influencia de cualquiera de dichas afecciones, las reproduzcan ellos mismos á su vez á causa de la irritación simpática, que determina su presencia en el parénquima pulmonar. Puede, por ejemplo, demostrarse facilmente (véase el artículo acerca de los signos deducidos de la percusión y auscultación) que la hepaticización del parénquima en un ródio prolongado, desde el punto donde existe el tubérculo, es mas frecuentemente consecuencia que causa de la formación de este; lo mismo acontece con la hemotisis, y puede decirse de cada uno de los fenómenos, que son á la vez causa y efecto.

20. Por último, ¿hay algunos casos en que pueda demostrarse que la formación de los tubérculos pulmonares no ha sido precedida de ninguna irritación, congestión ó inflamación de los bronquios, ni del parénquima pulmonar? Ya hemos dicho lo que debe pensarse de las observaciones en que se ha asegu-

rado hallarse tubérculos pulmonares en sujetos que nunca habían ofrecido la menor irritación por parte de los pulmones. Es muy posible sin duda que muchos de estos no hayan tenido nunca ni inflamación del parenquima del pulmón apreciable por los síntomas, ni aun bronquitis intensa. ¿Pero no existen irritaciones latentes en el pulmón como en los demás parenquimas, en la mucosa bronquial como en los demás tejidos membranosos? ¿En cuántas circunstancias y bajo la influencia de cuántas causas no fijan su asiento en el pulmón congestiones sanguíneas notables, sin que por otra parte produzcan un estado verdadero de enfermedad actual? ¿En los individuos predispuestos á la modificación de la nutrición, que constituye los tubérculos, estas irritaciones, estas congestiones, por pequeña que sea su intensidad, no podrán determinar la secreción de la materia tuberculosa? ¿Esteriormente no se desarrolla del mismo modo en los ganglios linfáticos dicha materia, precediéndola la ingurgitación y la hipertrofia de aquellos? ¿No pueden formarse de esta manera en algunos sujetos ciertos abscesos, sin que preceda ninguna señal de inflamación, de suerte que no se perciba la formación del pus, sino cuando exista la colección bajo la piel? En este caso no se duda en considerar el absceso como resultado de una flegmasia, porque en la inmensa mayoría de los casos la aparición del pus es precedida evidentemente de una inflamación; pues el mismo razonamiento puede aplicarse á la cuestión del desarrollo de los tubérculos pulmonares. En resumen, yo no creo que los tubérculos sean siempre consecuencia de una verdadera inflamación; pero me parece que puede admitirse que son producto la mayor parte de las veces manifiesto, y pocas latente, de un trabajo que difiere de la inflamación, propiamente dicha, no por su naturaleza, sino por su grado, por decirlo así. Sin duda en teoría es fácil establecer una línea de demarcación entre lo que se llama congestión sanguínea activa é inflamación. Pero examinense los síntomas que producen una y otra; estúdiense las lesiones que imprimen á nuestros órganos, y será necesario confesar que si en algunos casos pueden distinguirse con facilidad una de otra, en el mayor número es imposible separarlas, de suerte que la congestión y la inflamación parecen ser tan solo diversos grados de un mismo modo de acción patológica. ¿Pero si la inflamación ó un estado análogo es la causa de los tubérculos, por qué no los produce en todos los individuos? Esta cuestión puede reducirse á la siguiente: ¿Por qué la inflamación se termina ya por induración, ya por supuración, ya por gangrena? ¿Por qué la flegmasia de las serosas dá lugar á productos, que pueden ó no

organizarse? ¿Por qué las flegmasías de las mucosas determinan en unos casos ulceraciones, que pueden estenderse en superficie y profundidad, y en otros vejaciones? ¿Por qué las mismas membranas se induran en unos, se reblandecen en otros, etc.? Las mismas dificultades hay para concebir cómo estas diversas alteraciones son producto de la flegmasía, que para explicar cómo de ella se originan los tubérculos. Si consultamos á los síntomas veremos que faltan completamente los signos de inflamación, tanto para muchas de las espresadas alteraciones, como para los tubérculos: en este caso se hallan cierto número de adherencias de las membranas serosas, de vejaciones y ulceraciones de las mucosas, etc. Si la observacion conduce á admitir muchas especies de inflamaciones, no solo con relacion á su naturaleza, sino tambien respecto de sus resultados, como así lo habia ejecutado Hunter cuando dividia la inflamacion en adhesiva, ulcerativa, supurativa, etc., la analogia mas severa debe conducirnos á admitir una especie de inflamacion ú otra manera de padecer que no difiera de ella sino en el mas ó en el menos, y cuyo resultado sea la formacion de la materia llamada tuberculosa. (Véase en el cap. 1.º lo que se ha dicho acerca de la naturaleza de esta misma materia).

Aqui como en otra porcion de casos es preciso admitir una predisposicion, sin la cual no se forman los tubérculos, al paso que si existe en alto grado el mas ligero desórden en la accion nutritiva habitual de un individuo, bastará para producirlos (1). ¿Qué es por otra parte esta predisposicion? Nosotros no podemos apreciarla de un modo aproximado sino en cierto número de casos.

21. La mala conformacion del pecho, con especialidad la pequenez de su diámetro transversal, y sobre todo del antero-posterior, se ha considerado como singular predisponente á la tisis. La exactitud de este aserto se halla comprobada con muchas observaciones; ademas es fácil explicar cómo en un pecho estrecho nacen con facilidad los tubérculos pulmonares. En la época de la pubertad, á consecuencia de las relaciones, que unen el desarrollo del aparato generador con el del respiratorio, los pulmones deben adquirir en poco tiempo un gran volumen, y las paredes torácicas seguir este incremento. Si esto no sucede; si al mismo tiempo que los pulmones tienden á agrandarse, su

(1) Hemos dicho en una nota precedente que este desarreglo de la nutricion ó secrecion puede existir, y dar lugar á la formacion de los tubérculos, sin que sea necesario que preceda la inflamacion.

caja huesosa no adquiere una capacidad proporcionada; las vesículas pulmonares se dilatarán imperfectamente para recibir el aire; la sangre atravesará con alguna dificultad los diferentes vasos del pulmón, y el acto de la hematosis se efectuará de un modo incompleto; de lo que resultará desde luego, como consecuencia inmediata, fatiga habitual, y disposición á los aneurismas de las cavidades derechas del corazón. La fatiga será mayor cuando acuda mas cantidad de sangre en un tiempo dado al parenquima pulmonar bajo la influencia de cualquiera causa, como una emoción moral, un ejercicio excesivo, una irritación bronquial, etc. En la estrechez del pecho reside entonces una causa mecánica que se opone á que la dilatación se verifique en proporción de la mayor cantidad de sangre que afluye á los pulmones. ¿Quién no sabe que entonces tienden á verificarse en el parenquima pulmonar congestiones generales ó parciales, de las que resulta la modificación en la nutrición del parenquima, y la formación de los tubérculos por poco predisuesto que se halle el individuo?

Admitimos pues como un hecho de observación, y que puede esplicar la fisiología, que la estrechez del pecho en uno ó muchos de sus diámetros predispone á la tisis. Este hecho se halla comprobado con mil observaciones; pero lo que no debe olvidarse, y la experiencia nos revela tambien muchas veces, es que los tubérculos pulmonares se presentan ademas muchas veces en individuos de pecho ancho, bien conformado, y cuyos músculos vigorosos pueden dilatarle con energía.

22. En resumen, los hechos consignados en este artículo tienden á comprobar las opiniones emitidas en el capítulo primero; nos manifiestan siempre á los tubérculos como un producto de secreción, al que precede muchas veces un trabajo de hiperemia muy vario bajo el triple aspecto de su asiento, intensidad y estension. De las varias combinaciones de estas tres condiciones puede resultar: unas veces que la hiperemia que precede á la secreción tuberculosa sea apreciable á la vez por los síntomas y por la abertura de los cadáveres (apoplejía pulmonar, p'euro-neumonia); otras que esta hiperemia no sea apreciable sino por uno solo de dichos medios de investigación (bronquitis por los síntomas; neumonia lobular, vesicular, granulaciones de Bayle, inflamación del tejido celular interlobular por la autopsia cadavérica), y otras veces que ni los síntomas ni la autopsia manifiesten ninguna congestión antecedente (tubérculos crudos encontrados en medio de un parenquima sano en individuos muertos de una afección estraña al aparato respiratorio, y en los que nunca se ha anunciado por síntoma al-

gundo el estado morbozo de los pulmones ó de los bronquios), deberá entonces admitirse que un fenómeno, cuya causa es evidente en nueve casos, será producido en el décimo por esta misma causa, aunque no tan manifiesta?

ARTICULO II.

SÍNTOMAS QUE ACOMPAÑAN A LOS TUBERCULOS PULMONARES EN LOS DIVERSOS PERIODOS DE SU EXISTENCIA.

23. Los síntomas que por lo general se observan en los tísicos pueden dividirse en tres clases. A la primera pertenecen los que dependen directamente de la presencia en el parenquima pulmonar de los tubérculos en diversos grados; tales son la disnea, la tos, la expectoracion mucosa, purulenta y sanguinolenta, y algunos signos deducidos de la percusion y auscultacion. A la segunda clase podemos referir los síntomas, que dependen de la alteracion simpática, que sufren varias funciones consecutivamente al desarrollo de los tubérculos pulmonares, como la calentura, el marasmo, etc. Por último, en la tercera clase se comprenden los síntomas que resultan de las diversas enfermedades, que pueden complicar la afeccion tuberculosa de los pulmones, bien tengan tales enfermedades intercurrentes su asiento en el pulmon ó sus dependencias, bien en otros órganos. Hemos creido deber indicar aqui esta triple distincion, aunque no podamos sujetarnos á ella en la descripcion que hemos de hacer, por parecernos más interesante esponer las numerosas modificaciones que un mismo síntoma puede sufrir, segun las diversas condiciones morbosas de que acabamos de hablar. Por ejemplo, la disnea, que resulta solo de la presencia de los tubérculos en el pulmon, puede aumentarse notablemente por ciertas complicaciones como una neumonia ó una pleuresia intercurrente, y aun por una enfermedad del corazon. La calentura hética, que pertenece á la tisis pulmonar, puede estar modificada de un modo particular en su tipo, intensidad, etc. por otras afecciones que sobrevengan en los diversos periodos de la enfermedad principal.

§. I.

De los signos deducidos de la percusion y auscultacion.

24. La percusion del pecho no dá el mismo resultado en todos los individuos que tienen tubérculos pulmonares. En este

punto existen numerosas variedades, que es importante conocer.

25. En los pulmones pueden existir muchos tubérculos en el estado de crudeza ó reblandecidos, y estos mismos tubérculos pueden dar lugar á todos los síntomas de la tisis en el segundo y aun en el tercer grado, sin que el sonido resultante de la percusion de las paredes del pecho haya sufrido ningun cambio. Esta conservacion perfecta de la sonoridad del pecho en los tísicos se observa siempre que el parenquima pulmonar permanece en su estado sano al rededor de los tubérculos crudos ó reblandecidos. Como ya hemos observado semejantes casos no son raros, y en tales circunstancias es claro que la percusion no es de ninguna utilidad para reconocer la existencia de los tubérculos.

26. No solo conserva el pecho percutido en muchos enfermos el sonido claro que existe en el estado normal, sino que algunas veces la sonoridad de las paredes torácicas es realmente mayor que en un individuo cuyos pulmones no sean tuberculosos. Hace mucho tiempo que M. Lermnier ha hecho observar á los que siguen su visita el singular aumento de sonoridad que presenta el pecho en mas de un tísico. Algunas veces el sonido es tan claro que pudiera inclinarse á creer la existencia de un gas en la cavidad de la pleura, esto es, de un neumotorax. Dicho aumento de sonoridad parece presentarse sobre todo en dos circunstancias: 1.º cuando á consecuencia de la fusion de un tubérculo existe en un punto de los pulmones una gran cavidad, en la que penetra el aire con libertad por uno ó mas tubos bronquiales abiertos en ella, y cuyas paredes segregan poco líquido, de modo que en ella hay mucho mas gas que pus: 2.º aunque no haya una cavidad, que sirva de receptáculo á una gran masa de fluido elástico, puede existir este mismo aumento de sonoridad en los casos en que un gran número de vesículas pulmonares ha sufrido una notable dilatacion, resultando un enfisema pulmonar mas ó menos estenso.

En el primer caso el aumento de sonoridad es parcial. Regularmente existe debajo de una de las clavículas, entre este hueso y la tétilla, en un espacio mas ó menos circunscrito. Tambien puede observarse en otros puntos: nosotros la hemos comprobado, por ejemplo, mas de una vez en el hueco de la axila percutido comparativamente con el del otro lado, en la fosa supra espina, y mas rara vez en la infra-espina. Se concibe como principio general que el aumento parcial de sonoridad de que nos ocupamos, debe hallarse en los sitios donde se forman con mas frecuencia las cavernas. Por otra parte puede

acontecer que explorando muchos dias consecutivos no se presente constantemente este fenómeno. Cesa cuando la cavidad, cuya presencia indicaba, se llena de liquido; reaparece á medida que este se evacua, y persiste ó se disipa de nuevo segun los estados alternativos y mas ó menos prolongados de vacuidad ó plenitud de la escavacion tuberculosa.

En el segundo caso, es decir, cuando el aumento de la sonoridad depende de que es mayor la dilatacion de las vesículas pulmonares, puede ser dicha lesion parcial como en el caso precedente: asi sucede cuando la dilatacion de las vesículas existe en una pequeña estension. Puede ser tambien general, lo que acontece cuando hay muchos tubérculos diseminados en la totalidad del parenquima pulmonar, y entre ellos se hallan dilatadas un gran número de vesículas aéreas. La dilatacion de estas vesículas las permite recibir en un tiempo dado mayor cantidad de aire que en el estado normal; de lo que resulta de un modo mecánico el aumento de sonoridad de las paredes torácicas en los puntos correspondientes. De aqui el establecimiento de una especie de respiracion supletoria, que esplica lo poco considerable que es la disnea en muchos tísicos, á pesar de hallarse plegadas, comprimidas, obliteradas é invadidas por los tubérculos un gran número de vesículas pulmonares. ¡Maravillosa compensacion, de que nos ofrece otros muchos ejemplos la economía en el estado de salud y en el de enfermedad! De este modo se agrandan y dilatan las arteriolas de un miembro, cuando la sangre no puede penetrar por la arteria principal. Asi tambien, cuando atrofiado ó desorganizado uno de los riñones es inhábil para segregar la orina, vemos á su congénere adquirir un volúmen preternatural.

En el caso en que los dos lados del pecho no ofrecen el mismo sonido, se concibe que algunas veces será difícil decidir si hay en realidad aumento de sonoridad en uno, ó si parece mas sonoro porque el otro haya perdido el sonido claro del estado normal, aunque no le ofrezca del todo macizo. Unicamente la consideracion de los demas signos puede conducirnos á formar un juicio exacto.

Hay por otra parte una circunstancia que en un gran número de tísicos puede hacer admitir la existencia de este aumento de sonoridad del pecho, la estremada flacura. Los músculos que cubren las paredes torácicas están tan atrofiados que con frecuencia solo constituyen una capa delgada entre la piel y las costillas; en cuyo estado percucido el pecho dá siempre un sonido mas claro que cuando le cubren músculos gruesos. Esta es á mi parecer la causa mas frecuente de la notable sonoridad,

que en muchos tísicos presentan las paredes torácicas. En cuanto á la primera causa, que consiste en el aumento de capacidad de las vesículas, puede muchas veces suponerse, mas bien que demostrarse de un modo evidente.

27. La disminución de sonoridad de las paredes torácicas se presenta en los tísicos en tres circunstancias principales: 1.º cuando en una parte mas ó menos estensa del pulmon se hallan tan multiplicados los tubérculos que se tocan y confunden, haciendo desaparecer el parenquima pulmonar: 2.º cuando la misma sustancia del pulmon está inflamada y endurecida al rededor de los tubérculos: 3.º cuando en la pleura se verifica un derrame de líquido.

El sonido macizo producido por la primera de estas causas, es mas raro que el resultante de la segunda. Ocupémonos de este especialmente. Hemos visto antes que la inflamacion de las porciones de la sustancia pulmonar que rodea á los tubérculos puede preceder á estos; pero por lo regular la induracion de una parte del pulmon en la periferia de dichos cuerpos no se forma sino cuando estos son ya muy numerosos y reblandecidos, ó se hallan sustituidos por cavernas. Este hecho importante puede demostrarse rigurosamente por medio de la percusion. Con efecto, percutido el pecho en los primeros periodos de la tisis, ofrece en todos lados un sonido claro, aunque existan ya tubérculos numerosos en los pulmones: lo contrario es una escepcion. En esta época pues hay induracion del parenquima pulmonar, no queriendo decir por esto que en el mismo punto donde se ha desarrollado el tubérculo, ó en alguna de las porciones del lóbulo, que lo rodean, no haya la ingurgitacion circunscrita en el grado que constituye las granulaciones de Bayle. Mas adelante, á medida que la enfermedad hace progresos, y sobre todo cuando la auscultacion anuncia la existencia de cavernas mas ó menos estensas, la percusion presenta un sonido macizo en diversos puntos, y principalmente al rededor de dichas cavernas. Siendo estas mas comunes, del mismo modo que los tubérculos á que suceden, en los lóbulos superiores, existirá principalmente el sonido *macizo* en los puntos de las paredes torácicas correspondientes á los mismos lóbulos, á saber: debajo de las clavículas, entre estas y las mamas, en el hueco de las axilas, en las fosas supra-espinas, y en la parte mas alta de las infra-espinas.

28. M. Martinet (*Revue medicale*, 1823) ha llamado la atencion sobre una notable variedad del sonido, que presenta el pecho percutido en los puntos donde existe una cavidad, que contiene á la vez líquidos y gases. Este hábil observador dice que

en tal caso la percusion daba un sonido semejante al producido por el ligero contacto de dos metales, un verdadero *retintin metálico*. No hemos podido hallar este sonido sino en tres tísicos (1), y en todos ellos existía una caverna donde el sonido presentaba el *retintin*. Por otra parte no parece que este fenómeno tenga relaciones ni con la estension de las cavernas, ni con el grueso ni consistencia de sus paredes. No hemos podido descubrir la condicion orgánica, que favorece su produccion.

29. En casos en que la percusion no indica la existencia de escavacion tuberculosa, la simple aplicacion de la mano en las paredes torácicas sirve para marcar el sitio donde se halla, con tanta seguridad como la que presta en seguida la auscultacion. Palpando sucesivamente diferentes puntos de las paredes del pecho, sucederá alguna vez, que en muchos de estos puntos, á cada palabra, que hable el enfermo, se perciba en la estremidad de los dedos un estremecimiento, que suba mas ó menos á lo largo de los dedos y de la palma de la mano. La sensacion, que en tal caso reciben los dedos, puede ser exactamente comparada á la producida por el contacto de un hi'o metálico en vibracion. Poco intenso el estremecimiento de que hablamos, es un fenómeno fisiológico, que acontece en muchos individuos, cuya voz es fuerte y sonora; pero si es muy fuerte, bastante intenso, por ejemplo, para ocasionar en la pulpa de los dedos una sensacion verdaderamente penosa, y si ademas no es de igual intensidad en los puntos correspondientes de los dos lados del pecho, debe considerarse como un fenómeno patológico. Debajo de la clavícula puede apreciarse principalmente la desigualdad de intensidad de la especie de vibracion, que se comunica á los dedos aplicados sobre el pecho, mientras hablan los enfermos.

En muchos casos en que este estremecimiento vibratorio existia en alto grado solo debajo de una de las clavículas, hemos podido asegurar que anunciaba la existencia de escavaciones mas ó menos considerables, rodeadas de un parenquima pulmonar endurecido. A nuestro parecer esta condicion es mas esencial, para producir el fenómeno de que hablamos, que la mayor ó menor estension de las cavernas. Cuando hay solo induracion del parenquima pulmonar sin escavacion, el sentimiento de vibracion cesa de percibirse enteramente, al paso que se sigue percibiendo en los puntos donde el aire ocupa to-

(1) Despues de escrito esto he hallado muchas veces el *retintin metálico* donde habia cavernas.

davía las vesículas pulmonares. La ausencia de vibraciones en un lado del pecho, basta muchas veces para reconocer, antes de practicar la percusión y auscultación, la existencia de una neumonía ó de un derrame pleurítico en el mismo lado.

30. En el día está reconocido que la aplicación del oído á las paredes torácicas, con objeto de percibir los diferentes sonidos ó ruidos, que pueden producirse en los pulmones, proporciona signos mas numerosos y variados que los deducidos de la percusión ó de la simple aplicación de la pulpa de los dedos en el pecho. Sin embargo, falta mucho para que la auscultación deba considerarse en la tisis pulmonar como guía suficiente é infalible. En efecto, pueden existir un gran número de tubérculos en el parenquima del pulmón, y aun estar en parte reblandecidos, sin que la auscultación nos manifieste absolutamente su existencia; si nos atuviéramos en tales casos solo á los datos, que ella nos proporcionara, podría tenerse por pulmón sano al que estuviera tuberculoso. En otras ocasiones, aunque la auscultación proporcione algunos signos, estos no son tan característicos, que por ellos solos pueda anunciarse la existencia de los tubérculos pulmonares. ¿Deberá decirse por esto que el descubrimiento del método de la auscultación ha aclarado poco el diagnóstico de la tisis? No comprendería nuestro pensamiento, el que dedujera tal conclusión de lo que acabamos de decir. En una multitud de casos la auscultación hace mas preciso y riguroso el diagnóstico; pues por ella puede designarse, mejor que por ningún otro medio, la extensión, el asiento y el grado de alteración del órgano respiratorio. Mas de una vez ha servido para descubrir escavaciones tuberculosas en enfermos, que parecían atacados solo de bronquitis poco intensa, ó á lo mas de tubérculos crudos y poco numerosos. Pero es muy importante penetrarse de que no debe nunca concederse á la auscultación una confianza esclusiva, para establecer cualquier diagnóstico ó pronóstico en los enfermos amenazados de tisis pulmonar; ciertamente es fácil cometer los mas graves errores, no teniendo en consideración los demas signos.

31. Cuando existen tubérculos en los pulmones, cualquiera que sea su número y su estado, pueden anunciarse por diversas modificaciones del ruido respiratorio, por la existencia de diferentes estertores, ó por la resonancia particular, que presenta la voz en uno ó muchos puntos del pecho.

32. Laennec ha descrito bien el ruido *sui generis*, que se percibe á cada inspiración, aplicando el oído sobre el pecho de un individuo sano. Este ruido, que en el primer tomo de esta obra hemos designado con el nombre de ruido de *expansion pul-*

monar, ó de respiracion vesicular, puede continuar presentándose en muchos tísicos como en el estado sano; otras veces es mas débil; otras tiene mayor intensidad; además puede ser limpio, ó hallarse mas ó menos combinado con un estertor. Estudiemos estas diversas variedades, que se hallan en relacion con los diferentes estados de los mismos tubérculos, ó con las varias disposiciones, que afectan los pulmones alrededor de ellos.

33. Hay casos, y no pocos, en que el ruido de expansion pulmonar no parece haber aumentado ni disminuido notablemente de intensidad; conserva al mismo tiempo su limpieza, y en una palabra, existe como en los individuos, que disfrutan de la mejor salud. Por otra parte, en ningun punto se oye estertor ni pectoriloquia. En tales circunstancias no puede sospecharse por la auscultacion sola la existencia de una afeccion del pulmon. Sin embargo, los demás signos parecen anunciar la presencia de tubérculos en este órgano: así es que el enfermo se halla atormentado de una tos seca y pertinaz; tiene hemotisis frecuentes; su respiracion es corta y acelerada; el enflaquecimiento hace rápidos progresos; por las tardes se acelera el pulso; la piel se pone ardorosa, y empiezan á presentarse sudores parciales ó generales. En estos casos, aun cuando no ofrezcan ningun dato la percusion y auscultacion, ¿qué práctico dudará en reconocer el primer grado de la tisis pulmonar? Si en tal época muere el enfermo por una afeccion intercurrente, se hallarán en efecto tubérculos en el pulmon. Pero estos tubérculos no son numerosos, no están reblandecidos, y los rodea un parénquima sano, segun lo hemos visto muchas veces. No dudamos, pues, en concluir en presencia de tales hechos, que la auscultacion es importante para revelar la existencia de los tubérculos, al principio de ciertas tisis pulmonares.

En algunos casos raros existe gran número de tubérculos, y muchos reblandecidos, y los enfermos mueren por la afeccion del pulmon, oyéndose poco antes de la muerte el ruido de expansion pulmonar, como en el estado normal, mezclado solo por lo comun con estertores bronquiales húmedos, como el que existe en el mas ligero catarro pulmonar.

Con frecuencia, al paso que en un lado la auscultacion hace reconocer de un modo manifiesto la existencia de tubérculos, en el otro se percibe solo la respiracion vesicular del estado normal. Segun lo que acabamos de decir, esto no prueba que el último se halle exento de tubérculos; lo único que indicará, es que los tiene menos numerosos, menos adelantados en su desarrollo, que los rodea un tejido sano, y por último que los

bronquios de este lado, poco inflamados, segregan corta cantidad de líquido, de lo que resulta la ausencia de estertor.

34. En otros enfermos el ruido de expansión pulmonar no es el del estado normal; es más débil ó más fuerte.

35. La disminución de intensidad del ruido respiratorio no puede apreciarse bien sino cuando es parcial. En efecto, en muchos individuos, que disfrutaban de buena salud, no percibe el oído, aplicado á las paredes torácicas, sino un ruido respiratorio ligero, y apenas perceptible. Hay sujetos, que no le ofrecen sensiblemente más fuerte, ni aun en las más profundas inspiraciones. Debemos guardarnos de tomar por un estado patológico tal ausencia casi completa del ruido respiratorio. Por el contrario, la debilidad general y uniforme de este ruido indica por lo regular un estado muy sano de los pulmones. No sucede lo mismo cuando la debilidad del ruido de expansión pulmonar no es igual en los puntos, que corresponden á los dos lados, como por ejemplo, debajo de una y otra clavícula. En enfermos, en quienes uno de los pulmones contenía en su vértice muchos tubérculos miliares tan aglomerados, que apenas se distinguía entre ellos el parenquima pulmonar, no ha ofrecido la auscultación otro signo sino la notable disminución del ruido respiratorio en el lado en que se hallaban, y en muchos casos de esta especie la sonoridad de las paredes torácicas nos pareció estar sensiblemente disminuida. También hemos comprobado la debilidad, y aun ausencia del espresado ruido, en puntos en que después de la muerte hemos hallado tubérculos diseminados en mayor ó menor número, en medio de un parenquima pulmonar muy endurecido y del todo impermeable al aire. En dichos puntos había ausencia de la respiración, y el sonido era macizo. Estos hechos pueden comprobarse sobre todo auscultando y percutiendo comparativamente la porción del torax, situada debajo de las clavículas en cierto número de tísieos.

La disminución de intensidad del ruido respiratorio, ó su ausencia completa en un espacio más ó menos dilatado, no puede considerarse en ningún caso como un signo patognomónico de los tubérculos; pues este fenómeno puede producirse en muchas ocasiones sin que los haya, v. gr., en una neumonía crónica simple, en un derrame pleurítico parcial, en un neumotorax ó enfisema pulmonar. Aun cuando existan tubérculos, parece que solo el menor número de casos son causa principal de la disminución ó ausencia del ruido respiratorio, siendo este fenómeno debido más bien á la induración pulmonar, que hay alrededor de ellos.

Al mismo tiempo que la presencia de cierto número de tu-

bérculos, en un punto del pulmon, disminuye en donde existen la intensidad del ruido de expansion pulmonar, puede observarse un ruido mayor que el habitual al tiempo de la espiracion. Esta, que por lo regular se verifica sin ruido alguno, vá acompañada en tal caso de uno mayor que el que coincide con el movimiento de inspiracion. Fácilmente se comprende la razon de semejante fenómeno.

36. Por último, en un gran número de tísicos, aunque se conserve solo el ruido de expansion pulmonar, presenta mayor intensidad que en el estado normal. Este aumento de intensidad basta para denotar un estado patológico, porque prueba que hay algun obstáculo, que se opone, bien á la libre entrada del aire en las vesículas aéreas, bien á la libre circulacion de la sangre en los vasos, que entran ó salen de los pulmones. Este es el único fenómeno insólito, que ofrece muchas veces la auscultacion en individuos, que presentan síntomas de una tisis pulmonar incipiente, ó adelantada hasta cierto grado, y en cuyos pulmones se hallan efectivamente despues de la muerte muchos tubérculos. En estos enfermos se oye el ruido de expansion pulmonar con una facilidad y pureza, que pudiera inducir á error á observadores poco egercitados, y conducirlos á mirar la especie de ruido respiratorio que oyen, como el tipo de una buena respiracion.

El aumento de intensidad del ruido respiratorio, de que tratamos, coincide con una gran sonoridad de las paredes torácicas, y anuncia que alrededor de los tubérculos el parenquima pulmonar conserva el estado sano en una gran estension. Sucede con frecuencia que en un pulmon se manifiesta el ruido respiratorio fuerte y puro, al paso que en el otro el ruido natural de la respiracion es reemplazado por algunos estertores. No debe concluirse que no haya tubérculos en el lado, en que la respiracion se ha conservado limpia, sino que los rodea un parenquima sano, y que si acaso están reblandecidos, no comunican con tubos bronquiales gruesos. Por otra parte puede haber inflamacion circunscrita del parenquima alrededor de muchos tubérculos, y sin embargo conservar el ruido respiratorio toda su fuerza y pureza; esto mismo sucede en las neumonias parciales, que existen en el centro del pulmon, ó que siendo poco estensas, no se conocen fácilmente por la auscultacion (1).

(1) Véase el tomo I.

En este último caso, en especial, se hallaba un joven de veinte años, que atacado de una peritonitis crónica, no presentó durante su permanencia en el hospital mas sintoma por parte del pecho, que una expectoracion catarral. Percutido el torax sonaba bien en todas partes. Auscultado, la respiracion se oía en todos los puntos con fuerza y claridad; solo en algunos, y de cuando en cuando, se oscurecía por un estertor mucoso, resultado evidente de una acumulacion momentánea de mucosidades en algun ramo bronquial. Al abrir el cadáver, los dos pulmones presentaron en diversos sitios, distantes de su periferia, masas rojizas, duras, impermeables al aire (induracion roja), contrastando por su color y dureza con las partes que las rodeaban, de un blanco amarillento y nada ingurgitado (lo cual hacia mas sensible la distincion entre las partes sanas y enfermas.) Las mayores de estas masas eran como un huevo, las medianas como una haba, las mas pequeñas como un guisante grueso. Contenian un gran número de tubérculos miliares, de los que apenas habia tres ó cuatro en el parenquima pulmonar sano. Ademas habia señales de peritonitis crónica con desarrollo de muchos tubérculos en las falsas membranas, que unian entre sí las circunvoluciones intestinales.

Si estos tubérculos pulmonares se hubiesen desarrollado en un sugeto, que no padeciera al mismo tiempo una afeccion mas grave, hubieran probablemente dado lugar á síntomas mas pronunciados; pues en patología es una ley constante que, cuando se desarrollan dos afecciones crónicas, la mas intensa enmascara y aun hace desaparecer los síntomas de la otra. Tambien con mucha frecuencia se atribuyen á la primera una parte de los fenómenos, en cuya produccion puede influir del mismo modo la segunda. Pero aun en el caso de que los tubérculos pulmonares sean la única afeccion, cuya existencia se haya sospechado por la persistencia de la tos unida á otros síntomas locales ó generales, la auscultacion no nos proporcionará mas datos, y de consiguiente no se conocerán los tubérculos por medio de ella. En efecto, el solo aumento de intensidad del ruido respiratorio, anuncia, segun nuestro dictamen, una lesion de los órganos respiratorios; pero puede depender de una porcion de alteraciones diferentes de estos órganos. Tambien es posible que se manifieste hallándose los pulmones sanos, y dependa entonces de una enfermedad, que tenga su asiento en el corazon ó en la aorta.

Por otra parte, es claro que el aumento de intensidad del ruido respiratorio, del mismo modo que la mayor sonoridad de las paredes torácicas, depende, en el caso que nos ocupa, de la respiracion supletoria, que se establece cuando el aire cesa de penetrar con libertad en una porcion mayor ó menor de los pulmones.

37. Hasta ahora nos hemos ocupado solo de la modificacion

de intensidad del ruido respiratorio; pero este ruido no solo aumenta y disminuye en los tísicos, sino que muchas veces cambia de naturaleza. Aplicando el oído al pecho, se oye entrar el aire á cada instante sin mezcla alguna de estertor; pero el ruido que se percibe difiere notablemente del que resulta de la libre entrada de dicho fluido en las vesículas del pulmón; el sonido de expansión pulmonar es reemplazado por otros, que no pueden confundirse con aquel, y que anuncian, ya que el aire no penetra mas allá de algunos tubos bronquiales de cierto volumen, ya que entra en una cavidad mas ó menos estensa vacía de líquido.

El primer fenómeno se observa en cierto número de tísicos, cuyos pulmones se hallan endurecidos en una gran estension, y es el mismo que se nota en muchos casos de pulmonías agudas, y que por razon de su asiento hemos designado en otro lugar con el nombre de *respiracion bronquial*. (Tomo I.) Solo anuncia la impermeabilidad del tejido del pulmón, y no puede servir para descubrir la existencia de los tubérculos.

El segundo fenómeno es mas característico. Acontece cuando hay una cavidad establecida en un punto del tejido del pulmón, próximo á la periferia del órgano, y que conteniendo poco ó ningun líquido, está en comunicacion con un bronquio grueso, al través del que penetra el aire con fuerza y en gran cantidad á la vez. La anatomía patológica nos enseña que semejante cavidad no puede existir, salvo algunos casos muy raros, sino como resultado del reblandecimiento de la materia tuberculosa; y de la misma manera que hemos llamado, por razon de su asiento, *respiracion bronquial* al ruido que se oye cuando el pulmón hepatizado no permite que el aire penetre mas allá de los bronquios gruesos, designaremos la especie de modificacion del ruido respiratorio de que nos ocupamos, con el nombre de *respiracion cavernosa*. Es una especie de exageracion de la respiracion bronquial. Cada movimiento inspiratorio determina en un punto circunscrito, como un soplo fuerte, análogo al que se determinaria dirigiendo el aire á un vaso cerrado; este ruido se percibe por lo regular debajo de la clavícula, y en el hueco de la axila. No puede existir sino en tanto que la cavidad donde sucede semejante fenómeno se halla casi vacía de líquido; cuando falta esta condicion se reemplaza la respiracion cavernosa con el estertor mucoso. De aqui resulta, que en algunos individuos se presenta solo por intervalos, cada vez que la cavidad donde acontece, se vacía del líquido que contenia. En otros existe siempre, y entonces debe pensarse que se encuentra habitualmente poco líquido segregado por las pa-

redes de la escavacion. Se oirá, por ejemplo, cuando dichas paredes, en el caso de tender á la cicatrizacion, se tapizan por una membrana cartilaginosa.

Hay una sola enfermedad, la dilatacion de los bronquios, en que puede oirse una especie de respiracion cavernosa. Pero seria necesario que la dilatacion fuese muy grande para que resultase un soplo tan pronunciado como el producido por la entrada del aire en una escavacion tuberculosa (1).

Este soplo puede adquirir su máximum de intensidad cuando el tejido pulmonar, que está alrededor de la cavidad donde se produce, ha sufrido una induracion considerable. Entonces es cuando se oye mejor la pectoriloquia.

38. En un gran número de tísicos no conserva su pureza el ruido respiratorio, sea vesicular, sea bronquial, sea cavernoso. Con frecuencia le reemplazan diversos estertores, producto de la mezcla del aire con el líquido contenido en los bronquios ó en las escavaciones tuberculosas.

Es muy variable la naturaleza de los estertores que se oyen en el pecho de los tísicos, lo que se explica por suceder la mayor parte de ellos en los bronquios, y depender sus diferencias de la cantidad y calidad del líquido que contengan, del lugar que ocupe en las divisiones del árbol bronquial, y del estado de engrosamiento, ulceracion ó desorganizacion en que se encuentre la membrana mucosa de las vías aéreas.

A nuestro parecer no acontece, en una escavacion tuberculosa, ningun estertor que no pueda hallarse tambien en los bronquios. Por ejemplo, hemos oido un verdadero gorgoteo análogo al que ofrecen las cavernas estensas, en tísicos cuyos pulmones no presentaron despues de la muerte sino cavidades pequeñas, que no eran susceptibles de dar lugar á este fenómeno, que se verificaba en los bronquios. Tambien le he oido en individuos, cuyos pulmones no tenian tubérculos, y que solo padecian una bronquitis crónica.

De estos hechos se infiere que el estertor conocido con el nombre de *gorgoteo*, no puede considerarse con preferencia á los demas como signo patognomónico de la tisis pulmonar. Debe observarse sin embargo que siempre que uno de los pulmones contiene mas tubérculos que el otro, el estertor es

(1) Véanse en el tomo primero algunos casos de dilatacion de los bronquios, en los que uno de los sintomas mas notables, era un soplo particular que se oia en cada inspiracion.

por lo regular mas pronunciado en el lado, en que los tubérculos son mas numerosos; esto depende solo de que en el referido lado hay una bronquitis mas intensa, y en tal caso el estertor es un signo, que no carece de importancia para revelar el asiento principal de los tubérculos, si bien es claro que no es causado por ellos. Observaremos ademas, que si en un punto determinado del pecho, donde suelen existir las cavernas, debajo de las clavículas, v. gr., se oye constantemente un estertor mas ó menos análogo al gorgoteo, se podrá inferir que acontece en una caverna, si la presencia de los demas signos anuncia la existencia de una tisis pulmonar. Pero entonces es claro que el diagnóstico se apoya solo en un cálculo de probabilidades, fundadas en que un individuo, que presenta todas las señales de una tisis ya adelantada, es probable tenga escavaciones en el vértice de los pulmones. Esto es tan cierto, que si se oye un estertor absolutamente semejante en una gran estension de la parte posterior del torax, lo que no es raro, cesaremos de considerarlo como indicio de una caverna, y se referirá con motivo á una acumulacion de mucosidades en los bronquios: repetimos, sin embargo, que la sensacion percibida es la misma; nosotros somos los que la interpretamos de diversa manera.

No es la única especie de estertor que se oye en los tísicos este gorgoteo. Muchas veces se oye tambien un simple estertor mucoso, que parece ser solo un grado menor de él, ó un estertor crepitante, que no difiere del precedente sino por parecer que tiene lugar en los bronquios de menor calibre, ó en las vesículas pulmonares, como ya hemos dicho antes en el volumen anterior. Aun algunas veces no es bien distinto ninguno de estos estertores; auscultando el pecho se reconoce que en uno ó muchos puntos, á veces en toda la estension de un pulmon, y aun de los dos, el ruido respiratorio no es puro; parece como que al llegar el aire á los bronquios pequeños no puede penetrar en ellos sino con trabajo; si respira entonces el enfermo con mas profundidad, se oye un estertor crepitante y mucoso; en tales casos se creeria que es necesario un esfuerzo por parte de los enfermos, para que el aire penetre en los ramillos bronquiales al través de un líquido viscoso y espeso, que los obstruye. Estos diferentes estertores ocupan por lo regular los bronquios; á veces, sin embargo, parece que se verifican en escavaciones tuberculosas pequeñas; pero nunca pueden servir para saber con certidumbre que estas existen.

39. La resonancia particular de la voz, que constituye la pectoriloquia, es el tercer signo que proporciona la auscultacion para conocer la existencia de la tisis cuando llega hasta cierto

grado. Este fenómeno ha sido tan bien descrito por Laennec, que respecto de su descripción no haremos mas que remitir á la obra de este ilustre observador.

¿Pero qué indica este signo, y qué confianza debemos concederle?

Nos apresuramos á confesar que en los sitios donde hay escavacion tuberculosa resuena la voz muchas veces, de modo que se produce el fenómeno pectoriloquia; pero tambien es cierto que en muchos casos puede haber estensas cavernas sin que haya tal pectoriloquia. Asi es que, aunque este fenómeno indique la presencia de escavaciones tuberculosas, si falta, no debe concluirse que no existen. ¿En qué consiste que habiendo dos escavaciones del mismo tamaño, y situadas en el mismo punto, en la una sea muy manifiesta la pectoriloquia, y en la otra no suceda? Puede pensarse que ejercen una influencia sobre la producción mas ó menos evidente de este fenómeno la naturaleza y cantidad del líquido contenido en la caverna, y el modo que tienen los bronquios de abrirse en ella. Tambien puede contribuir poderosamente á la mayor ó menor dificultad en la formación de la pectoriloquia el estado del parenquima pulmonar al rededor de la escavacion tuberculosa. Nos parece haber comprobado que la pectoriloquia es muy marcada cuando hay induración considerable al rededor de la caverna; circunstancia fácil de reconocer, durante la vida, por la existencia del sonido macizo. Cuando no hay induración no parece presentarse la pectoriloquia, sino en los casos en que la escavacion es superficial; al contrario cuando la hay se oye, aunque la caverna esté distante del punto donde se aplica el estetoscopio: en tal caso el fenómeno pectoriloquia parece producirse mas bien en la parte indurada del parenquima situada entre la escavacion y las paredes torácicas, que en la misma escavacion. En tales circunstancias una pequeña escavacion puede dar lugar á una pectoriloquia de las mas considerables. Asi, por ejemplo, en un tísico, en quien habíamos oído perfectamente la pectoriloquia debajo de la clavícula derecha, encontramos una induración negra muy pronunciada de todo el lóbulo superior del pulmon derecho con mezcla de numerosos tubérculos miliares; solo en la parte posterior del parenquima, que correspondía al ángulo de las costillas, descubrimos una escavacion, en la que apenas cabia una nuez. No debe olvidarse que sin que haya señales de escavacion tuberculosa, por el solo hecho de la existencia de una induración considerable del parenquima pulmonar, la voz puede presentar muchas veces una resonancia, que se aproxima mas ó menos á la pectoriloquia perfecta; entonces sucede la broncofonía, se-

gun la espresion de Laennec. Siendo, pues, cierto que estos diversos fenómenos no se diferencian sino por graduaciones, se concibe que tienden á confundirse, de modo que no los puede distinguir sino un oido muy ejercitado.

40. En resúmen, de nuestras investigaciones sobre la auscultacion relativamente á su grado de utilidad en el diagnóstico de la tisis pulmonar creemos deben deducirse los siguientes colorarios.

1.º Hay casos en que la auscultacion no puede ilustrarnos en manera alguna acerca de la existencia de los tubérculos. Esto es lo que acontece cuando se hallan aun en el estado de crudeza, y muchas veces cuando estan reblandecidos sin constituir grandes cavidades. Puede sobrevenir la muerte por los mismos tubérculos antes que la auscultacion haya revelado su existencia, no siendo raros los casos de esta especie.

2.º Hay circunstancias en que la auscultacion proporciona solo signos dudosos, y que por sí mismos serian insuficientes para dar certidumbre de la existencia de los tubérculos en el pulmón; pero que pueden adquirir cierto valor cuando se reúnen á otros signos: tales son un gran número de estertores y muchas modificaciones del ruido respiratorio y de la voz. Entre el número de estos signos dudosos merecen colocarse los que deben su valor al lugar que ocupan y á su constancia, tal es el gorgoteo cuando se halla continuamente por mucho tiempo debajo de las clavículas, ó en el hueco de la axila. Por otra parte el gorgoteo no es un signo patognomónico de la existencia de una escavacion tuberculosa, pues que le hemos observado en los puntos donde despues de la muerte no hemos encontrado ninguna cavidad accidental, y donde no podia producirse sino en bronquios llenos de líquido (38). Hace poco que hemos comprobado la existencia de este fenómeno en el grado mas elevado en toda la parte posterior derecha del pecho de una jóven, en la que no se halló mas lesion que una hepatizacion roja del tejido pulmonar; por otra parte la enferma habia presentado durante la vida los síntomas de una pleuro-neumonia aguda.

3.º Los dos únicos signos patognomónicos, que segun nuestro parecer proporciona la auscultacion, son: por una parte la pectoriloquia CUANDO ES BIEN EVIDENTE; y por otra un soplando particular que se oye durante la inspiracion en el lado en que se percibe la pectoriloquia (36). Este soplando puede ser continuo, ó alternar con un gorgoteo mas ó menos pronunciado.

4.º Solo cuando el parenquima pulmonar está lleno de cavernas es cuando la auscultacion puede proporcionar datos positivos acerca de la existencia de los tubérculos, y aun entonces

no los suministra siempre. Antes de esta época no sirve sino para formar probabilidades que pueden adquirir mayor ó menor peso en razon á las circunstancias concomitantes, y contribuir por este medio á la aclaracion del diagnóstico.

§. II.

Signos proporcionados por la respiracion.

40. Al parecer la afeccion tuberculosa de los pulmones debiera ser la que mas trastorno produjera en el ejercicio de la respiracion despues de la pleuro-neumonia aguda y de la simple pleuresia con derrame; sin embargo no es asi, y es una circunstancia de las mas notables en la historia de la tisis la facilidad con que se verifica esta funcion en individuos, que tienen muchas veces impermeables al aire los dos tercios ó mas de sus pulmones. Puede establecerse como principio general que exceptuando algunos casos de flegmasias agudas del pulmon ó de la pleura, las enfermedades del corazon afectan mas la respiracion que las del aparato pulmonar.

42. Hemos visto ya que la ligera dificultad de respirar es un fenómeno que se presenta en muchos individuos antes que los síntomas bien pronunciados de la tisis pulmonar. Es probable que la disnea poco considerable, que molesta habitualmente á estos sujetos, dependa muchas veces de la presencia de algunos tubérculos en el pulmon; pero tambien puede ser ocasionada por la congestion sanguínea, que en algunos se verifica en los órganos de la respiracion con intervalos mas ó menos largos, del mismo modo que en otros tiene lugar en el cerebro. Esta simple congestion puede ocasionar hemotisis mas ó menos frecuentes, y ademas ser considerada tal vez con justicia como causa de los tubérculos que se desarrollan en adelante. Hemos tenido ocasion de abrir los cadáveres de individuos que se hallaban en una y otra condicion: habian muerto de afecciones extrañas al aparato pulmonar, y se habian quejado hacia mucho tiempo de fatigarse con facilidad. En los unos la disnea era habitual, en los otros se manifestaba con intervalos. Ya nos explicaron la disnea algunos tubérculos esparcidos en los pulmones, que por lo demas estaban sanos; ya no encontramos ninguna alteracion apreciable, ni en los pulmones, ni en el canal aéreo, y no pudimos darnos razon de la disnea, sino por la existencia de congestiones sanguíneas periódicas en los pulmones. ¿ En los casos en que se hallaron tubérculos en los pul-

mones, la disnea dependia de la interceptacion del aire en los puntos que ocupaban, ó de la congestion sanguinea, que debian producir á su alrededor? A nosotros nos parece mas probable la última opinion. ¿No es por medio de una congestion semejante como los tubérculos desarrollados en el cerebro producen con frecuencia, y de un modo periódico, convulsiones ú otros síntomas nerviosos?

Sea como quiera es cierto que en muchos tísicos se presenta la dificultad de respirar en una época, en que ningun accidente hace sospechar la existencia de un fenómeno pulmonar. Hay sugetos, por ejemplo, que no empiezan á toser hasta la edad de 25 ó 30 años, y aseguran que han sido cortos de aliento desde su mas tierna infancia, no habiéndolo dado importancia por la misma razon de ser habitual en ellos.

43. Al paso que en los enfermos, de que acabamos de hablar, la disnea precede mucho tiempo á la aparicion de la tisis, en otros la respiracion se conserva libre, aunque se observen síntomas no dudosos de tubérculos pulmonares; á lo menos cuando guardan quietud no se quejan de disnea, y muchos, aunque hablen y anden bastante tiempo, no se fatigan. Insistimos en esta circunstancia para que al establecer el diagnóstico de la tisis no se dé una importancia esclusiva á la mayor ó menor dificultad de respirar. No sorprenderá ciertamente que los tubérculos pulmonares, aunque numerosos, ocasionen tan poca disnea, cuando veamos muchos casos, que citamos al hablar de la pleuresia, en los que hemos visto andar, correr, acostarse en todas posiciones, y entregarse á los trabajos mas fatigosos individuos, que tenian un gran derrame en uno de los lados del torax. Lo que siempre puede decirse es que en la mayoria de los individuos, que tienen tubérculos en los pulmones, la respiracion es mas ó menos corta, y no pueden muchas veces ejecutarse las inspiraciones profundas; cuando el enfermo quiere hacerlas siente un obstáculo invencible, que se opone á la libre entrada del aire en el parenquima pulmonar. Algunas personas perciben hasta el sitio donde el aire no puede penetrar con libertad; dicen que no respiran en tal ó cual punto de los pulmones. La disnea, muchas veces inapreciable para el enfermo en estado de reposo, se hace bien manifiesta cuando quiere entregarse á cualquier ejercicio, y en una época mas adelantada de la enfermedad hasta por el simple cambio de posicion en la cama. Sin embargo, esta disnea llega rara vez á adquirir tal intensidad que impida el decúbito horizontal en la cama. No hay necesidad de decir que debe aumentarse á proporcion que se multiplican los tubérculos. Algunas circunstancias ejercen una influencia

notable en su aumento ó reaparicion, y entre ellas se encuentran todas las que pueden modificar de un modo activo la accion del sistema nervioso.

Una mujer que habia llegado á un grado muy adelantado de tisis (existian cavernas en el pulmon) recibe la visita de un pariente que, para obligarla á hacer testamento, la hace entrever que no está lejana su muerte. Hasta aquel momento no habia tenido disnea notable, é inmediatamente despues de la visita de que acabamos de hablar, la respiracion se hace cada vez mas difícil, y pasa la noche en un estado de ortopnea. Por la mañana la encontramos con una asfixia incipiente: se la hizo, á pesar de hallarse héctica, una sangria abundante, y se la cubrieron las extremidades con sinapismos. En el mismo día disminuyó la dificultad de respirar; se hizo de nuevo posible el decúbito horizontal, y al día siguiente la respiracion se verificaba casi con la misma facilidad que habitualmente.

Sobrevino este estado pasagero de sofocacion, esta especie de acceso de asma tan inmediatamente á la viva emocion que debió experimentar la enferma, que debemos atribuirle al trastorno del sistema nervioso. Con efecto, es una gran ley patológica que cuando la accion de dicho sistema se altera de un modo pasagero en un individuo, que tiene enfermo un órgano, este es el que recibe principalmente la influencia del trastorno momentáneo del sistema. En las enfermedades del estómago, del hígado, del útero y sus anexos, del cerebro mismo, del pulmon y sus dependencias es donde se observa con especialidad esta ley. Si la mujer, cuya historia acabamos de referir, hubiera padecido una gastritis crónica con síntomas poco pronunciados, se hubiera reflejado en el estómago el trastorno de las funciones del cerebro; el epigastrio habitualmente indolente se hubiera puesto dolorido; habrian sobrevenido vómitos, etc.: si la misma enferma hubiera tenido una afeccion del útero, el resultado probable de la emocion habria sido una metrorragia mas ó menos copiosa; si hubiera padecido una apoplejia antigua, podría haberse presentado un nuevo ataque, etc. Pero se encontraba gravemente afectado el pulmon, y en virtud de la ley establecida se alteraron las funciones de este órgano. ¿En este caso la disnea fué resultado de una congestion sanguínea considerable, que se verificó repentinamente en el pulmon, de una especie de apoplejia pulmonar? No puede tenerse certidumbre, porque la disnea se disipó sin hemotisis. En otro individuo que se halla en un periodo menos adelantado de tisis que el precedente, en el que ni aun puede apenas sospecharse la existencia de los tubérculos pulmonares, hemos visto aparecer en dos épocas diferentes esputos de sangre en consecuencia de emociones

morales. En él no puede ponerse en duda la producción de congestiones sanguíneas en el pulmón por la influencia nerviosa.

La ingestión de los alimentos en el estómago es otra circunstancia, que en algunos tísicos produce dificultad notable de respirar. Unos sienten esta dificultad en el momento en que la sustancia alimenticia llega á la cavidad del estómago; otros cuando empieza el trabajo de quimificación, y por último, otros después de más tiempo, en la época en que puede presumirse que el quilo formado empieza á mezclarse con la sangre. ¿Cómo explicar estas diferencias en individuos que por otra parte parecen colocados en las mismas circunstancias? ¿Cómo explicar por qué en otros tísicos no producen ningún aumento notable de disnea los diversos periodos de la digestión? Que se explique, si se quiere, por la distinta actividad de las simpatías, con tal que no se pierda de vista que esta palabra empleada con mucha frecuencia no sirve repetidas veces sino para ocultar nuestra ignorancia. En este caso, como en otras muchas circunstancias, nos vemos obligados á reconocer que una misma enfermedad se presenta en cada uno de los individuos con síntomas más ó menos variados, sin que muchas veces podamos darnos razón convincente de esta notable inconstancia de los fenómenos morbosos, cuando por otra parte parece ser absolutamente la misma la causa orgánica, que se puede apreciar materialmente.

45. En las mujeres atacadas de tubérculos pulmonares se distingue algunas veces la época de la menstruación por un considerable aumento de fatiga, bien continúe verificándose este flujo, bien haya cesado. En el caso de supresión de las reglas, si la mujer está al mismo tiempo pálida, clorótica, y por otra parte son poco pronunciados aun los síntomas de la tisis pulmonar, puede desconocerse absolutamente la causa de la disnea. Se presta una atención secundaria á la tos seca ó húmeda y poco intensa que existe hace más ó menos tiempo; ningún otro síntoma local revela la existencia de los tubérculos pulmonares; el enflaquecimiento, la palidez del rostro se creen ligados á la supresión del flujo menstrual, y de esta misma supresión se hace depender la disnea periódica. Pronto aparecen síntomas más evidentes de la afección pulmonar: entonces la dificultad de respirar es habitual, graduándose un poco más en cada periodo menstrual. ¿Puede desde esta época desconocerse su verdadera causa? ¿Pueden dejarse de referir estas exacerbaciones periódicas de la disnea á la congestión sanguínea que se efectúa todos los meses al rededor de los tubérculos, tendiendo á atraer hacia ellos la fluxión, que en el estado natural debe verificarse en el útero? En los casos de esta especie la afección pul-

monar es un revulsivo muy poderoso para poder prometerse que se restablezca el curso de las reglas. Sin embargo, pudiera esperarse disminuir y aun hacer cesar la disnea periódica de que nos ocupamos, provocando todos los meses una emisión sanguínea artificial hácia las partes genitales. Con tal método puede llenarse una doble indicación: 1.º disminuir un accidente muy penoso para los enfermos: 2.º oponer un obstáculo al curso de los tubérculos, cuyo número debe aumentarse por la congestión sanguínea periódica, á que parece en cierto modo haberse habituado el parenquima pulmonar.

46. La mayor ó menor rapidez, con que se desarrollan los tubérculos pulmonares, es una circunstancia que influye notablemente en el estado de la respiración. En los individuos en que la enfermedad hace progresos lentos, la respiración se halla generalmente poco embarazada, ejecutándose con menos libertad si los tubérculos se multiplican y reblandecen con rapidez. Por último, cuando la tisis pulmonar afecta un curso agudo, cuando en un corto espacio de tiempo se llenan de tubérculos los dos pulmones, la dificultad de respirar puede ser el síntoma mas notable, y una de las causas directas de la pronta muerte de los enfermos. Entonces pueden presentarse dos casos: ó formarse cavernas en poco tiempo en el parenquima pulmonar, y en tal circunstancia la gran disnea coincide con los síntomas ordinarios de la tisis, ó multiplicarse los tubérculos con rapidez y sin reblandecerse, pudiendo conservarse sano á su alrededor el parenquima pulmonar: en tal estado de cosas la auscultación y la percusión no ofrecen ningun dato; la expectoración no presenta nada característico, y el trastorno en la circulación no acontece en la forma de la calentura héctica ordinaria de los tísicos. No queda pues otro síntoma local de los tubérculos pulmonares mas que la gran dificultad de respirar; pero por lo mismo que no se observa por lo regular en los tísicos una gran disnea, y que no se encuentra la reunión de síntomas que en la mayor parte de enfermos designa la consunción pulmonar, es fácil desconocerla. En muchos casos de esta especie, á falta de lesión local apreciable durante la vida, se ha creído en la existencia de un asma espasmódico ó nervioso. Otras veces la aparición simultánea de algunas palpitaciones del corazón ha debido conducir naturalmente á los observadores á referir los síntomas que notaban á una afección orgánica de este último órgano. La siguiente observación (1) nos manifestará un caso en que tan

(1) Redactada por el doctor M. Thibert, discípulo interno antiguo de la Caridad.

solo se anunció el desarrollo de los tubérculos pulmonares por una sofocacion cada vez mayor, por una especie de asma agudo.

V.ª OBSERVACION.

Desarrollo muy rápido de los tubérculos pulmonares, produciendo el estado de sofocacion de las enfermedades del corazon.

Un estudiante de medicina, que habitualmente disfrutaba de buena salud, fué atacado á la mitad de marzo de 1822 de alguna disnea, con varios síntomas de plétora. En seguida se presentó diarrea, que cesó á los pocos dias con aumento de disnea y plenitud del pulso; se le aconsejó hiciese ejercicios violentos para disminuir la plétora á que se achacaban los accidentes experimentados por el enfermo. El 29 de marzo y siguientes tubo hemotisis, y en seguida calentura, tos y ortopnea desproporcionada á la pequeña intensidad del catarro pulmonar; latidos del corazon fuertes y estensos (*sanguiuélas al ano el 3 de abril*). El 4 cesó la hemotisis, se aumentó la opresion, y los labios se pusieron violados. Del 4 al 10 de abril el enfermo presentó, excepto la infiltracion, todos los síntomas que anuncian una enfermedad del corazon; murió en el estado de sofocacion que caracteriza esta especie de enfermedad. Las muchas sangrías y los revulsivos, á que se acudió, produjeron solo un alivio momentáneo. La abertura del cadáver no ofreció mas lesion que tubérculos muy pequeños desarrollados en innumerable cantidad en los dos pulmones, y rodeados de un tejido crepitante perfectamente sano.

Apenas transcurrieron treinta dias entre la aparicion de los primeros síntomas nerviosos y la muerte. ¿Se admitirá que los tubérculos pulmonares existian antes del mes de marzo, y se considerará como independiente de aquellos, como fenómeno nervioso la disnea, durante cuyo progreso murió el enfermo? Hasta entonces nada habia podido hacer sospechar la existencia de los tubérculos; y cuando la anatomía descubre una causa material de enfermedad y de muerte, me parece poco filosófico pretender sustituirle otra causa que á lo mas puede ser probable y congetural. No repugna admitir que en menos de un mes se hayan podido llenar los dos pulmones de tan gran número de tubérculos. En menos tiempo he visto cubrirse la piel de una multitud de tubérculos pequeños cancerosos en un individuo que padecía una afeccion comatosa interna. Diariamente se ven reproducirse con mas rapidez los enormes tumores cancerosos que han sido estirpados. Admitida la posibilidad de este rápido desarrollo de los tubérculos pulmonares, se concibe como en razon de ser tan repentino no deja habituar en cierto modo á su presencia al parenquima pulmonar. De aqui la disnea, cuya intensidad siempre creciente, produce en fin la

muerte por asfixia. Del mismo modo que hay una gran diferencia, con relacion á los síntomas locales y generales entre un derrame pleurítico cuyo incremento se hace con lentitud, y otro menos considerable que se verifica con rapidez, en los tísicos, en que la mayor parte del tejido pulmonar es impermeable al aire, la respiracion se halla menos dificultada que en los individuos que, padeciendo una pulmonía aguda, no tienen hepatizada sino una pequeña parte de uno solo de los pulmones. No nos detendremos mas acerca de este objeto, del que nos ocuparemos otra vez al tratar del curso de la tisis.

47. Por último, el estado respiratorio en los tísicos se modifica con mas frecuencia y energia que por ninguna de las circunstancias precedentes, por varias afecciones del pulmon ó sus dependencias que complican los tubérculos pulmonares. Por ejemplo, si en los tísicos, cuya respiracion se halla habitualmente poco alterada, se aceleran de repente los movimientos inspiratorios, al mismo tiempo que se aumenta la calentura, es de temer que el parenquima del pulmon esté inflamado de un modo agudo al rededor de la ingurgitacion tuberculosa. Un tratamiento antilogístico, cuya actividad debe ser proporcionada al estado del enfermo, hace cesar esta flegmasia intercurrente, y volver la respiracion á su primer estado. Otras veces no cede la pulmonía, pasa al estado crónico, y la disnea, que habia producido en su estado agudo, cesa casi tan completamente como si hubiera terminado por resolucion. Ciertamente es notable que la induracion, consecuencia de la inflamacion crónica, que por lo regular existe al rededor de los tubérculos en cierta época de la tisis, no dé lugar á mas disnea que la que se nota cuando los tubérculos están rodeados de tegido permeable alaire.

Las adherencias celulosas íntimas, que en los tísicos unen con tanta frecuencia las pleuras costal y pulmonar, parece que no ejercen ninguna influencia en el estado de mayor ó menor libertad de la respiracion.

Los derrames de las pleuras, menos frecuentes que las adherencias en esta clase de enfermos, se anuncian por lo regular por un aumento notable de disnea.

Hay tísicos en quienes, aunque no haya induracion considerable del parenquima pulmonar, ni derrame en las pleuras, es habitualmente mas difícil la respiracion que en otros, cuyo órgano pulmonar y sus dependencias parecen hallarse casi con las mismas condiciones. A estos les fatiga mucho el hablar; por lo regular no pueden acostarse horizontalmente, so pena de ahogarse, y al mismo tiempo presentan disposicion al abultamiento de la cara y á la infiltracion de los miembros. La causa de esta

disnea particular no existe solo en el aparato respiratorio; anuncia la complicación de una afección orgánica del corazón que, ó bien preexistía á los tubérculos pulmonares, ó bien se ha desarrollado consecutivamente. (Véase mas adelante el artículo de las complicaciones de la tisis).

48. Se sabe generalmente que en los individuos que tienen un derrame considerable en uno de los lados del torax, este permanece inmóvil durante la inspiración. En la tisis pulmonar se observa un fenómeno aun mas notable: la inmovilidad ó menor dilatación cuando menos de una parte mas ó menos estensa de uno de los lados del torax, que es precisamente aquella en que los tubérculos se hallan aglomerados en mayor número. Esta inmovilidad mas ó menos completa de una parte de las paredes torácicas es evidente sobre todo en algunos tísicos debajo de una de las clavículas, entre este hueso y la tetilla. Regularmente no coincide semejante fenómeno con la existencia de estensas escavaciones tuberculosas, sino mas bien con la de una pulmonía crónica formada, ora al rededor de tubérculos crudos mas ó menos numerosos y ora al rededor de cavernas pequeñas. Es decir que la inmovilidad parcial de las costillas coincide por lo general con el sonido macizo. Las costillas, que han perdido su movimiento ordinario, ejecutan otro mas débil, y en el sitio que corresponde á ellas las paredes torácicas parecen deprimidas, pero esta depresión es solo aparente; depende de la falta de dilatación, y debe distinguirse de la depresión real, que se observa á veces, cuando hay una caverna cicatrizada. En este caso se hunden las costillas para seguir al pulmón que se deprime, del mismo modo que varían de forma en consecuencia de un derrame pleurítico reabsorbido, cuando alguna circunstancia ha impedido al pulmón que vuelva á adquirir su primitivo volúmen.

Tal inmovilidad de las costillas no carece de interés bajo el punto de vista fisiológico. ¿No probará que dichos huesos pueden en la respiración moverse independientemente unos de otros, y que no tienen esclusivamente un movimiento comun? Si las costillas inferiores, como hemos visto muchas veces en los tísicos, pueden moverse cuando permanecen inmóviles las superiores, visto es que los músculos intercostales son susceptibles de tomar una parte activa en el acto de la inspiración independientemente de la acción de los escalenos, que no negamos en el estado ordinario. Por lo que respecta á la de los músculos escalenos como inspiradores, la hemos reconocido perfectamente repetidas veces en algunos tísicos muy flacos cuya respiración era fatigosa.

En los individuos robustos y en el estado de reposo físico y moral las costillas se mueven de un modo poco sensible en el acto de cada inspiracion. En los tísicos al contrario, aun en aquellos, en que parece hallarse mas libre la inspiracion, se vé á las costillas elevarse de un modo muy manifesto en cada movimiento inspiratorio; la manera de respirar del hombre se hace semeiante á la de la mujer; pero lo que en esta es fisiológico, en aquel es patológico, y se halla enlazado con una alteracion incipiente del tejido pulmonar.

49. Hasta ahora no hemos considerado la respiracion en los tísicos sino bajo un punto de vista mecánico en cierto modo; hemos visto acelerarse los movimientos respiratorios en razon directa de los obstáculos que encuentra el aire para penetrar con igual facilidad en todas las vesículas pulmonares, como si para establecer una especie de compensacion, las partes que han permanecido sanas y permeables debieran recibir en exceso la cantidad de aire que no admiten las porciones de pulmon llenas de tubérculos ó hepatizadas. Pero la respiracion no consiste solo en el doble movimiento por el que el aire entra y sale en el pulmon; la esencia de esta funcion es la trasformacion de la sangre venosa en arterial. Considerada respecto de esto la respiracion de los tísicos sufre alteraciones mas importantes de conocer y de apreciar que el desarreglo de los fenómenos mecánicos; y es notable que el trastorno de estos no se halla siempre en relacion con el de los fenómenos químicos y vitales de la respiracion. Con efecto, hemos visto casos en que habia poca disnea, á pesar de encontrarse una gran parte del parenquima pulmonar invadido por una inflamacion crónica é impermeable al aire, y otros al contrario en que la disnea era mucho mayor, aunque los pulmones no tuvieran sino tubérculos miliares mas ó menos numerosos, rodeados de parenquima permeable. Hemos explicado estas diferencias por el distinto curso de la enfermedad; la influencia del hábito no es ciertamente menor en ciertos actos de la vida de nutricion que en los de la vida de relacion. Ademas debe observarse que cuanto menos aire penetre en un pulmon endurecido en parte, menos sangre debe formarse realmente; de modo que se establece una especie de compensacion, y puede acontecer en ciertos casos que la cantidad de aire introducida en los pulmones esté casi en relacion con la de sangre que tiene que vivificar.

Los dos efectos principales que deben resultar de la impermeabilidad de una parte del parenquima pulmonar son relativos á la sangre que le atraviesa: 1.º el paso de esta al través del pulmon puede hallarse embarazado; y 2.º su trasformacion de

sangre venosa en arterial puede ser incompleta. De esta doble modificacion, que experimenta la sangre en su circulacion y naturaleza al pasar por el pulmon, resultan ciertos fenómenos morbosos que deben fijar nuestra atencion por un instante.

Bichat ha demostrado que los obstáculos mecánicos que se oponen al curso de la sangre en las diversas partes del cuerpo, y en los pulmones en particular, son en menos número y de menor fuerza que se hubiera podido creer antes de los experimentos de este inmortal fisiólogo.

Sin embargo, en los pulmones son reales dichos obstáculos en cierto número de circunstancias. La anatomía ha demostrado, por ejemplo, que en las especies de bridas que atraviesan las escavaciones tuberculosas, y que están formadas por el tejido celular condensado, se encuentran obliterados vasos arteriales ó venosos gruesos: semejante obliteracion se halla tambien algunas veces en los ramos vasculares gruesos que caminan por las paredes de las cavernas. Si estas son muy grandes, puede acontecer que la mayor parte de los vasos gruesos de todo un lóbulo del pulmon se hallen obliterados, y este es un obstáculo mecánico y muy real para la circulacion pulmonar. Tambien puede admitirse *á priori* un obstáculo semejante cuando el pulmon se halla notablemente endurecido al rededor de los tubérculos, sean crudos, principiando á reblandecerse, ó convertidos en cavernas. Considérese cuál es el estado en que se encuentra entonces el parenquima pulmonar; el tinte agrisado que presenta no es resultado de una simple infiltracion purulenta como en la pulmonia aguda; su estremada dureza y la sequedad del corte escluyen semejante idea. Como en otros muchos casos la inflamacion crónica ha engrosado y condensado el tejido del pulmon. A la manera de otros tejidos endurecidos tambien por la inflamacion, el del pulmon parece que recibe menos sangre que en el estado normal, y asi lo prueban el color y sequedad; como si al mismo tiempo que la fibra celular que entra en su composicion se hipertrofiase mas y mas, los vasos tendiesen á obliterarse, sea consecutivamente á la inflamacion que ha podido invadirles, sea en consecuencia de la compresion á que están sometidos, ó finalmente, porque á medida que los últimos ramos bronquiales deprimidos no reciben aire, los vasos que caminan por sus paredes dejan de conducirles una sangre que no encontraria aire destinado á vivificarla.

Por otra parte la observacion anatómica puede demostrar directamente la obstruccion, y la obliteracion de una gran porcion de vasos en un pulmon endurecido. En union con mi excelente y sábio amigo el doctor Blandin, he hecho una inyec-

ción fina en la arteria pulmonar de un tísico que tenía en el lóbulo superior de uno de los pulmones una caverna bastante extensa, con induración gris considerable del tejido pulmonar inmediato; la inyección penetró con facilidad en las diversas partes de los pulmones, excepto en los puntos donde existía la induración; se la veía detenerse en los límites que separaban esta de las porciones del pulmón aun permeables, á pesar de que en las últimas la materia de la inyección había penetrado hasta las mas pequeñas ramificaciones vasculares.

De la dificultad que experimenta la sangre para atravesar los pulmones que se hallan con las condiciones que acabo de indicar, pueden depender algunos fenómenos morbosos. No estoy distante de pensar que algunas hemotisis, debidas á una simple exhalación sanguínea de los bronquios, reconocen por causa un obstáculo al libre paso de la sangre de las arterias pulmonares y bronquiales á las venas del mismo nombre. En tales casos puede compararse la exhalación sanguínea que se verifica en la superficie de los bronquios con la que muchos observadores han determinado artificialmente en la superficie interna del canal intestinal, ligando el tronco de la vena porta. El hecho siguiente puede corroborar esta idea.

En el mes de mayo de 1826 abrimos en el muladar de Montfaucon un caballo que hacia pocas horas habian matado. Un gran número de las principales divisiones de las venas pulmonares de uno de los pulmones estaban llenas, y como distendidas por cuajrones muy densos, despojados en parte de la materia colorante, y muy adheridos á las paredes vasculares. La reunion de los caracteres físicos de estos cuajrones, y aun mas su adherencia á las paredes de las venas donde se hallaban, nos inclinaron á pensar que se habian formado durante la vida del animal, semejantes á los coágulos antiguos, que parece caminan á la organizacion, y se hallan algunas veces en las venas del hombre. En los bronquios de este mismo caballo, que correspondian próximamente á las venas obstruidas, habia una gran cantidad de líquido espumoso de color rojo muy notable; este líquido llenaba parte de la traquea-arteria. ¿Dependeria de la obstrucción de las venas pulmonares la exhalación de la sangre ó de la materia colorante al menos, que se efectuaba en los bronquios de este animal? Si en este caso se admite como probable la correlación de ambos fenómenos, no habrá derecho para rechazar la idea de que en los tísicos la dificultad de la circulación pulmonar puede producir algunas hemotisis. Por otra parte, nada hay respecto de esto rigurosamente demostrado, y lo dicho es solo una de las conjeturas que, como otras muchas, han de destruir las inves-

tigaciones ulteriores, ó hacer pasar al rango de verdades demostradas.

Del obstáculo al libre paso de la sangre al través de los pulmones resulta tambien como consecuencia precisa la estancacion de aquel liquido en las cavidades derechas del corazon, y de aqui tal vez nacen las palpitaciones mas ó menos intensas, de que se quejan muchos tísicos en diversos periodos de su enfermedad, y tambien el estado de dilatacion en que muchas veces se encuentra la mitad derecha del corazon de los mismos. A esto parece que se limitan los efectos producidos por la obstruccion mas ó menos considerable de las arterias y venas pulmonares. Nunca resulta, por ejemplo, un trastorno de la circulacion venosa general bastante notable para que se formen hidropesías mas ó menos estensas. Con efecto, rara vez se halla en los tísicos ni aun el simple edema de los miembros pelvianos; cuando hemos observado este edema en cierto grado con ó sin ascitis coexistente, con ó sin infiltracion de los miembros superiores, hemos podido comprobar la existencia de una enfermedad del hígado ó del corazon, bien independiente, ó bien consecutiva al mismo trastorno de la circulacion pulmonar.

A la misma dificultad de circular la sangre en los pulmones se ha atribuido algunas veces la coloración de las mejillas en algunos tísicos. Esta opinion no me parece exacta: si el tinte rojizo de las mejillas fuese el resultado del embarazo de la circulacion en la vena cava superior, es claro que este color debiera ser tanto mas subido, cuanto mas adelantada estuviera la enfermedad, pues entonces es cuando existe principalmente la induracion pulmonar. Precisamente se observa lo contrario; la rubicundez circunscrita de las mejillas existe sobre todo al principio de la tisis, y aun en esta época no es constante: pertenece mas bien á la constitucion llamada escrofulosa, que á la tisis pulmonar, y se observa mucho antes que ningun síntoma anuncie que el pulmon contiene tubérculos: á medida que estos se multiplican y reblandecen, á proporcion que el pulmon se desorganiza á su alrededor, la rubicundez de las mejillas, si existe, se borra gradualmente, y es reemplazada por un tinte pálido uniforme de la mejilla, cuyo color es el que se observa con mas frecuencia en los diversos grados de la tisis. Concluyamos, pues, que las placas rojas de las mejillas de los tísicos, menos frecuentes de lo que se ha asegurado, no pueden esplicarse por la dificultad de la circulacion pulmonar; son, repito, principalmente un atributo de la constitucion escrofulosa, y del que apenas puede darse razon lo mismo que de la nutricion de las alas de la nariz, del labio superior y de las ramas del hueso maxilar inferior, que en

iguales circunstancias sufren casi constantemente una modificación notable que da á estas partes un aspecto característico.

Es difícil concebir que toda la sangre venosa, que atraviesa un pulmon impermeable en parte al aire, sufra completamente, del mismo modo que en los pulmones sanos, la transformación que la convierte en sangre arterial. Si, como hay motivo para asegurarlo, el acto de la hematosi se verifica en los pulmones, parece que en los que se hallen tuberculosos no podrá efectuarse sino incompletamente. Se concibe con facilidad que en la tisi debe llegar una época en que se forme poca sangre, como lo prueba la decoloracion general del sistema muscular, sin que haya por otra parte congestion sanguinea bien marcada de ningun otro tejido. ¿ No se podrá atribuir á la corta cantidad de sangre, y á la mala elaboracion de la que existe el deterioro siempre creciente de la nutricion propiamente dicha, y el estremado marasmo, mas marcado en la tisi pulmonar que en ninguna otra afeccion crónica, marasmo que no solo es el resultado de la desaparicion completa de la grasa, sino de una verdadera atrofia de muchos tejidos, y en particular del sistema muscular? ¿ Será á veces una simple atrofia, semejante á la de los músculos, el adelgazamiento notable que las paredes del estómago presentan en muchos tísicos? (Véase mas adelante acerca de las enfermedades que complican la tisi pulmonar.)

De las consideraciones precedentes se deduce que la respiracion de los tísicos en cierto grado de la enfermedad se aproxima á la de varios animales (batráceos), en quienes solo recibe en los pulmones la influencia del aire una parte de la sangre conducida de todos los puntos hácia el corazon; respiracion parcial que consideran los fisiólogos como causa principal de la temperatura poco elevada de estos animales. Me ha parecido de importancia comprobar si en los tísicos la temperatura es menos elevada que en los demas individuos. Colocando el termómetro de Reaumur debajo de la axila de un gran número de estos enfermos, he hallado efectivamente que no se elevaba á mas de 29°, y en algunos no escedia de los 28°. Por otra parte esta temperatura mas baja que la natural no se ha observado sino en sujetos cuyos pulmones tenian ya cavernas y estaban endurecidos en gran parte de su estension. Pero debo advertir que en otros, colocados en las mismas circunstancias respecto de la alteracion pulmonar, el termómetro se ha elevado á los 31° ó 32° como en el estado de salud. Estas observaciones necesitan repetirse y continuarse.

Por último, del mismo modo puede esplicarse el pequeño volumen á que se encuentra reducido muchas veces el corazon en

los tísicos (no hablamos de los casos en que hay también hipertrofia de las paredes.) Esta especie de atrofia del corazón parece ser, como la de los músculos de la vida animal, resultado del deterioro general que ha sufrido la nutrición. Puede también depender de que en cierta época de la tisis el corazón recibe muy poca sangre comparativamente á la que se dirige á él en el estado de salud. Al contrario en otra época de la tisis, cuando hay todavía mucha sangre formada, y existen en el parenquima pulmonar obstáculos á la circulación, el corazón debe dilatarse, y aun muchas veces hipertrofiarse simultáneamente sus paredes, porque en efecto aumentan de volumen los vasos que bajo la influencia de cualquiera causa reciben mas sangre que en el estado normal. Mas adelante no existe la causa del aumento de volumen, y se concibe que despues de haberse hipertrofiado el corazón puede, no solo volver á su volumen natural, sino atrofiarse como sucede á las arterias y venas, por quienes pasa menos cantidad de sangre que habitualmente. En este caso puede decirse que la naturaleza pone en uso el tratamiento de Valsalva.

§. III.

Signos proporcionados por la tos.

50. Muchos autores han pretendido distinguir la bronchitis simple de la acompañada de formación de tubérculos por los caracteres de la tos, que se manifiesta en una y otra de estas afecciones. La observación clínica manifiesta con efecto que en algunos casos la tos que se presenta en los individuos afectados de tubérculos pulmonares tiene caracteres que no se hallan en la producida por una simple inflamación aguda ó crónica de los bronquios. Con efecto en el primer grado de la tisis, cuando el parenquima pulmonar está sembrado solo de tubérculos crudos ó poco numerosos, se observa una tos seca, cuyo origen refieren los enfermos á la laringe, porque en ella es donde experimentan una sensación penosa antes y durante la tos; pero el médico no debe dejarse seducir por las apariencias: muchas veces hemos tenido ocasion de observar individuos que referian su tos á la laringe, del mismo modo que otros suponian á este órgano el asiento de sus hemotisis, no pudiendo persuadirse que estuviesen afectados sus pulmones en atención á la poca molestia que sentian en el pecho: sin embargo, despues de la muerte hallamos en los pulmones muchos tubérculos, y la laringe no presentaba frecuentemente sino un poco de rubicun-

dez, semejante á la que existia en la traquea-arteria y en los bronquios. Puede creerse que si la laringe parece á algunos tísicos ser el origen de muchos de los accidentes que experimentan, y con especialidad de la tos, es porque en razon de la mayor sensibilidad de este órgano las impresiones morbosas se perciben con mas viveza y energía por su membrana mucosa que por la destinada á tapizar el resto de las vias aéreas. No es una simple conjetura la mayor sensibilidad de la laringe: desde luego la anatomía por sí sola tenderia á hacerla admitir, pues la laringe recibe mas nervios que la traquea-arteria y los bronquios; pero ademas si se introduce un instrumento en el canal aéreo de un animal vivo al través de una abertura practicada debajo del cartilago cricóides, dirigiendo el instrumento hácia la parte superior en direccion de la laringe, el animal manifestará sus padecimientos por medio de gritos y de gran agitacion, y dirigiendo en seguida el mismo instrumento hácia abajo por la traquea-arteria, y aun hasta mas allá de la bifurcacion de los bronquios, el animal permanecerá impasible.

Esta pequeña tos seca que marca el principio de cierto número de tisis tiene aun otro carácter que no debe olvidarse: su propension á reproducirse. La mas ligera causa basta para determinarla con la mayor facilidad. Tal especie de tos no se observa apenas en una bronquitis sin tubérculos ¿ prueba esto que preexistiendo los tubérculos á la bronquitis causan las frecuentes recidivas de tos? Semejante opinion es susceptible de defensa, pero no carece de contestacion, pues puede tambien concederse que la tos pequeña y seca de que tratamos, resulte de una ligera irritacion primitiva de los bronquios, que en virtud de una predisposicion particular esté sujeta á recidiva, del mismo modo que en otros individuos vemos reproducirse las anginas bajo la influencia de la causa mas pequeña. Tambien se concibe que consecutivamente á estas frecuentes recaidas de irritacion bronquial, pueden desarrollarse tubérculos, que una vez formados, son á su vez una causa permanente de la ligera bronquitis que los habia producido, y que solo entonces se hará acaso continua.

Si hay probabilidad para admitir que la tos pequeña y seca, notable por las repetidas recaidas, de que acabamos de hablar, anuncia con frecuencia tan solo una forma particular de bronquitis que precede á los tubérculos, preciso es inferir, por una parte, que en el mayor número de casos esta especie de tos debe considerarse mas bien como signo para temer la formacion de los tubérculos, que como fenómeno que anuncie su existencia; y por otra que la tos intensa que se reproduce por accesos

penosos, como la ocasionada por una bronquitis intensa puede cuando se prolonga hacer temer el desarrollo ulterior de los tubérculos. De la misma manera se puede desarrollar esta produccion accidental en el mesenterio, sea á consecuencia de ligeras enteritis sujetas á frecuentes recaidas, y que nunca han anunciado su existencia sino por síntomas poco graves y fugitivos hasta cierto punto, sea á consecuencia de una inflamacion violenta del canal intestinal; la observacion manifiesta que, como en los pulmones, es mas frecuente el primer caso que el segundo. Insistimos en estos hechos porque con frecuencia se ha dado demasiada importancia á la forma con que se presenta un síntoma, para diagnosticar segun ella la existencia de tal ó cual alteracion de los órganos.

51. En una época mas adelantada de la enfermedad se observan tambien muchas variedades en la tos. En bastantes casos la tos es seca por mucho tiempo, y aun hasta la muerte, á lo menos no se acompaña sino de una expectoracion poco abundante y formada por una pequeña cantidad de moco. Se comprende que debe suceder así cuando por una parte ningun tubérculo ha formado caverna, y por otra los bronquios medianamente irritados tan solo segregan algo mas de mucosidad que en el estado natural. En cierto número de casos la tos continua siendo intensa; se reproduce por accesos frecuentes y penosos que acontecen principalmente por las noches ó por las madrugadas, y que suelen ir acompañados ó seguidos de vómitos como en el coqueluche. Hay individuos en quienes el solo cambio de posicion en la cama, la accion de beber, ocasiona la tos en forma de sacudidas prolongadas. Esta especie de tos no anuncia tal ó cual estado de tubérculos, depende con especialidad de la intensidad de la inflamacion de la membrana mucosa de los bronquios. En algunos enfermos atacados de tubérculos pulmonares hemos visto que la tos adquiria una forma convulsiva, y que aparecian todos los síntomas del coqueluche. No hemos hallado entonces ninguna lesion particular en la laringe que pueda explicar esta forma no acostumbrada de la tos; solo hemos podido atribuirle á una disposicion individual.

Otros tísicos presentan un fenómeno contrario al precedente. A medida que la enfermedad hace progresos, y que se forman cavernas en el parenquima pulmonar, la tos es menos intensa y frecuente; no se verifica por sacudidas, y solo la espulsion de los esputos es precedida de un ligero esfuerzo, que no causa la menor fatiga á los enfermos. Estos conciben entonces una esperanza, engañosa ciertamente, porque la tos no presenta por lo regular tales caracteres sino en cierto grado de

la, tisis cuando existen grandes escavaciones, que tienen comunicaciones estensas y directas con los bronquios gruesos.

52. Por último, en algunos casos raros, de que tenemos varios ejemplos, nacen y se multiplican los tubérculos en los pulmones, sin que su presencia se anuncie de modo alguno por la tos. Hemos comprobado principalmente esta ausencia completa de tos en los casos en que el parenquima pulmonar ha sido invadido por los tubérculos durante el curso de otra enfermedad crónica, ó hácia el fin de una aguda.

Citaremos en particular el caso de un jóven, que padecía una doble flegmasia crónica del peritóneo y de la membrana mucosa intestinal. Este enfermo tenía todas las mañanas copiosos sudores de la cabeza, cuello y pecho; y hacía algun tiempo que se quejaba de un poco de disnea. Tales síntomas, y sobre todo el sudor parcial de las partes superiores del cuerpo, nos inclinaron á sospechar la existencia de tubérculos pulmonares. Preguntado acerca de esto, nos dijo que un año antes habia tenido un resfriado bastante grande, pero que hacia seis meses *no tosia nada*. La sonoridad del pecho era grande en todos los puntos; el ruido respiratorio se oía con limpieza, pero *con mas fuerza que en el estado normal*. Esta última circunstancia era para nosotros un motivo de pensar que en uno ó muchos puntos de los pulmones existia un obstáculo á la libre entrada del aire en las vesículas, y en razon de los sudores, que el obstáculo podian ser tubérculos; ¿pero cómo se hubiera podido afirmar? El enfermo no tardó en morir de la afeccion abdominal; hasta entonces nada mas que lo espuesto se habia notado respecto del pecho. La abertura del cadáver demostro en los intestinos y peritóneo las lesiones, que se habian anunciado (úlceras en el ileon, ciego y colon, con materia tuberculosa en el fondo y en sus bordes, ó á su rededor; reblandecimiento rojizo de la mucosa gástrica, liquido sero-purulento en el peritóneo.) Además se adquirió la conviccion de lo que solo se habia sospechado durante la vida: estaban diseminados en los dos pulmones muchos tubérculos de tamaño variable, desde el de un grano de mijo hasta el de una avellana; la mayor parte se hallaban en el estado de crudeza; algunos presentaban en su centro un reblandecimiento bastante adelantado. Al rededor de estos últimos ofrecia el parenquima pulmonar la hepatizacion roja ó una ingurgitacion muy pronunciada; y en el resto se encontraba sano, crepitante, y hasta llamaba la atencion la corta cantidad de sangre, que contenia. Era importante examinar el estado de los bronquios y de las demas partes del canal aéreo, pues no habiendo habido tos, presumiamos que no estarian inflamados, lo que efectivamente se comprobó. La membrana mucosa de la laringe, de la traquea-arteria, de los bronquios gruesos y de sus ramificaciones estaba blanca en toda su estension.

La ausencia de la inflamacion de las vias aéreas explica la falta actual de la tos. El hecho precedente demuestra que pueden existir los tubérculos pulmonares sin bronquitis; pero tambien enseña (y esta circunstancia es muy importante) que an-

tes, en una época distante, habia habido una intensa inflamacion de los bronquios, á la que podia referirse el primer origen de los tubérculos. Asi es como en muchos niños, y no en todos, como ha dicho demasiado absolutamente M. Broussais (1), la ingurgitacion tuberculosa de los gánglios mesentéricos va precedida de todos los síntomas de una enteritis, cesando esta última algunas veces en términos de hallarse el intestino perfectamente sano despues de la muerte, al paso que la afeccion tuberculosa persiste despues de desaparecer la causa que la ha producido.

Poco tiempo despues de la muerte del individuo, de que acabamos de hablar, entró en el hospital otro, jóven como él, recién llegado á París. Presentaba el conjunto de síntomas de la calentura llamada inflamatoria: examinando el estado de sus diferentes órganos, se reconocia una doble inflamacion de la membrana mucosa de los bronquios y de la del canal intestinal, que era mas temible por su estension que por su intensidad en cada uno de los puntos que ocupaba. Se quejaba en particular de una tos frecuente, penosa, acompañada de sensacion desagradable de picor detras del esternon y debajo de las clavículas. Decia haber disfrutado de buena salud hasta su llegada á París. A los doce ó quince dias despues de practicarse evacuaciones sanguíneas abundantes, se disiparon los síntomas de la gastro-enteritis, y con ellos la calentura. La bronquitis persistia; no recobraba las fuerzas el paciente, y por las tardes sentia calor, mal estar general, y como si tuviese un ligero movimiento febril. Ningun signo anunciaba que hubiese afeccion en el parenquima pulmonar; sin embargo, nosotros temimos el desarrollo de tubérculos. En los quince dias siguientes la tos fue cada vez á menos, y por último desapareció completamente. Ningun síntoma anunciaba entonces la existencia de la bronquitis; ningun fenómeno indicaba el padecimiento de algun órgano en particular; á pesar de todo, la gordura y las fuerzas disminuian diariamente; el pulso habitualmente era poco frecuente, y no habia calor en la piel; por las tardes el movimiento febril era mas pronunciado. ¿Qué tenia este enfermo? ¿Tenia una calentura héctica esencial? Por lo menos es muy raro semejante estado morbozo. Nos pareció mas conforme á la observacion admitir que existia en él cualquiera lesion orgánica, que no se manifestaba por ningun síntoma local; caso mucho mas frecuente que los de marasmo, los de calentura héctica, sin causa material apreciable despues de la muerte. Sin embargo, al cabo de poco tiempo el enfermo perdió de nuevo el apetito, que habia recobrado; le sobrevino diarrea, y fue acometido de un violento dolor de costado debajo de la tetilla izquierda, sucumbiendo con todos los signos de un derrame pleurítico. Debe advertirse que no hubo absolutamente tos en todo el tiempo que transcurrió desde la terminacion de la bronquitis aguda, hasta la invasion del dolor pleurítico. En la abertura del cadáver se hallaron muchos tubérculos miliares en los dos pulmones, cuyo parenquima estaba sano en los intervalos. No se examinaron los bronquios por la ausencia de la tos, lo que sentimos mucho. Además habia un derrame purulento considerable en la pleura izquierda, reblandecimiento con ligera inyeccion de la mucosa gástrica, y arrugas rojizas en la superficie interna de los intestinos gruesos.

(1) Es ciertamente una idea feliz la de atribuir la inflamacion de los ór-

Si analizamos esta observacion bajo el punto de vista de la sucesion y encadenamiento de los fenómenos morbosos, parecerá probable que los tubérculos se desarrollasen de un modo agudo consecutivamente á la bronquitis intensa, que complicaba la gastro-enteritis, cuando entró el enfermo en el hospital. No podemos poner en duda la existencia de estos mismos tubérculos en la época en que *no habia tos*, pues esta no se presentó segunda vez, sino cinco ó seis dias antes de la muerte, y desde el momento de la invasion de la pleuresia, siendo un absurdo suponer que los tubérculos pudieran desarrollarse en tan corto espacio de tiempo. Por último, á los tubérculos formados en el pulmon, que no se daban á conocer por ningun síntoma local, deben referirse la profunda alteracion de la nutricion, y el enflaquecimiento siempre creciente que ofrecia el enfermo.

53. Se admite generalmente la existencia de cierto número de toses simpáticas, dependientes de la afeccion de diversos órganos, como el hígado, el estómago, el útero, etc., de donde las denominaciones de hepática, gástrica, etc., impuestas á dicha especie de tos, que existe, segun los autores, sin alteracion de los pulmones ó de los bronquios, y parece ser resultado de un simple consentimiento nervioso. No niego la existencia de semejante tos simpática, pero creo que se ha exagerado mucho su frecuencia, y que en gran parte de los casos, que se han citado de este género, un exámen atento descubriría una lesion idiopática del parenquima pulmonar ó de los bronquios, tanto mas fácil de ocultarse á la investigacion, cuan-

ganos glandulosos, que se comunican de un modo mas ó menos directo con las membranas tegumentarias interna ó esterna, á la inflamacion primitiva de estas. En efecto, no queda duda que las glándulas linfáticas colocadas en la proximidad de las mucosas pueden irritarse consecutivamente á la inflamacion de estas, lo mismo que las glándulas linfáticas cervicales se entumescen á nuestra vista en consecuencia de la erisipela de la cara ó del cuello cabelludo, y aun mas en consecuencia de una flegmasia crónica de las mismas partes, como puede observarse en muchos niños que tienen tiña. No es dudoso que las glándulas salivales pueden inflamarse en consecuencia de una estomatitis, el hígado consecutivamente á una duodenitis, el testiculo despues de una uretritis, etc.; pero no es de modo alguno fisiológico decir que siempre debe suceder lo mismo. La observacion por otra parte desmiente un aserto tan general: ¿no vemos diariamente inflamarse, entumecerse, ponerse tuberculosos de un modo primitivo los gánglios linfáticos subcutáneos? ¿Por qué no ha de suceder lo mismo con los gánglios linfáticos interiores, los del mesenterio, por ejemplo? Es propio de nuestra débil inteligencia querer asignar limites absolutos á los actos de la naturaleza, tanto en el estado de salud como en el de enfermedad.

to que sobreviniendo durante el curso de una afeccion crónica del estómago ó del hígado, se anuncia por síntomas poco pronunciados. (Véase mas adelante el artículo de las complicaciones de la tísis.)

§. IV.

Signos que suministra la expectoracion.

54. Hablando de la utilidad del exámen de la expectoracion como signo de las enfermedades del pecho, dice Van-Swieten: *Certum est quod in variis pectoris morbis sputa attentam mereantur considerationem.* Está muy distante tal asercion de ser igualmente exacta para todas las enfermedades del pulmon. Las materias expectoradas, que son características, y constituyen un verdadero signo patognomónico en la pulmonía aguda, no tienen ningun valor en la crónica; en la pleuresia solo proporcionan signos negativos, excepto en los casos raros en que el derrame formado en la pleura se abre paso al través de los bronquios; por último, en diferentes casos de la tísis pulmonar no difieren de las producidas por una simple bronchitis aguda ó crónica. Sin embargo, hay cierto número de circunstancias en que la expectoracion de los tísicos puede dar mas de un dato de importancia. Por esta razon creemos que la mayor parte de los autores han tratado de ella con sobrada lijereza. ¿Les ha parecido que los esputos en la tísis no presentan caracteres seguros para establecer el diagnóstico de la enfermedad? ¿ó bien que no es posible hallar palabras con que espresarlos exactamente? Incertidumbre en los caracteres, dificultad en la descripcion: tal parece ser el doble escollo, en que la mayor parte de los autores han temido tropezar. Efectivamente, entreándose á un exámen atento de la expectoracion de los tísicos, se llega al siguiente resultado poco satisfactorio: que la sola inspeccion de los esputos puede dar mayores ó menores probabilidades acerca de la existencia de la tísis, pero casi nunca certidumbre completa. El párrafo que vamos á destinar á su exámen, solo será en cierto modo el desarrollo de esta proposicion. Por otra parte se concebirá con facilidad cuán inciertos deben ser los signos, que proporcione la expectoracion en la tísis, reflexionando: 1.º que la totalidad de los esputos, al principio de la enfermedad, y la mayor parte en los periodos subsiguientes, son producto de la secrecion bronquial: 2.º que la mucosa de los bronquios puede ademas, en ciertos casos, segregar un líquido,

que se aproxime infinitamente por su aspecto al formado en una escavacion tuberculosa.

55. Dos métodos se han seguido para distinguir los esputos de la tisis de los que pertenecen á las demas enfermedades del pulmon. Unos han recurrido á los reactivos químicos, la mayor parte se han limitado al exámen de sus propiedades físicas.

56. La presencia del pus en los esputos ha parecido por mucho tiempo á los médicos un signo patognomónico, que una vez comprobado, anunciaba de una manera infalible la existencia de la tisis pulmonar. Pero los multiplicados ensayos que se han hecho para distinguir en la materia espectorada el pus del moco, han sido infructuosos hasta ahora. ¿Podia suceder otra cosa? creemos que no. Nada es mas desemejante en verdad que el pus de buena naturaleza que se forma en un flemón, y el moco exhalado por una membrana sana; por el análisis químico puede manifestarse con la mayor facilidad su diferencia. Pero la distincion de estos dos productos es mas delicada cuando se quiere someter al análisis el moco segregado por una membrana inflamada: entonces es un líquido que presenta en su composicion tantas variedades, cuantos modos diferentes de irritacion puede haber en la membrana que le segrega, y que se transforma insensiblemente en una materia del todo semejante al pus, como se vé en las inflamaciones de la mucosa pulmonar, ocular y uretral. ¿Quién, teniendo esto presente, espera llegar á ningun resultado constante ni positivo?

Vamos, sin embargo, á dar cuenta de algunos ensayos, á que nos hemos entregado.

El experimento mas antiguo y mas simple consiste en poner la materia espectorada en contacto con agua comun ó salada, en la que pierden los cuerpos una gran parte de su peso. Se dice que el moco sobrenada, y que el pus se precipita. Hemos repetido muchas veces este experimento con varias especies de pus y de moco. El pus segregado por la pleura y el peritóneo se ha precipitado al fondo del agua en forma de copos gruesos. Tambien hemos visto ir al fondo del agua la materia recogida en las cavidades tuberculosas; pero esta se diferenciaba del pus de las membranas serosas, en que se dividia en una porcion de grumos pequeños de un blanco mate; el agua al mismo tiempo perdía su transparencia, y adquiria un color lechoso subido; pero dejando por muchos dias al líquido en perfecto reposo, recobraba poco á poco su transparencia. El agua nunca se enturbia por el pus extraido de la pleura y del peritóneo.

Con el moco, que provenia de la membrana pituitaria de un individuo sano, ha sucedido poco mas ó menos lo que con

el pus de las membranas serosas : al principio ha permanecido suspendido en medio del líquido , y luego , como el pus de la pleura , se ha precipitado sin dividirse y sin enturbiarle.

En la membrana bronquial hemos recogido bastante cantidad de moco opaco , filamentosos y mezclado con aire. Le hemos visto mas de una vez sobrenadar en el agua , y otras permanecer suspendido en medio del líquido , á beneficio de largos filamentos que se estendian hasta la superficie de aquel. Al cabo de poco tiempo se desprendia el aire contenido en estos filamentos , que los retenia en la superficie del agua , y entonces el moco se precipitaba al fondo en forma de copos grandes. Otras veces hemos visto al moco dirigirse inmediatamente al fondo del líquido , como lo hubiera debido hacer , segun los autores , el verdadero pus. Por otra parte , que el moco sobrenade , que se mantenga suspendido , ó que se precipite , no enturbia la transparencia del agua , sino por medio de una agitacion fuerte y prolongada ; fenómeno contrario al que presenta la materia puriforme extraida de las cavernas , que pone al líquido de un color ligeramente lechoso.

Conocidos estos hechos veamos qué sucede en el agua á los esputos de la bronquitis simple y de la tisis.

Los esputos de la bronquitis crónica presentan las mismas variedades que acabamos de observar en el moco recogido en la superficie de los bronquios. Lo mismo ha sucedido con los esputos de muchos tísicos , cuyos pulmones contenian tubérculos crudos , reblandecidos ó convertidos ya en cavernas. Pero en otros , cuyos pulmones contenian cavernas mas considerables , los esputos se separaban por lo regular en dos porciones , de las cuales una se precipitaba inmediatamente enturbiando la transparencia del agua y formando un depósito blanco ó gris , como habia sucedido con la materia tuberculosa recogida en una caverna , y la otra sobrenadaba al principio , pero al cabo de diez ó doce horas se hallaba tambien precipitada (resultado semejante al que nos habian dado algunas especies de moco) , y solo enturbiaba ligeramente la transparencia del agua. Estos hechos parecen indicarnos la existencia de dos materias diferentes en los esputos de dichos enfermos : 1.º simple moco ; 2.º una materia mas ó menos análoga al pus , producida por una escavacion tuberculosa. Entonces nos movió la curiosidad á indagar qué sucederia mezclando en diversas proporciones estas dos materias. En su consecuencia se combinó cierta cantidad de materia tuberculosa reblandecida , tomada en una caverna , con esputos mucosos pertenecientes á un enfermo atacado de bronquitis aguda ; antes de hacer la mezcla los esputos permanecian

suspendidos en el agua, cuya transparencia se habia conservado; despues de la mezcla se precipitaron, y el agua adquirió un color lechoso; de modo que en este experimento, una vez mezclando el moco á la materia tuberculosa, fue arrastrado por ella al fondo del agua. En otros ensayos, mezclando una pequeña cantidad de materia tuberculosa con mucho moco, y cuidando de que fuese íntima la mezcla, no hubo al principio ningun precipitado, como si en este caso el moco retuviese al pus en la superficie; pero en medio de una fuerte agitacion vimos que se separaban de la mezcla una porcion de grumos de un blanco mate, y se precipitaban al fondo del agua.

De estos hechos pueden deducirse las siguientes consecuencias.

1.º En un gran número de tísicos los esputos están formados solo de las mucosidades segregadas por la membrana de las vias aéreas; pero en razon de las cualidades infinitamente variables de estas mucosidades, tratando por el agua la materia de los esputos, puede dar resultados diversos: sobrenadar, permanecer suspendida ó precipitarse; de modo que esta última circunstancia no debe bastar para deducir la presencia de la materia tuberculosa en los esputos. Sin embargo, es preciso confesar que la precipitacion repentina en el fondo del agua, es mas propia de dicha materia que del moco.

2.º En otros tísicos los esputos están formados de una mezcla de moco y de materia producida por los tubérculos reblandecidos ó por cavernas. Mezclándolos con el agua darán diferentes resultados, segun la proporcion en que se encuentren ambos elementos, y la intimidad de su mezcla. Sin embargo, la formacion repentina de un precipitado blanco, con turbacion de la transparencia del agua, podrá indicar en general la presencia de una cantidad mayor ó menor de materia tuberculosa en los esputos.

Continuemos este exámen con los reactivos químicos.

Puestas en contacto con el ácido sulfúrico debilitado la materia tuberculosa reblandecida, el pus segregado por las paredes de las cavernas, los esputos de los tísicos, los de los enfermos atacados de bronquitis crónica, y por último, el moco tomado en la faringe y en las fosas nasales, todas estas materias se disuelven con igualdad. El ácido se enrojece al principio, despues se ennegrece, y se eleva su temperatura. Si en la disolucion se echa un poco de agua, el líquido adquiere un color blanco agrisado; añadiendo mas agua, vá formándose poco á poco un depósito abundante y grumoso, y al cabo de algunas horas el líquido es incoloro y transparente. Darwin habia anunciado que

en este experimento podia distinguirse el pus del moco, pues el primero deponia en el fondo del vaso un sedimento agrisado, al paso que el segundo permanecia suspendido en forma de copos pequeños. Nosotros no hemos observado tal diferencia.

Vertiendo amoniaco sobre la materia purulenta de las cavernas, la disuelve rápidamente. El liquido adquiere el aspecto y consistencia de gelatina transparente, incolora y de gran tenacidad. Este hecho se halla anotado en la quimica de Thompson, como uno de los que pueden ser mas á propósito para caracterizar el pus. El moco se disuelve del mismo modo; pero la mezcla no adquiere el aspecto gelatiniforme. Solo dos veces hemos observado este aspecto, sometiendo al experimento los esputos de los tísicos. En la mayor parte de los casos la disolucion ha tenido lugar, sin que el liquido aumentase de consistencia, y otras veces no se ha verificado la disolucion.

Ya se habian empleado muchos procedimientos en tiempo de Areteo, y antes de él, para distinguir los esputos de la tisis pulmonar de los que pertenecen á otras afecciones del pulmon; pero este gran observador concedia poca confianza á tales procedimientos. *Quicumque aut igne aut aqua sputa explorant ac notant; hi haud ita multum phloen mihi dignoscere videntur; namque visio quolibet alio sensu certior est.*

57. Nosotros pensamos como Areteo, que debe atenderse sobre todo al aspecto particular de los esputos, á su forma, consistencia, color, olor, composicion, etc.; en una palabra, á la reunion de sus propiedades físicas para distinguir los que pertenecen á la degeneracion tuberculosa de los pulmones.

58. Al principio de la tisis, cuando la persistencia de la tos, las hemotisis frecuentes, el enflaquecimiento, que empieza á ser sensible, y los movimientos febriles, que se manifiestan por intervalos, parecen anunciar una lesion del pulmon mas grave que una simple bronquitis, los esputos no presentan aun ningun caracter.

En muchos enfermos se observa una tos seca; en otros vá acompañada desde el principio de una expectoracion catarral; esta, ó bien puede ser opaca y muy variable, como en la bronquitis crónica, ó bien conservar constantemente los caracteres de la bronquitis aguda, aunque haga mucho tiempo que exista (1). Esta última circunstancia merece nuestra consideracion, por ser una de las que hacen temer la existencia de los tubércu-

(1) Véase, acerca de los caracteres de los esputos, el capítulo de la bronquitis.

los, cuando ningun dato puede conducir á la certidumbre. Lo que nunca debe perderse de vista es que los esputos en el primer periodo de la tisis pueden presentarse indiferentemente con todos los caracteres que acabamos de indicar.

Sin embargo, cuando la tos ha durado algun tiempo, y se observa diariamente la materia de la expectoracion, se ven aparecer por intervalos en medio de la mucosidad turbia que la constituye, grumos pequeños de un color blanco mate ó amarillento, bastante consistentes, y cuyo volúmen varía desde el tamaño de una cabeza pequeña de alfiler, hasta el de un guisante. Bayle les ha comparado con exactitud al arroz bien cocido. Su existencia fue anunciada por Hipócrates, que decia se parecian al granizo. Segun él, indicaban la tisis, y tenian tendencia á hacerse purulentos. Baglivio tambien insistió mucho sobre la presencia de estas granulaciones blanquecinas ó amarillentas en los esputos de los individuos amenazados de tisis.

Sería fácil confundir los pequeños grumos de que hemos hablado, con otros del mismo volúmen y de apariencia casi semejante, que se expectoran muchas veces durante el curso del catarro mas sencillo, ó que arrojan individuos, que ni siquiera tosen. Hemos dicho ya (tomo I) que tales grumos proveían de las amígdalas, ó eran un simple producto de la secrecion de las mucosas bucal y faríngea. Por mas que se haya dicho no cabe duda en que se observan con menos frecuencia que los formados por fragmentos de materia tuberculosa; para distinguir unos de otros se ha opuesto á la gran friabilidad, y al aspecto como caseoso de estos, la viscosidad y la tenacidad bastante considerable de aquellos. Semejantes caracteres distintivos son reales en cierto número de casos, pero no conviene concederles un valor demasiado absoluto. En efecto, la observacion nos ha demostrado que en algunas circunstancias, la mucosidad, que por lo regular segregan los folículos distribuidos en la superficie de la membrana gastro-pulmonar, puede salir de ellos alterada hasta el punto de presentar enteramente el aspecto de la materia sebácea, producida por los folículos cutáneos en su estado normal; mas algunas veces puede adquirir el color, la consistencia, todas las propiedades físicas en una palabra, del yeso saturado de agua (1). Se sigue de estos hechos que debe desconfiarse de que dependan siempre de los tubérculos los

(1) En el caballo es sobre todo donde hemos tenido ocasion de comprobar estas notables modificaciones de la materia segregada por los folículos mucosos.

grumos mezclados con los esputos, de que nos ocupamos, cuando no hay ningun otro signo, que anuncie la existencia de la tisis.

Tambien los esputos al principio de la tisis, ó por mejor decir cuando se sospecha esta enfermedad, presentan frecuentemente otras particularidades, á que se ha dado mayor ó menor importancia. En efecto, no es raro observar estrias largas, delgadas, como desarrolladas en medio del liquido incoloro, filamentosos, transparente ó turbio, que forma entonces los esputos; otras veces estas estrias atraviesan el moco mas opaco, que constituye la mayor parte de los mismos esputos, y del que se distinguen por su color blanco mate ó ligeramente amarillento, análogo al de los grumos precedentes.

En los enfermos, que habian presentado semejante expectoracion, hemos hallado ordinariamente los pulmones llenos de tubérculos pequeños, la mayor parte duros, y algunos empezando ya á reblandecerse en su centro. Algunas veces por medio de una minuciosa diseccion nos ha sido posible descubrir ramificaciones bronquiales muy pequeñas, casi capilares, que se abrian en la pequeña cavidad donde se contenia la materia tuberculosa.

Si referimos ahora la naturaleza de la expectoracion, que últimamente nos ha ocupado, al estado del pulmon, nos inclinaremos á admitir como probable, que los esputos contienen ya una corta cantidad de materia tuberculosa, que se presenta en formas variadas (en grumos ó filamentos) segun su grado de reblandecimiento, y la forma y tamaño de la abertura que la ha dado paso. Una vez colocada en las pequeñas ramificaciones bronquiales, puede suponerse que camina pronto hasta las mas gruesas, donde se mezcla con el moco sin confundirse con él. Todo esto es sin duda muy admisible; pero del mismo modo que los grumos, de que antes hemos hablado, están muy distantes de provenir siempre de los tubérculos, tampoco son siempre producidos por ellos las estrias ó filamentos, que atraviesan los esputos; efectivamente, los hemos observado en casos, en que la abertura del cadáver nos ha probado que no habia ningun tubérculo en los pulmones, y creemos que tales estrias blanquecinas vermiceliformes, consideradas por muchos individuos como un producto de los tubérculos, que empiezan á reblandecerse, se forman con mas frecuencia en las pequeñas ramificaciones bronquiales, cuya secrecion puede diferir de la que se verifica en los canales mas gruesos.

59. De todo lo que precede se sigue, que mientras los tubérculos, aunque esten reblandecidos, no tengan estensas co-

municaciones con los bronquios, los esputos no pueden presentar mas que caracteres dudosos con respecto al conocimiento de la existencia de la tisis. ¿Podrá la expectoracion aclarar con mas seguridad el diagnóstico, cuando se han formado ya cavernas en los pulmones? Esto es lo que vamos á examinar. Se nos pueden presentar dos casos: 1.º el de establecerse repentinamente una comunicacion estensa entre una masa tuberculosa reblandecida y un tubo bronquial; 2.º el de ser esta comunicacion muy pequeña al principio, y ensancharse con lentitud, verificándose gradualmente el paso de la materia tuberculosa á los bronquios. En estos dos casos los esputos se presentan con un aspecto diferente, y mas ó menos característico.

Las dos observaciones siguientes ofrecen ejemplos del primer caso.

VI.ª OBSERVACION.

Expectoracion repentina de una gran masa tuberculosa reblandecida (vómica.) Muerte por asfixia.

Un hombre de una edad media, que quince dias antes habia entrado en el hospital, se quejaba de que hacia mucho tiempo le molestaba una tos seca y fatigosa; lo cual, unido á la disnea y á una calentura héctica, poco pronunciada todavia, anunciaba la existencia de una tisis pulmonar incipiente. Repentinamente, en medio de un golpe de tos, expectoró una gran cantidad de pus grueso, cuya acumulacion en las vias aéreas no tardó en hacerle perecer asfixiado. Hallamos los dos pulmones llenos de tubérculos miliares, de los que algunos, mas voluminosos, empezaban á reblandecerse. Además, en medio del lóbulo superior del pulmon derecho habia una escavacion casi enteramente vacía, bastante grande para poder recibir una manzana pequeña, y en comunicacion por una estensa abertura con un tubo bronquial, que casi inmediatamente iba al bronquio principal del pulmon.

Es muy probable que en este caso la materia expectorada proviniese casi toda de la cavidad abierta en el vértice de uno de los pulmones. La ulceracion perforativa del bronquio no se verificó sino despues del reblandecimiento completo de una gran masa tuberculosa; de modo que en el momento en que esta tuvo abierto el paso, pudo evacuarse repentinamente en su totalidad. La expectoracion fue característica.

VII.^a OBSERVACION.

Espectoracion puriforme abundante, que se estableció de repente, y coincidió con la aparición de un gran gorgoteo.

Otro individuo padecía tisis pulmonar, que no se había anunciado en mucho tiempo sino por la tos con simple espectoracion de la bronquitis aguda, por hemotisis frecuentes, por disnea, y últimamente, por un rápido enflaquecimiento. Por lo demas se había conservado bien en todos los puntos la sonoridad de las paredes torácicas, y el ruido respiratorio muy intenso no se hallaba alterado sino por un poco de estertor bronquial húmedo, que se oía en diferentes puntos. Tal era el estado del enfermo, cuando una tarde repentinamente fue acometido de un golpe de tos mucho mas violento que los acostumbrados, en medio del que le sobrevino una hemotisis. Esta cesó poco á poco al cabo de algunos dias. Pero al mismo tiempo que desaparecia la espectoracion sanguinea, el enfermo empezaba à arrojar en gran cantidad un liquido puriforme de un color verdoso, en medio del que sobrenadaban pequeños fragmentos blanquecinos, friables, restos muy probables de una masa tuberculosa. Desde el primer dia en que se presentó esta nueva espectoracion, se percibió por primera vez, debajo de la clavícula derecha, en el espacio comprendido entre esta y la tetilla, un gorgoteo muy fuerte sin pectoriloquia. Los dias siguientes persistió el gorgoteo; la espectoracion continuó siendo abundante y puriforme; pero no contenia los grumos pequeños que los primeros dias nadaban en medio del pus; desde entonces el enfermo caminó rápidamente al último grado de la tisis, y no tardó en sucumbir. Por una notable anomalía no tuvo apenas sudores. Se halló una caverna estensa en el sitio donde durante la vida se había oido el gorgoteo, y à su rededor el parenquima pulmonar estaba solo endurecido en el espacio de algunas líneas. Por lo demas había en los pulmones numerosos tubérculos en diversos grados de crudeza ó reblandecimiento.

Tambien aqui se verificó repentinamente en la naturaleza de la espectoracion un cambio notable, cuando una masa tuberculosa, reblandecida en su totalidad, fue evacuada al través de una estensa perforacion de los bronquios. En este caso los grumos que nadaban en medio de la materia purulenta espectorada, tenian la mas completa analogia con la materia que se halla muchas veces en las cavernas. Estos grumos cesaron de presentarse cuando fue evacuada toda la masa tuberculosa, y consistía solo la materia de la espectoracion del pus segregado por las paredes de la caverna. Obsérvese ademas que la época en que se presentó el gorgoteo, coincidió perfectamente con la en que apareció la espectoracion tuberculosa; tal gorgoteo no cesó de oirse nunca, lo que prueba la gran actividad de la secrecion,

que se verificaba en las paredes de la caverna, pues que vaciándose continuamente, se hallaba sin embargo siempre llena.

No es lo mas general esta evacuacion repentina de una gran masa tuberculosa al través de los bronquios; en el mayor número de casos acontece poco á poco, y entonces la materia que se forma en la escavacion tuberculosa, sale de ella tambien lentamente y de un modo menos manifiesto, espectorándose al propio tiempo una cantidad variable de moco bronquial, con quien se halla por lo regular mezclada. Entonces es mas ó menos difícil distinguir su presencia. ¿Qué términos pueden hallarse en tal caso para describir las formas infinitamente variadas, que pueden afectar los esputos? Sus principales diferencias dependen indudablemente: 1.º de la manera con que los bronquios comunican con la escavacion tuberculosa; 2.º del número, longitud, diámetro y modo de division de los tubos bronquiales, que debe atravesar el líquido antes de llegar á la traquearteria; 3.º de la cantidad y cualidad del moco bronquial con que se mezcla; y 4.º de su permanencia mas ó menos larga en los bronquios antes de ser espectorada. En muchos tísicos la materia de la espectoracion esta formada sobre todo por masas mas ó menos considerables, que permanecen suspendidas en medio de una serosidad turbia, cuya especie de esputos se designa en la Caridad con el adjetivo de *coposos*. En otros individuos la materia de la espectoracion es diferente: consta de masas gruesas de bordes redondeados, exactamente circulares, todas del mismo diámetro, que se conservan perfectamente aisladas unas de otras, y que permanecen en la superficie de un líquido mas ó menos turbio, bastante semejante á una disolucion de goma, y que forma entre las masas espacios perceptibles, casi iguales. En razon á su disposicion se han llamado estos esputos *nummulares*. Examinándolos con la simple vista, ó mejor por medio de un lente convexo, parece que están formados por la reunion de una porcion de puntos pequeños, que pueden dividirse en otros mas pequeños, los cuales son moléculas bastante análogas á las que se observan en la materia tuberculosa mas ó menos reblandecida tratada por el agua. Tales puntos de un blanco mate, se hallan reunidos por medio de un moco ya agrisado y semi-transparente, ya amarillo ó verdoso y completamente opaco. De modo que el esputo entero parece constar de diversos colores, *variegatum*, como decian los antiguos. Bajo cualquier aspecto que se presenten estos esputos creemos espresar bastante bien la manera cómo se forman, y dar una idea exacta de su disposicion, designándolos con M. Lermnier con el término genérico de *esputos compuestos*.

60. El pus, que llena ciertas cavernas, es notable por su color gris sùcio, ceniciento y algunas veces rojizo, cuya última tinta parece debida á cierta cantidad de sangre mezclada con él. Este líquido, que tiene mucha analogia por su consistencia, color y olor, generalmente fétido, con el pus sanioso producido en muchas úlceras antiguas de mala naturaleza, ó en ciertos tumores blancos de las articulaciones, se segrega evidentemente por las mismas paredes de las cavernas, y por lo regular los grumos pequeños de un blanco mate, restos de la materia tuberculosa, se hallan suspendidos en medio de él. Los esputos de muchos tísicos están á veces formados en parte ó en totalidad por la materia que acabamos de describir, la cual, siendo al principio rara, no se presenta sino de tarde en tarde en forma de chapas aisladas en medio de esputos de diversos aspectos. Poco á poco vá siendo mas abundante, y acaba por formar casi enteramente los esputos. Entonces la materia expectorada presenta la mayor semejanza con la contenida en las cavernas; sin embargo, es siempre algo mas consistente, lo que parece depender de su mezcla con el moco bronquial. Es una especie de gacheta homogénea, agrisada ó rojiza, fétida ó inodora, en medio de la que se perciben muchas veces separados algunos restos de materia tuberculosa, tales como se hallan en las cavernas.

Esta especie de expectoracion, incontestablemente mas característica, indica que el enfermo ha llegado á un grado mas adelantado de consuncion pulmonar. Hay entonces algunos tísicos á quienes basta acostarse del lado opuesto al en que existen las mayores escavaciones tuberculosas, para arrojar inmediatamente y en gran cantidad de una vez el líquido que las llena; pudiera creerse que existía un derrame pleurítico, que se abre paso al través de los bronquios. Uno de tales enfermos nos aseguraba que sentia vaciarse el pulmon, cuando despues de haber estado algun tiempo acostado sobre el lado derecho, se volvía al izquierdo. Hallamos en su pulmon derecho una estensa caverna medio llena aun del líquido que formaba la materia de los esputos, y en comunicacion con un grueso tubo bronquial, que la transmitía casi directamente á la tráquea.

Sin embargo, debemos decir que hemos abierto á veces tísicos, que habian presentado la precedente expectoracion, y en cuyos pulmones no existía ninguna caverna grande. En tales casos hemos hallado constantemente una multitud de escavaciones pequeñas, llenas de una materia análoga á la de los esputos, y en comunicacion con bronquios mas ó menos voluminosos. Eran bastante numerosas para poderlas considerar como el origen de

la abundante expectoracion, que habia habido durante la vida:

61. Cuando en lugar de presentarse los esputos en la última época bajo la forma de una gacheta homogénea continúan manifestándose divididos, y sobrenadan en una serosidad abundante, es común que cambien repentinamente de carácter cuarenta y ocho á ochenta horas antes del término fatal. La parte mas líquida desaparece, y los esputos forman en el fondo de la escupidera una masa aplanada de un color gris sucio, que no se desprende, aun cuando se ponga el vaso boca abajo.

62. Otras veces, poco antes de la muerte, se suprime toda especie de expectoracion; si al mismo tiempo se agravan los demás síntomas; si sobre todo disminuyen repentinamente las fuerzas, esta supresion debe considerarse como de fatal agüero.

La supresion de la expectoracion puede depender en este caso, como en la pulmonía, de dos causas. Por lo general cuando el enfermo llega al último grado de marasmo y debilidad no tiene fuerza para expectorar. El líquido se aumenta en la laringe, la tráquea y los bronquios, y el individuo muere asfixiado. Otras veces el enfermo cesa repentinamente de expectorar, sin que se perciba ningún estertor en la tráquea. Al mismo tiempo deja de notarse el gorgoteo donde algunas horas antes le reconocia el oído del modo mas evidente. En tal caso es necesario admitir que el líquido que llenaba la caverna ha sido reabsorbido. No de otro modo desaparecen algunas veces en corto tiempo colecciones purulentas subcutáneas apreciables á la vista y al tacto. En muchos tísicos, cuya expectoracion se habia suspendido de esta manera poco tiempo antes de la muerte, hemos hallado estensas cavernas enteramente vacías de líquido.

63. Tenemos aun que examinar algunas particularidades más ó menos raras, que presentan en su composicion los esputos de los tísicos.

Es una opinion vulgar que se hallan pedazos de los pulmones en la materia de la expectoracion de los tísicos; lo cual, si bien es mas raro de lo que generalmente creen las personas extrañas á la ciencia, es sin embargo real. Recordamos desde luego haber hallado á veces, en medio de una escavacion tuberculosa, verdaderos fragmentos de sustancia pulmonar que, probablemente se habian desprendido de algunas bridas, de las que atravesaban la caverna: semejante separacion puede acontecer sin hemorragia á causa de la obliteracion de los vasos. Con mas frecuencia se hallan algunas de estas mismas bridas unidas al resto del parenquima pulmonar tan solo por un pedículo muy delgado, que se rompe con la mas ligera traccion. Por otra parte hemos visto, del mismo modo que en este caso, otros órga-

nos enfermos degenerados dividirse y desprenderse en fragmentos grandes, que se han espelido en seguida al exterior, cuando ha habido una comunicacion abierta. Practicando recientemente la inspeccion cadavérica de una mujer muerta de cáncer uterino hemos encontrado en la cavidad del cuello de la matriz, muy dilatado, un grueso pedazo de tejido encefaloideo libre, y que se habia desprendido en una sola masa de las paredes cancerosas del órgano.

Conocidos estos hechos, se concibe que una vez libre en una caverna un fragmento de parenquima pulmonar puede salir al través de una abertura bronquial, y aun ser expectorado.

Lo que acabamos de decir del mismo parenquima del pulmon, lo aplicamos igualmente á las diversas partes que constituyen las paredes de los bronquios: invadidos estos por la inflamacion pueden desorganizarse, en términos que los cartilagos, puestos á descubierto mediante la destruccion de la membrana mucosa, se desprendan por sí mismos en fragmentos mas ó menos estensos, y que libres en la cavidad del bronquio se espelan en seguida fácilmente con la expectoracion. Mas adelante insistiremos acerca de esto.

64. En medio de la expectoracion ordinaria de los tísicos hemos hallado algunas veces especies de concreciones membraniformes, semejantes á las del croup. No deben confundirse estos trozos de pseudo-membranas con fragmentos de hidatides, que tambien pueden ser espelidos con la expectoracion, de lo que citaremos ejemplos mas adelante. Por lo regular estas membranas falsas no aparecen en los esputos sino con intervalos largos. Una sola vez las hemos visto mas abundantes, mezcladas con los esputos, pues aparecieron cada dos ó tres dias por el espacio de un mes. El enfermo presentaba todos los síntomas de una tisis pulmonar muy adelantada: un gorgoteo muy fuerte y circunscrito entre la clavícula derecha y la tetilla del mismo lado anunciaba la existencia de una estensa caverna en el mismo punto. La tos, frecuente, se reproducia por sacudidas penosas. La voz se habia estinguido completamente. No se pasaban dos ó tres dias sin que el enfermo expectorase con mas ó menos esfuerzos trozos membraniformes de forma irregular, de color blanco, sin señales de organizacion, y sobre los que era necesario ejercer una ligera tracción para desgarrarlos. Los mayores eran mas largos que anchos; tenian cerca de tres pulgadas en el primer sentido, y una en el segundo. Los habia tan pequeños, que no pasaban de seis líneas en todos sentidos. Este enfermo, á quien segun todas las probabilidades restaba poca vida, quiso abandonar el hospital, y le perdimos de vista. Hubie-

ra sido curioso examinar en qué parte de las vías aéreas se formaban las numerosas falsas membranas, que había espectorado. ¿Sería en la misma laringe como lo hacía sospechar la extinción de la voz, y padecería este individuo una especie de croup crónico? ¿Acontecía esta formación, sea en la traquearteria, sea en las diversas ramificaciones bronquiales? Por último ¿no podía admitirse que los trozos de falsas membranas espectoradas provenían del interior mismo de las cavernas? Se sabe en efecto que las paredes de estas se hallan muchas veces tapizadas por una capa blanquecina membraniforme, la cual podría desprenderse por fragmentos, y mezclarse con la materia de la espectoración. Estas diversas suposiciones son todas más ó menos admisibles; por otra parte se han citado muchos ejemplos de bronquitis crónicas en los niños ó en los adultos, acompañadas de espectoración de falsas membranas, que en algunas circunstancias conservaban las formas de los ramos bronquiales, cuyas paredes tapizaban (1). Estos hechos prueban, entre otras cosas, que la formación de las falsas membranas en la superficie de las mucosas inflamadas no depende únicamente de la intensidad de la inflamación; pues aquí, en efecto, son copiosamente producidas bajo la influencia de una simple flegmasia crónica.

65. Durante el curso de la tisis se espectoran algunas veces concreciones calciosas: nuestras observaciones nos conducen á admitir que esta especie de espectoración se verifica más generalmente en los sujetos atacados de tubérculos pulmonares. Puede presentarse en diversos periodos de su enfermedad. Poseemos la observación de un individuo (era un joven griego) que espectoró cálculos pequeños al tiempo que se manifestaron en él los primeros síntomas de la tisis; caso que nos parece muy raro, pues ordinariamente solo en una época más adelantada de la consunción pulmonar es cuando los enfermos arrojan algunas veces col. la espectoración concreciones calciosas. Hemos visto, por ejemplo, á una joven de diez y ocho años, que había llegado al último grado de marasmo, y tenía estensas cavernas en los pulmones, espectorar dos días antes de su muerte un cálculo de superficie irregular, y del tamaño de una judía pequeña. Por otra parte la espectoración de este cálculo no fué precedida ni seguida de ningún accidente extraordinario.

Todos los individuos que han presentado cálculos en la es-

(1) Consúltese en particular sobre este objeto una memoria de M. Raimon, inserta en el tomo IV de los *Boletines de la sociedad de medicina*.

pectoracion eran jóvenes; de manera que bajo este punto de vista nuestra observacion no está de acuerdo con la de los autores que consideran semejante espectoracion mas comun en los viejos.

El volúmen de los cálculos pulmonares es muy variable: se han observado menores que un grano de mijo, y otros muy raros hasta del volúmen de una judía ordinaria. En las actas de la academia de Copenhague se lee la historia de una mujer, que en medio de una violenta tos arrojó una piedra del tamaño de la primera falange del pulgar. Morgagni dice que ha visto un cálculo pulmonar tan voluminoso como un hueso de melocoton: habia sido espectorado en medio de unos esfuerzos de tos muy considerables (*conatu immani.*) El enfermo afirmaba haberle sentido distintamente subir del pulmon derecho á la tráquea. Shenkius habla de una jóven de catorce años, que espectoró un cálculo del tamaño de una nuez.

El número de concreciones petrosas que se espectoran está en general en razon inversa de su volúmen. En el *Diccionario de ciencias médicas* (artículo *Casos raros*) se halla la observacion de un tísico, que durante los últimos ocho meses de su existencia espectoró mas de doscientas piedras. Una jóven, cuya historia ha sido citada en uno de los cuadernos de la *Biblioteca médica* del año 1820, espectoró en tres meses veintidos concreciones pulmonares, de las que la mas gruesa tenia el volúmen de una cereza. M. Portal habla de un individuo que arrojó mas de quinientos cálculos por la espectoracion; los primeros no eran mayores que un grano de mijo; mas adelante espolió otros que tenian el volúmen de un guisante.

La forma de los cálculos pulmonares, su color y demas propiedades físicas no son menos variables. Ya son pequeñas masas toféceas, friables, semejantes al yeso saturado de humedad, y que se desmenuzan fácilmente con la compresion de los dedos; ya tienen mayor dureza, y se necesita emplear cierta fuerza para partirlos. Algunas veces parecen granos de arena, ó segun dicen, pedazos del guijarro mas duro (nosotros no hemos podido observar esta última especie.) Pueden ser ovalados, cilindricos, globulosos y piriformes: á menudo presentan ramificaciones como si estuvieran formados á la vez en muchos ramillos bronquiales pequeños. Con mas frecuencia estan erizados en su superficie de numerosas asperezas, presentando por su forma alguna semejanza con los cálculos calcáreos de la vegiga. La mayor parte de estas concreciones tienen el color blanco gris. Una vez las hemos visto como salpicadas por una porcion de puntos negros.

Casi todos los cálculos pulmonares, que se han sometido hasta ahora al análisis químico, se han hallado compuestos de fosfato de cal y un poco de materia animal. Solo en algunos casos raros se ha comprobado la existencia de carbonato de cal.

¿Cuál es el origen de los cálculos espectorados? ¿qué lugar ocupan en el pulmón? Hay casos en que es fácil responder á esta cuestion: muchos cálculos parece que se producen en las ramificaciones bronquiales, como lo acredita su forma ramosa, análoga á la de ciertos cálculos renales que ocupan simultáneamente la pelvis y muchos de los cálices: por otra parte se concibe que con el moco de los bronquios debe suceder lo mismo que con los demas líquidos del cuerpo vivo, en la mayor parte de los cuales se han visto desarrollarse cálculos. Puede creerse que tal sería el origen de las numerosas concreciones que han sido espectoradas en un espacio de tiempo mas ó menos largo, sin desarreglo notable de la salud, ni antes, ni durante, ni despues de la espulsion. Areteo habia ya observado que muchos individuos, en cuyos esputos se hallaban cálculos pequeños, no experimentan ningún accidente temible. Olaüs Borrichius cita la observacion de uno de sus amigos que de vez en cuando arrojaba pequeñas piedras en consecuencia de un golpe de tos, sin que se alterase su salud. Tal es tambien el caso del individuo, cuya historia hemos referido precedentemente con relacion á M. Portal.

Otros muchos cálculos, aunque se hallen colocados en los bronquios, pueden tener sin embargo un origen diferente de los precedentes. En efecto, segun el hecho que vamos á esponer, nos inclinamos á pensar que algunos de los cálculos arrojados por la espectoracion no son mas que fragmentos de cartilagos bronquiales osificados. Véase el hecho en que fundamos esta conjetura.

Un hombre de cerca de 40 años murió tísico en el hospital de la Caridad; habia tenido frecuentes hemotisis, y murió en medio de una de ellas. Al abrir los bronquios en sus diversas ramificaciones nos llamó la atencion el volumen y consistencia que habian adquirido los puntos cartilagosos engrosados, que en el estado normal ocupaban las paredes de los bronquios pequeños. Muchos de estos puntos habian adquirido una consistencia verdaderamente huesosa: dos de ellos no estaban cubiertos por la membrana mucosa ulcerada, y disfrutaban de tal movilidad, que tirando ligeramente de ellos con unas pinzas, quedaron libres en la cavidad del bronquio.

No es ageno de razon el admitir que semejante separacion hubiera podido efectuarse durante la vida, y entonces el pequeño cartilago osificado se hubiera transformado en una concrecion

calcárea, de que el enfermo se hubiese desembarazado por la expectoracion. De esta manera se han hallado flotando libremente algunas veces en la cavidad de una arteria concreciones huesosas desprendidas de sus paredes. Tambien se esplica asi la formacion de las concreciones huesosas ó cartilagosas, que se hallan enteramente libres en ciertas articulaciones. No hace mucho que al abrir el cadáver de una mujer se nos ha presentado una concrecion redondeada del tamaño de un guisante, que puede referirse á las precedentes respecto de su origen; se hallaba enteramente libre en la cavidad del peritóneo, donde se la veia flotar en la proximidad de uno de los ovarios.

En otras circunstancias los cálculos expectorados pueden proceder directamente de una escavacion tuberculosa donde tienen origen. Dos veces efectivamente hemos encontrado en medio de grandes cavernas llenas de líquido purulento, una concrecion calculosa, dura y sólida, del tamaño de una avellana, cuya superficie se hallaba erizada de numerosas asperezas. Estas cavernas comunicaban con los bronquios por estensas aberturas, y es probable que si los enfermos hubieran vivido mas tiempo, hubieran arrojado los cálculos con la expectoracion.

Por último, hay cálculos, y no son los menos numerosos, que parecen haberse producido en medio del parenquima pulmonar, en el que se hallan como implantados. Sin embargo, si se tiene presente la forma como ramosa de estos cálculos; si se compara su figura con la de los tubos sin salida, que terminan los bronquios, tales como se hallan representados en la obra de Reissessen, nos inclinaremos aun á creer que tienen tambien su asiento en las últimas ramificaciones del árbol bronquial, en las vesículas aéreas.

Hay otro hecho notable relativamente á los cálculos, que parecen producidos en medio del parenquima pulmonar, á saber: que casi siempre se hallan mezclados con masas de materiales tuberculosos. Hay mas: una atenta observacion conduce á admitir que muchas de las concreciones calculosas no son al principio sino tubérculos que se han endurecido y petrificado poco á poco á consecuencia de un cambio en su composicion química. En efecto, en un pulmon donde se hallan muchos cálculos colocados en el centro ó en la proximidad de la materia tuberculosa, se encuentran otros muchos puntos de esta materia que empiezan á separarse de los caracteres del tubérculo ordinario, y son semejantes al yeso muy reblandecido con el agua de que se ha saturado; pero parece que las moléculas que los componen han perdido su fuerza de cohesion; se encuentran separadas unas de otras, y representan granos pequeños friables di-

vididos por una sustancia mas líquida. La análisis demuestra ya en esta variedad de los tubérculos un poco de fosfato de cal unido á una gran cantidad de agua y materia animal. Por una prolongada desecacion se evapora el agua, se aproximan mas y mas las moléculas, y la masa aun medio líquida acaba por adquirir una consistencia pétreo. Numerosos ensayos me han asegurado de la exactitud de estos hechos. Pues bien; lo que pasa á nuestra vista, bajo la influencia de una evaporacion enteramente física, parece tener lugar en el pulmon bajo la influencia de un trabajo de absorcion que elimina del tubérculo su parte mas líquida, al mismo tiempo que se segrega mas y mas cantidad de fosfato de cal. A lo menos es cierto que semejante transformacion sucesiva del tubérculo en cálculo, puede seguirse con mucha facilidad en cierto número de pulmones. De aqui se concibe cómo la espectoracion de las concreciones calcúlosas vá acompañada frecuentemente de los síntomas de la tisis pulmonar.

Esta transformacion de la materia tuberculosa en cálculo parece que puede verificarse en los mismos casos en que háy reblandecimiento de una masa mas ó menos considerable de tubérculos, que evacuada al través de los bronquios, deja en su lugar una escavacion mayor ó menor. A lo menos es lo que nos parece que resulta del siguiente hecho.

Hacia el vértice de los pulmones de un tísico hallamos en medio de un tejido negro é indurado una concrecion calcúlosa del tamaño de una avellana pequeña encerrada en un kiste de paredes fibro-cartilagosas. Con este kiste comunicaba un tubo bronquial ancho, que era la tercera division del bronquio principal. Se hallaba cortado con igualdad al nivel del kiste. Segun su disposicion y dimensiones no podia apenas dudarse que se habia hallado en otra parte en comunicacion con una cavidad mucho mayor que la del kiste actual que parecia ser solo un vestigio de aquella; la tendencia á la cicatrizacion estaba tambien atestiguada por la falsa membrana que tapizaba lo interior del kiste. Se oponia á la aproximacion completa de sus paredes el cálculo que le llenaba, y que era tal vez resultado de la transformacion que habia sufrido un resto de materia tuberculosa. Mas adelante hubiera podido obliterarse la abertura accidental del bronquio, y en tal caso se hubiera desconocido necesariamente el verdadero origen de la concrecion enkistada.

Este hecho sirve para confirmar otros análogos que ha publicado Laennec. Volveremos á este asunto cuando hablemos de la terminacion de la tisis.

De las diversas consideraciones á que acabamos de entregarnos resulta:

1.º Que la espectoracion de un número mayor ó menor de

cálculos coincide frecuentemente, pero no siempre, con la existencia de tubérculos pulmonares.

2.º Que los síntomas graves que preceden acompañan ó siguen á la expectoracion de los cálculos, dependen menos de la presencia de estos en el parenquima pulmonar que de la simultánea de los tubérculos. Conocemos pocos casos en que los síntomas de la tisis se hayan manifestado consecutivamente á la existencia de simples cálculos en los pulmones. Bayle no ha citado mas que un solo ejemplo en la trigésima tercia observacion de su obra, y respecto de él se le pudiera objetar que la *materia cretácea un poco húmeda* que rodeaba los cálculos diseminados en el parenquima pulmonar habia sido antes una verdadera materia tuberculosa, consecuencia que, aunque no deducida por Bayle, resulta de la reunion de los hechos que antes hemos citado. La tisis calcúlosa de Bayle es, cuando menos, una enfermedad muy rara; nosotros sin conocer hechos positivos que acrediten su existencia, admitimos su posibilidad.

3.º Cierta número de concreciones calcúlosas pueden tener origen en las diversas ramificaciones del árbol bronquial, cuyo origen puede demostrarse despues de la muerte por medio de la inspeccion anatómica, y durante la vida se puede admitir cuando antes ó despues de la observacion de los cálculos no sobrevenga ningun síntoma de tisis pulmonar.

4.º Por último, en todos los casos de expectoracion calcúlosa el pronóstico debe variar, segun la constitucion del individuo, las circunstancias anteriores, y la naturaleza de los accidentes que se presenten durante ó despues de la espulsion de los cálculos.

66. Respecto del olor, los esputos de los tísicos no ofrecen por lo regular ninguna señal en los diversos períodos de la enfermedad: provengan de los bronquios ó de las cavernas no exhalan en el mayor número de casos olor alguno, y si lo tienen es poco desagradable. Esta falta de olor en los esputos persiste muchas veces hasta la muerte: en otros tísicos adquieren una gran fetidez en los últimos días de la vida; por último, en los menos la expectoracion es mas ó menos fétida durante todo el curso de la enfermedad.

¿La fetidez que presenta la expectoracion en ciertos tísicos depende de la presencia del aire en las cavernas? No puede admitirse. Muchas veces hemos podido insuflar sin esfuerzo una gran cantidad de aire en las cavernas al través de tubos bronquiales anchos, y sin embargo los esputos nunca habian sido fétidos; la materia contenida en las cavernas era tambien inodora. Otras veces la existencia de un gorgoteo muy pronuncia-

do durante la vida no nos dejaba dudar que el aire penetraba libremente en estensas cavernas llenas de líquidos, y sin embargo la materia de la expectoracion era inodora; de modo que la fetidez que esta presenta en cierto número de casos, parece depender sobre todo de la misma naturaleza de la modificacion verificada en la secrecion, que es por otra parte la causa de donde emanan las demas variedades de esputos. En otras muchas secreciones vemos tambien formarse ciertos principios olorosos, sin que podamos apreciar cual es la modificacion del órgano secretor á que se refiere su produccion. Asi es, por ejemplo, que entre dos individuos que parecen colocados bajo las mismas condiciones, el sudor del uno es inodoro, y el del otro exhala un olor fuerte muy desagradable.

En muchos sugetos, cuyos esputos habian tenido un olor muy fétido, no solo no hemos hallado lesion alguna particular en los pulmones que pudiera explicarlo, sino que no habia siquiera caverna, y si solamente tubérculos crudos en el parenquima pulmonar; por último, en otros no habia ni aun tubérculos, ni mas afeccion que una bronquitis crónica.

En cierto número de enfermos hemos visto coincidir la fetidez de los esputos con la existencia de una gangrena mas ó menos estensa que habia invadido las paredes de una ó muchas escavaciones tuberculosas. Esta gangrena se conoce: 1.º por el olor que exhalan las partes atacadas; 2.º por el color verde ó gris de las mismas; por su reblandecimiento en algunos casos, y su transformacion en una especie de pulpa gris ó negra. Es de notar que algunas veces esta gangrena se halla tan solo en el espacio de algunas lineas al rededor de las escavaciones tuberculosas, entre las cuales el parenquima pulmonar no presenta ningun vestigio de aquella. Es una de las causas que puede apresurar la muerte en algunos tísicos; el momento en que sobreviene se anuncia por el olor fétido que adquieren los esputos, y mas adelante por el cambio de color de los mismos, si el enfermo vive bastante tiempo para que la parte gangrenada se convierta en pulpa, y constituya una porcion de la materia de la expectoracion. Asi se gangrenan muchas veces los bordes y el fondo de algunas úlceras cancerosas del estómago, y mas aun del útero. En los animales, y sobre todo en el caballo y el cerdo, hemos comprobado con mas frecuencia que en el hombre la existencia en los pulmones de una gangrena limitada á las paredes de las escavaciones tuberculosas. Es probable por otra parte que en tales casos la gangrena sea solo consecutiva á una inflamacion aguda ó crónica que tenga su asiento en el parenquima pulmonar al rededor de las cavernas. Estas enton-

ces pueden compararse á una especie de úlceras de mal carácter, á cuyo rededor el trabajo inflamatorio se modifica de manera que tiene una tendencia notable á terminar por gangrena.

Hemos visto individuos que parecen atacados de una simple bronquitis crónica, y en los que la expectoracion, inodora habitualmente, adquiria por intervalos una verdadera fetidez gangrenosa, sin que sufrieran ningun cambio las demas cualidades de los esputos, y en especial su color. No se puede apenas admitir que en semejantes casos la fetidez por grande y repugnante que sea, anuncie un estado gangrenoso del pulmon. ¿Cómo concebir en efecto que sin presentarse un conjunto de síntomas muy graves pueda invadir la gangrena diversas veces al parenquima pulmonar? En segundo lugar para que los esputos cesasen de ser fétidos, si este olor dependiese de la gangrena, seria preciso que las partes gangrenadas del pulmon se desprendiesen y se arrojasen con ellos en forma de pulpa agrisada, que es difícil desconocer, lo cual no se observa en los casos de que hablamos. La siguiente historia nos presenta un ejemplo de lo mismo.

VIII.^a OBSERVACION.

Fetidez de la materia expectorada, bastante notable para hacer temer la existencia de una gangrena del pulmon, y desaparicion espontanea de la misma al cabo de cierto tiempo (1).

Un zapatero de 43 años de edad, hijo de un padre que toda la vida tuvo disposicion á contraer romadizos, y que sin embargo vivió hasta los 74 años, habiendo tenido muchos hijos, tosia habitualmente casi desde su primera infancia. De cuando en cuando la tos era mas fuerte, mas penosa; entonces sentia mucha opresion, y suspendia momentaneamente sus ocupaciones.

Quando le vimos la primera vez su cara estaba livida; su respiracion era alta, acelerada; imposible el decubito horizontal, so pena de ahogarse: cada inspiracion iba acompañada de un fuerte silvido en la traquea-arteria. En la parte posterior é izquierda la sonoridad era menor que en los demas puntos de las paredes torácicas; en el mismo sitio el ruido de expansion pulmonar se oia de un modo muy oscuro con mezcla de estertor mucoso. Por otra parte el ruido respiratorio era muy intenso, *pueril*, con estertor ronco ó sibilante en muchos puntos. Los esputos se hallaban formados de una especie de gacheta homogénea, amarilla verdosa; no adherian al vaso, y exhalaban un olor muy fétido y gangrenoso. El enfermo decia percibir en ellos un sabor desagradable como el de los eructos á huebos podridos en las malas digestiones. Solo diez dias habian transcurrido desde que se presentaron el olor y sabor particulares de que hemos hablado; el corazon parecia hallarse en el estado fisiológico, y no se habia presentado ninguna señal de hidropesia. Cinco ó seis

(1) Véanse otros casos de esta especie en el tomo I.

años antes, durante el curso de un catarro fuerte, había tenido una abundante hemotisis. En esta misma época se habían presentado copiosos sudores que no se reprodujeron despues. La ingestion de los alimentos en el estómago era habitualmente seguida de una sensacion de peso en el epigastrio; el pulso solo tenia una mediana frecuencia; no habia calor en la piel; y la nutricion se hallaba en buen estado.

¿Qué diagnóstico podia formarse en este caso? Lo mas evidente era la existencia de una inflamacion crónica de los bronquios, propagada desde una época mas ó menos antigua á una porcion del parenquima pulmonar. La estrema fetidez de los esputos nos inclinó á creer que en algunos puntos habia terminado por gangrena la inflamacion de este parenquima. (*Se cubrió con un estenso vejigatorio la parte media del pecho*).

En los dias sucesivos el estado del enfermo no sufrió cambio notable; despues disminuyó de intensidad la tos, y la dificultad de respirar se hizo sensiblemente menor, siendo posible el decubito horizontal. Los esputos conservaron casi la misma fetidez por unos quince dias, disminuyendo gradualmente su olor en seguida, hasta llegar á ser casi inodoros como los esputos de una bronquitis simple; los demas caracteres continuaban casi en el mismo estado. Nos preguntabamos si realmente habria habido gangrena del pulmon; pero asegurándonos el enfermo que muchas veces, cuando se le habia exasperado el catarro habitual, se habian presentado los esputos con un olor y sabor semejante á los que ofrecian en la época de su ingreso en el hospital, nos inclinamos á pensar que la fetidez era independiente de una afeccion gangrenosa. Este individuo abandonó pronto el hospital para dedicarse á sus ocupaciones ordinarias, tosiendo todavia, y conservando un sonido macizo en la parte posterior izquierda del pecho.

Cualquiera que sea la causa á que se atribuya la fetidez de los esputos presentada por el enfermo que forma el objeto de la observacion anterior, deduciremos un hecho práctico muy curioso, y es que la fetidez como gangrenosa de la expectoracion puede desaparecer despues de haber durado mas ó menos tiempo, y que por consiguiente no es un signo necesariamente mortal. Hemos tenido tambien ocasion de comprobar lo mismo en otro individuo de cerca de 50 años, antiguo capitan, que á su entrada en la Caridad no presentaba mas sintomas que los de una simple bronquitis crónica. Poco tiempo despues los esputos que hasta entonces habian sido inodoros, adquirieron un olor tan fétido que se percibia á la distancia de algunos pies. Por lo demas el estado del enfermo se conservaba lo mismo. La fetidez persistió cerca de veinte dias; en seguida disminuyó, y por último desapareció completamente. El individuo de quien nos ocupamos abandonó el hospital al poco tiempo y en un estado satisfactorio. A estos hechos añadiremos una observacion inserta en la coleccion de Tesis de Haller: se refiere á un hombre que por mucho tiempo expectoró una materia purulenta

ta tan fétida, que no se podia permanecer en la habitacion sino con las ventanas abiertas ; y sin embargo recobró su salud.

67. El sabor de los esputos de los tísicos ha sido observado tan cuidadosamente como su olor. La mayor parte de los autores han adelantado que los tísicos, cuyos esputos son inspidos, tardan mas en hacerse marasmódicos (1). Nuestras propias observaciones no nos han confirmado la verdad de este proverbio. Hemos visto algunos tísicos, que se quejaban del sabor insoportable de sus esputos, y que han enflaquecido con mucha lentitud. Hemos hallado muy pocos, que nos hayan dicho percibir en sus esputos el sabor dulce y azucarado que Hipócrates considera como uno de los signos de la consunción pulmonar. Según la mayor parte de los autores, los esputos azucarados van acompañados de un rápido enflaquecimiento ; pero creemos que ha sido admitida principalmente esta opinion para sostener una hipótesis antigua, según la que se suponía, que el sabor azucarado de los esputos dependía de la presencia de la materia nutritiva, que pasando por los pulmones afectos, no podía elavorarse en ellos, trasudaba al través de las paredes de los bronquios, y se mezclaba con la expectoracion, de que formaba parte.

Nos parece que se ha dado tambien sobrada importancia á los esputos salados, observados tambien por Hipócrates (2) y considerados por Morton como un signo precursor de la tisis. Hemos visto muchos individuos atacados de una simple bronquitis, cuyos esputos eran salados, y que no han llegado á hacerse tísicos. Ademas hemos observado muchos tísicos, que nunca han hallado dicho sabor bien pronunciado en sus esputos.

68. Es circunstancia que importa conocer la especie de intermitencia, que presenta la expectoracion en algunos tísicos. En individuos, cuyos pulmones tienen numerosas cavernas, por ejemplo, se vé que por muchos dias seguidos la materia de la expectoracion consta solo de un poco de serosidad gris y filamentosa, y que luego, cambiando repentinamente de carácter, se hace purulenta y semejante á la contenida en las cavernas. Despues que esta expectoracion continúa por mas ó menos tiempo, cesa de nuevo para ser reemplazada por otra de mucosidades, y asi cambia sucesivamente varias veces seguidas. En

(1) *Ad phthisia prona, qui frequenter insipida spulant, tardius tabescunt.* (Fennet. theat. tabid.)

(2) *Phthisici saluginosum spunt, deinde dulcius,*

muchos tísicos la expectoracion no es característica sino por la noche ó por la mañana; en el resto del dia no expectoran, ó espelen materias de un aspecto totalmente diverso. En otros solo se verifica la expectoracion al fin de las exacerbaciones de la calentura héctica, siendo seca la tos durante el recargo. Bajo este punto de vista sucede con las escavaciones tuberculosas del pulmon, lo mismo que con muchas úlceras esternas, cuya superficie se seca durante el acceso de una calentura intermitente, y empieza á humedecerse de nuevo á medida que se aproxima la terminacion del mismo.

69. Despues de haber presentado los principales rasgos de la historia de la expectoracion en los tísicos, réstanos examinar hasta qué punto puede conducirnos la consideracion de los esputos en estos enfermos, á datos ciertos sobre la existencia de los tubérculos pulmonares. Nos hemos convencido por la observacion, que no hay apenas ninguna de las variedades de los esputos de que hemos hablado, que no se encuentre tambien en casos de simples bronquitis crónicas. En consecuencia de las infinitas variedades de la inflamacion, que puede invadir á las vías aéreas el líquido segregado por la membrana mucosa, puede ofrecer la mayor parte de las variedades de forma, consistencia, color y olor, que presenta el formado en las escavaciones tuberculosas.

Por otra parte, en mas de un caso de tisis con reblandecimiento de los tubérculos y formacion de cavernas, la expectoracion continúa constantemente mucosa, como la que se observa por ejemplo hácia el medio ó fin de algunas bronquitis agudas; es claro que en casos de esta especie la consideracion de los esputos podrá inducir á error acerca de la verdadera naturaleza de la enfermedad, bajo cuyo punto de vista nos parecen interesantes los siguientes hechos:

IX.^a OBSERVACION.

Escavaciones tuberculosas en los pulmones. Expectoracion simplemente catarral.

Una jóven se hallaba atormentada de una tos violenta y disnea considerable. El pecho sonaba bien en toda su estension. Habia pectoriloquia evidente debajo de la clavícula derecha. Sin embargo, la expectoracion, por tres semanas que la observamos, fue siempre puramente catarral (mucosidad sin color, transparente y muy filamentosas, que se adheria á los bordes del vaso por medio de estrias largas, algunas de las cuales eran opacas.) Enflaquecimiento, calentura héctica. La enferma se debilitó poco á poco, y murió sin agonía. En el vértice del pulmon derecho habia muchas escavaciones, que comunicaban

entre sí, y estaban medio llenas de un líquido ceniciento, en medio del que habia grumos pequeños de un color blanco mate. Ademas se hallaban los dos pulmones sembrados de numerosos tubérculos, la mayor parte en el estado de crudeza.

Es probable que en esta enferma la cavidad formada en el vértice del pulmon derecho produjese una secrecion poco activa; por otra parte, la exhalacion bronquial no se hallaba apenas modificada, sino con relacion á su cantidad; de aqui la ausencia de materia purulenta en los esputos.

X.ª OBSERVACION.

Tisis pulmonar en último grado. Espectoracion habitualmente catarral, haciéndose so'o característica por intervalos.

Un jóven, en quien se hallaba anunciada la tisis pulmonar en el último grado por una tos pertinaz, que hacia siete ú ocho meses que duraba, por calentura héctica, marasmo y una gran disnea, y en el que reconocimos la pectoriloquia en la fosa supra-espiná derecha, tenia habitualmente una espectoracion insignificante y parecida á la del catarro agudo en su último período: esto es, formada por un moco amarillo-verdoso, homogéneo, filamentoso, mezclado con saliva. Solo por cuatro ó cinco veces, durante cosa de seis semanas que permaneció en el hospital, se hallaron mezcladas con este moco estrias de un color gris rojizo súcío, que nos parecieron provenir de cavernas pulmonares. Al abrir el cadáver se halló el pulmon derecho, desde su vértice á la base, lleno de una ininidad de tubérculos miliares pequeños, habiéndolos tambien, aunque en menor cantidad, en el pulmon izquierdo: en el vértice del derecho se encontraba una caverna enteramente vacia, que podia contener una nuez.

La existencia de una pectoriloquia muy pronunciada sin gorgoteo, anunciaba durante la vida en este enfermo, que la cavidad donde penetraba el aire se hallaba vacia de líquido: la materia tuberculosa, que la habia llenado, ó se habia reabsorbido, ó lo que es mas probable, se habia espectorado antes que el enfermo entrase en el hospital. La abertura del cadáver demostró efectivamente dicho estado de vacuidad de la caverna; y entonces, como en el caso precedente, se halló explicado el aspecto catarral de los esputos.

XI.^a OBSERVACION.

Caverna pulmonar sin tos ni expectoracion.

Un jóven de diez y ocho años, presentaba todos los síntomas de una peritonitis y de una enteritis crónica. Le habíamos preguntado muchas veces si tosía, y siempre nos había respondido negativamente. No había expectoracion; la respiracion parecía un poco fatigosa; però este síntoma ¿no podía depender de la peritonitis? El enfermo murió en el último grado de marasmo. La mucosa intestinal se hallaba sembrada de numerosas ulceraciones, en cuyo fondo existía materia tuberculosa. Había en el peritóneo un derrame purulento, cubierto por falsas membranas de color rojo intenso, y en medio de las que se habían desarrollado tubérculos. En el vértice del pulmon derecho existía una cavidad capaz de contener una manzana pequeña, la cual estaba vacía, y sus paredes tapizadas por una capa purulenta, concreta, poco gruesa. A su lado existían otras tres ó cuatro cavidades menores, vacías también, y que comunicaban entre sí. En el resto del parenquima pulmonar había muchos tubérculos crudos. La mucosa bronquial estaba pálida.

La tisis pulmonar estaba aquí mas oculta que en los casos precedentes. En semejante circunstancia es cuando la auscultacion aparece eminentemente útil; solo ella es capaz de revelarnos una parte de las graves lesiones que tienen su asiento en el pulmon. Por otra parte, el estado de vacuidad de las cavernas, y sobre todo el aspecto sano de la mucosa bronquial, esplican la ausencia de la tos y de la expectoracion. También en este caso, una vez vaciadas las cavernas, no segregaron líquido nuevo, como si el trabajo patológico que se verificaba en el abdómen, hubiera suspendido el curso de la afeccion pulmonar.

70. De las diversas consideraciones, que hemos hecho en este párrafo, nos parece deducirse que no debe bastar para afirmar ó negar la existencia de la tisis pulmonar, la inspeccion de los esputos. Así que, cuando Cullen ha definido esta enfermedad, una expectoracion de pus ó de materia purulenta, que sale de los pulmones y vá acompañada de calentura héctica, ha dado, segun nuestro dictamen, una definicion incompleta é inexacta; pues la ha fundado en un síntoma que no siempre existe, y que cuando se encuentra, no basta para caracterizar la enfermedad.

Signos proporcionados por la hemotisis.

71. La observacion ha demostrado hace mucho tiempo el enlace, que suele haber entre la hemotisis y la existencia actual ó futura de los tubérculos pulmonares. Nos parece inútil citar hechos nuevos en apoyo de una verdad generalmente reconocida, y por tanto en este párrafo insistiremos particularmente en otros puntos de la historia de la hemotisis. Nos ocuparemos primero en determinar que lesiones del pulmon, coincidan ó no con los tubérculos, pueden considerarse como causa de los esputos de sangre; en seguida procuraremos apreciar las diferentes circunstancias con que se presenta la hemotisis en los diversos periodos de la tisis pulmonar; y por último, señalaremos los casos en que han existido abundantes hemotisis, sin haber sido seguidas de síntomas de tisis.

72. Nuestras observaciones nos conducen á admitir cuatro puntos principales, de donde se espectorla la sangre: 1.º la mucosa de los bronquios; 2.º el mismo parenquima del pulmon; 3.º una escavacion tuberculosa; y 4.º un aneurisma de la aorta.

Hablaremos aqui de los tres primeros casos.

A. *Sangre exhalada por la membrana mucosa de las vias aéreas (bronco-hemorragia.)*

En cierto número de individuos muertos en el acto de copiosas hemotisis, no hemos podido asignar otro origen á la sangre espectorada sino la membrana mucosa, si bien por otra parte habia al mismo tiempo tubérculos en diverso grado de desarrollo. Una sola vez no encontramos ninguno: el parenquima pulmonar se hallaba perfectamente sano, y la muerte no podia atribuirse mas que á la exhalacion sanguinea, que se verificaba en la superficie de los bronquios. No de otra suerte hemos visto á muchos individuos conducidos al sepulcro por abundantes hemorragias intestinales, y aun á veces algunos cuya existencia han comprometido simples epistaxis. La membrana mucosa donde se verifica la hemotisis no presenta por otra parte en tales casos mas lesion, que la que hay en una simple bronquitis; hay mas, algunas veces se halla pálida, ó cuando mas, tiene un color ligeramente sonrosado, lo cual conviene tambien con lo que observamos en las hemorragias de otras membranas mucosas: en muchas intestinales, en particular,

hemos hallado la membrana mucosa generalmente pálida, con una ligera inyeccion en algunos puntos. A la verdad, esta decoloracion de las mucosas, en consecuencia de las hemorragias, puede atribuirse á haber salido la sangre de los vasos, en vez de permanecer en ellos. De cualquier manera que se quiera explicar el hecho, no disminuye la necesidad de tenerle presente.

B. Sangre producida por un derrame sanguineo, que se verifica en medio del parenquima del pulmon (apoplegia pulmonar de Laennec, neumo-hemorragia.)

Desde que la apoplegia pulmonar, á que nosotros preferimos llamar neumo-hemorragia, en oposicion á la bronco-hemorragia, ha sido tambien designada y descrita por Laennec, hemos tenido muchas ocasiones de observarla. ¿En dónde existe en este caso el derrame sanguineo? Algunas investigaciones nos inducen á creer que puede verificarse en las últimas ramificaciones del árbol bronquial, en las mismas vesículas pulmonares, y que de consiguiente la neumo-hemorragia es á la bronco-hemorragia, lo que la pulmonía es á la simple bronquitis, siendo aquellas grados diferentes de una misma afeccion. (Véase el tomo I de esta misma obra.) Con efecto, sometiendo á una maceracion algo prolongada las pequeñas masas negras y duras de la apoplegia pulmonar, se las vé ir blanqueando, y cortadas en rodajas á medida que el agua se vá llevando la sangre acumulada en ellas, presentan en la superficie una multitud de hoyos, que las hacen aparecer como acribilladas de agujeros; ¿de dónde puede provenir semejante aspecto, sino de los ramos bronquiales dilatados considerablemente por la sangre coagulada que los llenaba? Invitamos á los anatómicos á repetir tales ensayos.

Si estas placas apopléticas son tan solo el resultado de un derrame de sangre, ¿por qué presentan regularmente un color negro subido? Esto probablemente no procede de que el liquido que se derrame sea siempre venoso, sino del éstasis de la misma sangre, sea venosa ó arterial, en medio de los tejidos. Los antiguos experimentos de Hunter, repetidos muchas veces despues por otros, han probado ciertamente que detenida en un animal vivo por medio de dos ligaduras la sangre de una arteria, no tarda en adquirir el color de la venosa. De este modo tambien la sangre que hace algun tiempo se halla derramada en el cerebro ó en el pulmon, presenta un color mucho mas oscuro que la contenida en las venas.

Por último, ¿de donde proviene la estremada dureza de dichas placas? Puede atribuirse á la reabsorcion de la parte mas líquida de la sangre derramada, y á la rápida coagulacion de la que resta. Esto es lo que se observa en algunos casos de apoplejía cerebral. Si nos fuese permitido inspeccionar la formacion de la apoplejía pulmonar, es probable que habria una época en que la porcion del pulmon donde se verifica no tendria la notable dureza que presenta mas adelante. Esta congetura parece hallarse apoyada en el hecho siguiente:

Durante el mes de octubre de 1824 murió en la Caridad un hombre de 45 años de edad, que padecia un aneurisma de la aorta torácica, cuya descripcion presentaremos en otro lugar. Hacia el centro del pulmon izquierdo habia una porcion del parenquima del tamaño de un limon, de un color mas rojo que el resto del órgano. En vez de hallarse endurecida esta porcion, era notable por su extrema blandura; de ella salia una gran cantidad de sangre, que estaba como derramada, constituyendo una especie de foco apopléctico. ¿No vemos aquí un estado que puede preceder á la formacion de las placas duras y negras descritas por Laennec?

En cierto modo se halla la exageracion de este mismo estado en el siguiente caso, citado por Corvisart (*Comentarios sobre el tratado de la percusion de Arenbrugger.*)

Un hombre, de 37 años de edad, se acuesta á las once de la noche en buen estado de salud, y al quererle despertar á las tres y media de la mañana, se le halla muerto. Salia sangre por las narices y la boca. Todo el pulmon derecho se encontraba desgarrado, y como macerado por una gran cantidad de sangre negra que le ingurgitaba. Parecia verdaderamente que la sustancia pulmonar se confundia con los cuajarones. Los bronquios se hallaban llenos de sangre negra, del mismo modo que la tráquea, la laringe, la faringe, y las fosas nasales. La sangre habia tambien refluído á los bronquios del pulmon izquierdo. No existia ninguna otra lesion.

La neumo-hemorragia no ocasiona necesariamente la hemotisis. Mas de una vez hemos hallado ingurgitaciones apopléctiformes en pulmones de individuos que nunca habian espectorado sangre. En otros se derrama primero la sangre en el pulmon, y luego se hace paso á la cavidad de la pleura. Véase un caso de este género.

XII.^a OBSERVACION.

Derrame sanguíneo formado primitivamente en el parenquima del pulmon, y abierto en la pleura. Tubérculos pulmonares.

Un hombre de una edad media presentaba los diferentes sintomas

que caracterizan una tisis pulmonar muy adelantada: gorgoteo y sonido macizo, sin pectoriloquia manifiesta debajo de las dos clavículas; tos frecuente con espulsion de esputos puriformes (placas nummulares, aisladas unas de otras, sobrenadando en un liquido como gomoso); hemotisis antecedentes, un poco de disnea; sudores por las noches; diarrea indolente y marasmo.

Una mañana hallamos que el enfermo respiraba con mas dificultad que habitualmente; estaba acostado del lado izquierdo, y no podia cambiar de posicion sin que la respiracion fuese mas fatigosa. No habia sentido ningun dolor en el pecho; los esputos se hallaban ligeramente teñidos de sangre; en la parte posterior izquierda, y lateralmente hasta un poco mas arriba del nivel del ángulo inferior del omoplató; el sonido era muy macizo; el ruido respiratorio era nulo, excepto cuando el enfermo se esforzaba en hacer una gran inspiracion; entonces se oia la respiracion bronquial. En la misma estension presentaba la voz una resonancia que no habia tenido antes. En los dos dias siguientes fué cada vez mayor la disnea; tuvieronse los esputos de mayor cantidad de sangre, y sucumbió el enfermo.

ABERTURA DEL CADAVER.

Numerosos tubérculos en los pulmones; estensas escavaciones en su vértice con induracion gris ó negra al rededor de ellas. Íntimas adherencias unian á las costillas el lóbulo superior del pulmon izquierdo; pero entre las paredes torácicas y el lóbulo inferior de este mismo pulmon se hallaba interpuesta como una azumbre de serosidad rogiza, con depósitos de copos membraniformes en la cara libre de las pleuras costal y pulmonar.

Hasta entonces no hallamos mas que lesiones previstas; pero despues que se estrajo el liquido contenido en la pleura izquierda, se vió que uno de los puntos de la periferia del parenquima pulmonar se hallaba verdaderamente desgarrado en una estension del tamaño de una pieza de dos cuartos. Haciendo una incision en este punto se halló que en un espacio donde podia contenerse una naranja gruesa no existia el tegido del pulmon, sino restos, si podemos espresarlos así, con los que se encontraba íntimamente unida y como combinada una sangre negra, liquida en algunos puntos, y coagulada en otros. Nada mas habia de notable en el aparato respiratorio. Presencia de un liquido rogizo abundante en distintos puntos de los intestinos, que por otra parte se hallaban ulcerados.

La apoplejía pulmonar existia en este caso con reblandecimiento y destruccion del parenquima en que se habia derramado sangre: esta destruccion habia llegado á tal grado, que el tegido del pulmon se habia desgarrado en un punto de la periferia; de aqui el derrame en la pleura de una cantidad mayor ó menor de sangre, y la pleuresia que aceleró la muerte del enfermo. Es notable que en este caso ningun dolor indicase la invasion de la flegmasia, aun cuando fuese aguda y producida por la introduccion de un cuerpo extraño en la pleura.

También notaremos aquí una circunstancia, aunque estraña al objeto que actualmente nos ocupa: la coincidencia que hubo en el presente caso entre la hemorragia pulmonar y la exhalación sanguínea intestinal.

A este hecho añadiremos otros dos relativos también á la apoplejía pulmonar: el primero nos ofrece un ejemplo de la apoplejía con hemotisis, y el segundo un caso de esta misma afección sin expectoración de sangre.

XIII.a OBSERVACION.

Apoplejía pulmonar con hemotisis.

Una jóven, de 21 años de edad, costurera, hacia cosa de un año que experimentaba violentas palpitations del corazon. Su respiracion era corta, y parecia que se ahogaba al menor esfuerzo; tosía y expectoraba hacia seis meses; los miembros inferiores se hallaban infiltrados; las fuerzas habian disminuido progresivamente. El 10 de noviembre de 1819 expectoró por primera vez una cantidad considerable de sangre roja y espumosa. El 11 cesó la hemotisis. El 12 volvió á aparecer con mas abundancia, acompañada de ortopnea y de un síncope bastante prolongado. El 13 continuacion de la hemotisis: la enferma entró en la Caridad, y presentaba el siguiente estado:

Toda la piel estaba muy pálida, escepto las mejillas que se hallaban encarnadas. Infiltracion de las estremidades; demacracion del tronco; abultamiento de la cara; labios entumecidos y violados; la enferma se mantenía sentada porque decia que se ahogaba acostándose. Respiracion corta, elevada y frecuente; tos por sacudidas seguida de expectoracion abundante, y formada por sangre pura y espumosa. Percutiendo el pecho daba un sonido generalmente o-curo, lo que se atribuía á la ligera infiltracion de los tegumentos; se oía un estertor mucoso muy pronunciado, resultado probable de la mezcla de la sangre y el aire en los bronquios, en diferentes puntos del pecho, y especialmente en la parte anterior entre la clavícula y la mama del lado derecho, y en la posterior entre la escápula y la columna vertebral. Las pulsaciones del corazon, irregulares y frecuentes, se oían debajo de las dos clavículas; el pulso se hallaba duro y frecuente (*agua de arroz gomada, sanguijuelas al ano, sinapismos en los pies.*) Expectoró mucha sangre en el transcurso del dia. Por la tarde se aumentó la opresion estraordinariamente, y murió la enferma, expectorando con esfuerzo una gran cantidad de sangre que parecia vomitar.

ABERTURA DEL CADAVER.

En la superficie del pulmon derecho, que se hallaba ligeramente adherido á las costillas, habia cuatro manchas parduzcas, que por término medio tenían el tamaño de medio duro. En el sitio donde existian estas manchas, el tejido pulmonar era duro, negro y granugiento al cortarle, y por medio de una fuerte presion salía un líquido análogo á la sangre venosa coagulada. Este aspecto se prolongaba cuatro ó cinco pulgadas en el interior de la viscera. Al re-

dedor de semejante alteracion estaba el pulmon pálido, crepitante, é ingurgitado de serosidad. Hácia el vértice del pulmon se hallaba otra segunda alteracion semejante á la espuesta; ademas habia en este sitio dos cuajarones pequeños y negros, colocados en medio del parenquima, al que habian como pegado á su alrededor. Por último, en el centro del órgano existian otros dos tumores pequeños, análogos, circunscritos tambien por un tejido pálido y crepitante; uno y otro ofrecian poco mas ó menos el volumen de una avellana: el que se encontraba en el vértice del pulmon tenia el grueso de una manzana pequeña. El pulmon izquierdo, sano y crepitante generalmente, tenia tambien en su vértice dos ingurgitaciones semejantes á las precedentes, del volumen de una nuez gruesa, tan duras, que apenas cedian á la mayor presion de los dedos, y limitadas exactamente por un tejido pulmonar muy sano. Habia otra ingurgitacion del tamaño de una avellana hácia la base y á lo largo del borde anterior, menos dura que las demas, de un moreno mas claro, y señalada en su centro con una mancha violácea. Los bronquios de los dos pulmones, ligeramente sonrosados, estaban llenos de sangre roja y espumosa. Cerca de los núcleos ingurgitados encontramos muchas ramificaciones bronquiales distendidas por cuajarones de sangre negra.

El gran número y tamaño de las ingurgitaciones apoplécticas que residían en los pulmones, se hallan en relacion con la abundancia de la hemotisis que se habia verificado. Probablemente la sangre espectorada provenia de toda la superficie de la mucosa bronquial; tal vez las porciones negras y duras del parenquima pulmonar indicaban solo los ramos bronquiales, en que la sangre se habia acumulado mas particularmente. Recordemos en efecto los cuajarones negros que distendian cierto número de ramificaciones bronquiales en las inmediaciones de los núcleos apopléctiformes; supongamos que todos los ramillos de un lobulillo se hallan igualmente distendidos por estos mismos cuajarones, resultará una coloracion negra, uniforme, en medio de la que no podrá distinguirse ninguno de dichos ramillos. Si se distienden mucho por la sangre que los llena, podrán romperse sus paredes, y resultará la presencia de una masa de sangre líquida ó coagulada en medio del parenquima pulmonar, donde se hallará entonces verdaderamente derramada. Es lo que hemos visto acontecer ya en esta observacion, ya mejor en las precedentes, en las que la sangre extravasada reblandecia y destruia el pulmon, como lo verifica en el celebró cuando se derrama en él. Por otra parte no ignoramos que lo que en este lugar consideramos como efecto, puede á veces preceder y producir el derrame sanguíneo.

Citemos ahora el último caso, en que hubo tambien apoplejía pulmonar, pero sin esputos de sangre.

XIV.^a OBSERVACION.

Apoplejía pulmonar sin hemotisis.

Una mujer de 72 años se hallaba constituida en un estado adinámico, cuando entró en la Caridad á principios de mayo de 1835. Como causa de la adinamia existía una gastritis, que se manifestaba por los vómitos, rubicundez oscura y sequedad de la lengua. La enferma decia que estaba afectada de un catarro antiguo. La respiracion era difícil, el pecho estaba generalmente muy sonoro, el ruido de expansion pulmonar muy débil, lo que parecia no hallarse en relacion con la celeridad de la respiracion y la gran sonoridad de las paredes torácicas. Esta mujer se debilitó mas y mas, y murió el 18 de mayo.

ABERTURA DEL CADAVER.

La abertura del cadáver manifestó numerosas lesiones en los aparatos de la digestion y circulacion, acerca de las que no debemos ocuparnos en este lugar. Los pulmones presentaban el estado siguiente: sacándolos fuera de la cavidad torácica no se deprimian; sus vesículas conservaban una dilatacion manifiesta. El vértice del pulmon izquierdo, un poco fruncido al exterior, estaba duro, negro, y contenía un tubérculo cretáceo, menor que una avellana; en el resto de los pulmones no habia ningun otro tubérculo. Se hallaban hipertrofiadas de un modo notable las paredes de un gran número de bronquios. Su superficie interna presentaba debajo de la mucosa dos planos de fibras mas marcados que lo que se hallan ordinariamente: unas longitudinales paralelas entre sí parecían ser de naturaleza fibrosa; las otras situadas mas profundamente, se percibian desde luego en los intervalos que dejaban entre sí las precedentes, eran transversales, y tenían apariéncia muscular (1). Debajo de estos dos planos habia esparcidos un gran número de granos cartilagosos, muchos de los que habian pasado al estado huesoso. Ademas en un punto de la periferia del pulmon derecho aparecia una mancha del tamaño de un duro y de un negro intenso. En toda la estension de esta mancha el tejido pulmonar era muy duro; y finalmente tres ó cuatro pulgadas debajo de ella y en una estension enteramente igual, existian todos los caracteres de una ingurgitacion apoplectiforme, como la descrita en la observacion precedente.

Ademas de esta apoplejía pulmonar sin hemotisis debe notarse en la observacion, que acaba de leerse: 1.º la dilatacion general de las vesículas pulmonares: 2.º las modificaciones que habian sufrido en su nutricion las paredes de los bronquios,

(1) Las fibras musculares de los bronquios nos han parecido evidentes en el caballo; en este las mas pronunciadas son circulares, como las que segun el caso patológico anterior parecen existir en el hombre.

consecutivamente al antiguo catarro de que se habia quejado la enferma: 3.º la existencia de un tubérculo único, de naturaleza cretácea, en una mujer de 72 años.: 4.º la inflamacion crónica con fruncimiento, que habia en la porcion del parenquima que rodeaba á los tubérculos, y que no existia en ninguna otra parte del pulmon.

C. *Sangre procedente de una escavacion tuberculosa.*

En varios tísicos, que han muerto espectorando sangre, hemos encontrado llenas de este líquido una ó muchas de las estensas escavaciones formadas en los pulmones. Unas veces se hallaba toda la sangre en estado líquido, otras se encontraba coagulada en parte. Entre varios casos de este género recordamos el de una jóven que entró en la Caridad durante el mes de marzo de 1820, y que presentaba todos los sintomas de una lisis pulmonar muy adelantada, pero sin dar muestra alguna, que anunciase su próximo fallecimiento. De repente empezó á espectorar sangre en tal abundancia y con tales esfuerzos, que parecia vomitada, no tardando en perecer asfixiada. En cada uno de los pulmones se halló una caverna llena de gruesos cuajarones de sangre; los bronquios y la tráquea estaban ocupados de sangre espumosa. Semejantes casos aparecen rara vez, siendo infinitamente mas comun encontrar teñida de un rojo mas ó menos intenso la materia tuberculosa ó purulenta contenida en las cavernas. Dependiendo esta coloracion, segun las apariencias, de la presencia de una cantidad variable de sangre, deben los esputos ofrecer el color rojizo de que nos hemos ocupado.

Solo una vez hemos hallado la abertura de un vaso roto, por donde probablemente salia la sangre que llenaba la caverna. Este vaso contribuia á formar una brida, que atravesaba la cavidad, y que se habia desgarrado. Su orificio se hallaba obstruido por un pequeño cuajaron fibroso, de color blanco, que estraido facilmente del vaso por medio de un estilete, permitió asegurarse de la conservacion de su cavidad. En las demas circunstancias nos ha sido imposible referir á la rotura de algun vaso grueso la existencia de la hemorragia. ¿Será entonces esta resultado de una exhalacion verificada en la superficie de las paredes de la caverna? Por otra parte tales hechos confirman los que ya son conocidos acerca de la pronta y completa obliteracion de los vasos gruesos que atraviesan las escavaciones tuberculosas. Estos vasos se hallan regularmente casi en el mismo estado, en que se presenta la arteria umbilical en el adulto. A la oblitera-

cion completa del vaso parece preceder un engrosamiento considerable de sus paredes: entonces puede algunas veces penetrar todavía en su interior un estilete muy fino, y cortando el vaso transversalmente se percibe en medio de una especie de cordón fibroso un orificio muy pequeño, capilar. Este desaparece á su vez, y el vaso se transforma entonces en un cilindro enteramente lleno. Nada nos resta que hacer respecto de este interesante punto de anatomía patológica, indicado vagamente por dos anatómicos extranjeros, Baillet y Stark, sino referirnos á las excelentes observaciones publicadas por Laennec.

72. La hemotisis no siempre va seguida, precedida ó acompañada de los síntomas de la tisis pulmonar, aunque la observación pruebe que en el mayor número de casos depende de la existencia de tubérculos en los pulmones. Solo hemos observado un corto número de individuos, que no hayan padecido la tisis después de haber espectorado sangre con abundancia. Véanse algunos hechos de esta especie.

Una señora que actualmente tiene 61 años fué acometida á la edad de 54 de un catarro pulmonar intenso, que sin embargo no se hallaba acompañado de calentura, ni la impedía salir y desempeñar sus ocupaciones habituales. Antes de esta afección nunca habia tosido de un modo notable, ni habia experimentado la menor dificultad al respirar. Padeciendo el catarro, y á pesar de nuestros consejos, iba á pasar muchas horas durante la cuarentena en una iglesia fría y húmeda, en la que fué acometida de una abundante hemotisis, que duró los seis días siguientes: diariamente arrojaba como vomitando un vaso, á lo menos, de sangre roja y espumosa. En este tiempo el pulso se conservó frecuente y elevado. Se hizo una sangría copiosa, la enferma guardó cama, y observó silencio y dieta absoluta. Por doce días continuaron los esputos teñidos de un poco de sangre, y la tos persistió próximamente un mes, cesando en seguida. Desde entonces, es decir, hace cosa de ocho años, nunca se ha acatarrado esta señora; su respiración se ha conservado libre, goza de todas sus fuerzas, y ni por la auscultación, ni por la reunión de los demás signos presenta nada que pueda hacer sospechar la mas pequeña lesión en el aparato respiratorio.

M.... de 79 años en la actualidad, tuvo á la edad de 21 una abundante hemotisis, de que se halló atacado en el curso de un catarro pulmonar, que padecía muchos meses antes. Estuvo un año enfermo, y desde esta época no ha presentado ningun accidente por parte del pecho.

En el mismo caso se halla otro hombre, que actualmente es de 74 años de edad, y que á la de 35 espectoró tambien sangre con abundancia: en esta época de su vida se le consideraba como destinado á morir tísico. Sin embargo se restableció completamente, su constitución se robusteció, y hasta el momento en que escribimos nada indica que haya en él lesión alguna de los pulmones, siendo notable que de cinco hijos que ha tenido, dos hayan muerto tísicos.

En los diversos ejemplos, que acabamos de citar, los individuos han expectorado sangre en mayor ó menor cantidad una sola vez. Conocemos otro individuo, que tiene en el dia ochenta y cuatro años, y que desde hace mas de cincuenta no se pasan muchos meses sin que espectoré sangre, no teniendo los ni molestia alguna en el pecho durante los intervalos de las hemotisis.

73. En estos diversos casos es probable que la hemotisis no se halle en relacion con la existencia de los tubérculos pulmonares; sin embargo, no tenemos certidumbre de tal aserto, pudiendo únicamente asegurar que pueden presentarse esputos sanguíneos copiosos, sin que dejen por muchos años ningun rastro fatal. Ahora examinaremos otros casos, en los que por medio de la inspeccion cadavérica hemos podido adquirir la certidumbre de la no existencia de tubérculos, en individuos que por mas ó menos tiempo antes de su muerte han expectorado sangre.

En la casa real de Sanidad hemos abierto el cadáver de un viejo que murió à consecuencia de una enfermedad del hígado à los 71 años de edad. A la de 18 habia expectorado bastante sangre por el espacio de muchos meses, y el resto de su vida conservó la predisposicion á romadizos. Hallamos solo en los pulmones una notable dilatacion de cierto número de ramos bronquiales. El corazon tenia el volúmen natural, y ofrecia proporciones normales. El hígado se hallaba lleno de masas cancerosas.

Una mujer de 47 años murió en la Piedad de un cáncer uterino; hacia ya 15 años que apenas habian transcurrido tres meses sin que espectorase cierta cantidad de sangre. Las hemotisis la invadian al tiempo que ejereia su oficio de lavandera, y la molestaban tan poco que no suspendia su género habitual de vida. En el intervalo de los esputos de sangre no tenia tos. No se halló en la abertura del cadáver ninguna lesion de los pulmones ni del corazon.

A estos ejemplos podemos añadir el de un cirujano jóven, M. Marechal, arrebatado prematuramente à la ciencia. Murió de una flebitis, que sobrevino à consecuencia de una sangria, y habia tenido, cosa de tres años antes de ser atacado de la enfermedad que le llevó al sepulcro, un catarro pulmonar largo é intenso, durante el que espectoró mucha sangre. En aquella época le prestábamos nuestro auxilio; se prolongó la hemotisis lo menos por quince dias, é iba acompañada de movimiento febril y de sudores despues del sueño. Cesó esta, pero aun persistió bastante tiempo la tos, que desapareciendo en seguida dejó à Marechal en un buen estado de salud, hasta la invasion de la enfermedad, de que sucumbió. Presumíamos que se encontrarían algunos tubérculos en los pulmones, pero no habia ninguno, ni el examen mas atento pudo hacernos descubrir lesion alguna notable en estos órganos; el corazon era el que presentaba un volúmen considerable.

Por último recordaremos el caso citado anteriormente, relativo á un individuo que murió en el hospital en el acto mismo de una copiosa hemotisis, y en cuyos pulmones no hallamos tubérculos ni otra alteracion alguna?

74. La hemotisis que se halla en relacion con la existencia de los tubérculos pulmonares, se manifiesta por lo general durante el primer periodo de la tisis. En un gran número de individuos empieza con este accidente la enfermedad, no siendo raro que algunos recobren completamente la salud despues de la primera hemotisis, la cual no parece referirse á ninguna afeccion grave. Al cabo de un tiempo mas ó menos largo se verifica una segunda hemotisis, en seguida otra y aun otra, y despues de ellas se restablecen; pero por último llega á presentarse un nuevo esputo de sangre, y ya no se recobra la salud; persiste la tos, hay opresion, y se declaran todos los síntomas de la tisis pulmonar. La siguiente observacion nos ofrece un ejemplo notable del poco peligro, que pueden tener inmediatamente algunas hemotisis, aunque se repitan muchas veces.

XV.^a OBSERVACION.

Hemotisis repetidas con frecuencia en un joven, sin otra alguna alteracion en la salud, ni aparicion de ningun otro signo de tisis.

En un joven de 18 años se habia presentado la primera hemotisis á la edad de 12. En el transcurso de los cinco años siguientes disfrutó de buena salud, y no estuvo predispuesto á romadizos. A los 17 años expectoró de nuevo bastante cantidad de sangre, y seis meses despues tuvo una tercera hemotisis, sin que por lo demas se alterase en nada su salud. A los 18 años expectoró sangre por cuarta vez, y entonces entró en la Caridad. Parecia dotado de buena constitucion, y estaba bastante robusto, teniendo los músculos bien desarrollados. Apenas tosía, y no sentia opresion; en el intervalo de las dos últimas hemotisis no habia estado acatarrado, andaba, subía y corría sin fatiga. Percutido el pecho sonaba bien en todos los puntos; el ruido respiratorio, generalmente limpio, tan solo se hallaba modificado en algunos puntos por un ligero estertor bronquial húmedo (resultado probable de la mezcla del aire en algunos bronquios con la sangre exhalada en ellos). Por otra parte no habia la intensidad del ruido respiratorio, que anuncia casi siempre la existencia de un obstáculo al paso libre del aire ó de la sangre al través de los pulmones. La circulacion y las demas funciones se hallaban en el estado natural. El cuadro, que acabamos de trazar, corresponde á un individuo en buen estado de salud. En efecto, en este joven no existia mas fenómeno morboso que la expectoracion de bastante cantidad de sangre pura, parduzca, y espumosa en su superficie. El mismo decia que sino viera la sangre en sus esputos no se creeria enfermo. Se practicó una larga sangria del brazo, y se aplicó un vejigatorio al pecho, con lo que cesó la hemotisis á los pocos dias y el enfermo salió completamente restablecido.

Nada prueba que en este individuo contuviesen tubérculos los pulmones, sin que por otra parte se pueda negar absolutamente la existencia de ellos en vista de algunos casos, en que ha sobrevenido la tisis, aunque al principio, y en consecuencia de hemotisis mas ó menos repetidas, se alterase la salud mas que en el presente.

Asi pues unas veces pasan muchos años entre la época de la aparición de la primera hemotisis, y la invasion de los síntomas que caracterizan la tisis pulmonar; otras esta afección se presenta inmediatamente despues del primer esputo de sangre, afectando en tal caso por lo general el curso agudo; por último, en otros casos aparecen los esputos de sangre durante el curso de la tisis, y con intervalos mas ó menos aproximados. Agreguemos á esto que hay cierto número de tísicos que recorren los diversos periodos de su enfermedad, y mueren sin haber arrojado nunca sangre.

Hay muchas circunstancias que tienen una influencia notable en la reaparición de este flujo sanguíneo. Hemos visto tísicos que no pedían sufrir una emoción moral muy intensa, sin que apareciesen los esputos de que nos ocupamos. Otro fué atacado de hemotisis en tres épocas diferentes en que se le aplicaron sanguijuelas al pecho; nos dijo que mientras mordían las sanguijuelas sentía en el interior del pecho un calor muy vivo, y una penosa opresion. Por último, en las mujeres tísicas á quienes falta la menstruacion no es raro que aparezca la hemotisis en las épocas menstruales.

§. VI.

Signos deducidos de los desarreglos simpáticos de diversas funciones.

75. Entre estos desarreglos el mas notable y constante es el de la circulación, no existiendo sin embargo en todos los periodos de la enfermedad, y presentando diferencias en las diversas épocas de la misma. De esta suerte al principio de los tubérculos no hay ninguna especie de movimiento febril; mas adelante, á proporcion que se multiplican ó reblandecen, aparecen ligeras calenturas erráticas. Despues la calentura se presenta todas las tardes, hallándose el enfermo limpio durante el dia. Por último, en una época mas adelantada no intermite la calentura, es continua, presentando solo recargos al anochecer, y aun habiendo algunos enfermos en quienes estos son dobles, y se verifican uno hácia la mitad del dia, y otro por la tarde.

El de la tarde rara vez empieza con calos-frios; por lo re-

gular se conoce en la aceleracion del pulso, y la sensacion de mucho calor en la piel; al mismo tiempo tienen los enfermos opresion, haciéndose la tos mas frecuente y penosa. El recargo dura parte de la noche, terminando hácia la madrugada con un sudor, cuya abundancia varia segun los individuos, y que casi siempre se limita á la cabeza, al cuello y al pecho. Semejante sudor caracteriza la calentura hética de la tisis pulmonar, y es muy frecuente en ella; pero sin embargo falta algunas veces, habiendo sugetos que mueren sin haberle presentado. Una vez establecido puede suspenderse por intervalos mas ó menos largos, indicando por lo general su nueva aparicion una exasperacion de la enfermedad. Con bastante frecuencia se observa el sudor de que nos ocupamos, cuando se presentan hemotisis, y cesa al mismo tiempo ó poco despues de estas.

Aun cuando sea muy característico el sudor de los tísicos, puede observarse tambien en otras enfermedades, en que unido al enflaquecimiento general y otros síntomas, puede inducir á creer equivocadamente que existen tubérculos pulmonares.

Bajo este punto de vista no podemos olvidar el caso de una joven que entró en la Piedad con sarampion. Tenia una tos continua seis meses antes de presentarse la erupcion; y despues de la desaparicion de esta se reprodujo la tos. En los dos meses siguientes observamos que esta joven enflaquecia rápidamente; el pulso por lo regular era frecuente; *todas las noches tenia abundantes sudores*; se presentó la diarrea, y no cesaba la tos. No tenia opresion; pero se quejaba de un dolor muy vivo en la parte lateral inferior izquierda del pecho. En cuántos tísicos no se observan dolores semejantes! Por otra parte la auscultacion y la percusion practicadas cuidadosamente ofrecian solo signos negativos. Antes hemos visto que acontece otro tanto en muchos de los que tienen tubérculos. La enferma, consumida con la calentura continua, habia llegado al último grado de marasmo cuando empezaron á infiltrarse las estremidades inferiores; la diarrea y los sudores persistian siempre. Esta desgraciada se debilitaba cada vez mas; y finalmente, murió sin presentar ningun sintoma nuevo.

Al abrir el cadáver hallamos tanto los pulmones como el corazon exentos de toda lesion apreciable. La membrana mucosa gastro-intestinal tenia el color blanco, y la consistencia regular en todos sus puntos, no descubriéndose en ella ninguna ulceracion. El bazo se habia transformado en un estenso absceso lleno de pus sanioso y rogizo. Las venas de los miembros inferiores, las iliacas y la cava inferior se hallaban completamente obstruidas por cuajarones sólidos, rojos al exterior, y formados en su centro por una materia blanquecina como pultacea, que segun los puntos donde se examinaba, parecia ya un pus poco homogéneo y granuloso, ya una materia encefaloidea reblandecida.

En este caso se produjeron muchos de los síntomas que acompañan á la tisis pulmonar, por un absceso desarrollado en el bazo; lesion muy rara de la que probablemente dependia el dolor

percibido por la enferma hácia la parte lateral inferior izquierda del pecho. El edema de los miembros pelvianos era sin duda originado por la obstruccion que existia en las venas. En cuanto á la relacion que pudiera haber entre la lesion de las venas y la enfermedad del bazo, no pretendemos determinarla esclusivamente, sino llamar la atencion acerca de tal coincidencia.

76. Acabamos de examinar las modificaciones que de ordinario sufre la circulacion en los tísicos; de todo lo dicho se infiere que en tales enfermos no se presenta la calentura, ó cuando menos no se establece de un modo permanente, sino mucho tiempo despues de haber revelado su existencia los tubérculos por varios signos. Sin embargo, hay muchos casos en que lejos de cerrar la calentura la escena de los accidentes, sucede por el contrario que la abre, siendo el primer fenómeno que aparece unido á la tos. Esto es lo que acontece cuando son invadidos simultaneamente de una bronquitis intensa, con gran movimiento febril, sugetos que hasta entonces habian disfrutado al parecer de buena salud. Una vez establecida la calentura, no cesa, continua tambien la tos, sobreviene el enflaquecimiento, se demacran los enfermos, y se hacen cada vez mas evidentes los signos de los tubérculos pulmonares, convirtiéndose en una tisis la afeccion á que en el principio se dió poca importancia, y se llamó *calentura catarral*. En tales casos la fiebre puede conservar toda su intensidad, y sobrevenir la muerte con rapidez. Otras veces desaparece el movimiento febril, ó cuando menos disminuye, y entonces la enfermedad, que al principio era aguda, pasa al estado crónico, y ya declarada la tisis, sigue su curso con la lentitud acostumbrada.

Al lado de los casos en que existe la calentura desde la primera época de la tisis, sirviendo para indicar el principio de esta, hay otros enteramente diversos en que no se desarrolla fiebre, ni aun cuando se hayan formado cavernas en la sustancia pulmonar. Nos parece que esto tiene lugar principalmente cuando la escavacion está rodeada de parenquima casi sano, no habiendo fuera de ella ninguno ó casi ningun tubérculo; ademas para explicar estas diferencias se necesita apelar á las disposiciones individuales de cada enfermo. Muchas veces hemos sido consultados por individuos que no se quejaban mas que de una tos, de que no podian verse libres, y de una lijera opresion, que no referian siquiera á no ser preguntados acerca de ella. Por lo demas tenian bastantes fuerzas para dedicarse á su género ordinario de vida; andaban mucho á pie; no enflaquecian, y su pulso era natural; en una palabra, nada se encontraba en ellos que anunciase la existencia de una lesion adelantada de los

pulmones ; cuando mas podia sospecharse que tenian predisposicion á la tisis. Sin embargo, auscultándolos nos sorprendia hallar hácia el vértice de uno de los pulmones signos que desvanecian toda duda acerca de la existencia de una caverna, siendo puro el ruido respiratorio en el resto del parenquima pulmonar. Estos enfermos solo tenian del último grado de la tisis la lesion anatómica que la caracteriza, y no presentaban ningun sintoma general, faltando del todo con particularidad la calentura. ¿ Pudieran haberse sospechado semejantes hechos antes de practicar la auscultacion ?

77. Al tratar de los desórdenes funcionales que presenta en los tísicos el aparato circulatorio, debemos decir algo del liquido contenido en este aparato, á saber ; la sangre. En estos enfermos, cuando han llegado á un grado muy adelantado de la afeccion, presenta dicho liquido una modificacion notable, es decir, un estado inflamatorio tan pronunciado como en la pleuro-neumonia aguda, ó en el reumatismo articular. En todos tiene la sangre estraida de las venas los mismos caracteres, ofrece un cuajaron pequeño rodeado de mucha serosidad, cubierto de una costra blanca, gruesa, y con los bordes revueltos como los del sombrerete de algunas setas. Es absolutamente el mismo aspecto que presenta la sangre en casi todos los reumatismos articulares agudos. ¿ Cuál es pues el lazo que une por medio de las cualidades de la sangre dos afecciones tan desemejantes bajo todos los puntos de vista ?

CAPITULO III.

DE LAS ENFERMEDADES QUE COMPLICAN LOS TUBERCULOS PULMONARES.

78. Es raro que al abrir los cadáveres de los tísicos no se hallen algunas otras lesiones además de los tubérculos desarrollados en el pulmón. Por lo regular se encuentran indicios de afecciones agudas ó crónicas, ora en el mismo aparato respiratorio, ora en otros órganos. Estas diferentes afecciones pueden preceder á la formación de los tubérculos pulmonares, desarrollarse al mismo tiempo que ellos, ó ser posteriores á la aparición de los mismos. En todos los casos su estudio no ofrece menos importancia que el de los mismos tubérculos del pulmón; en efecto, de la existencia de estas enfermedades intercurrentes depende el establecimiento de modificaciones importantes, ya en el conjunto de síntomas que anuncian la tisis, ya en su curso, ya en su tratamiento. A ellas mas bien que á los tubérculos pulmonares debe atribuirse la muerte prematura de muchos enfermos. Haciéndose á veces tales enfermedades ostensibles por medio de síntomas mas pronunciados que los de los tubérculos del pulmón, obligan á fijar en ellas mas ó menos exclusivamente la atención, pudiendo en tal caso desconocerse con facilidad la producción accidental que ha invadido el parenquima pulmonar. No debemos olvidar entre estas complicaciones la que ha llamado generalmente la atención de todos, á consecuencia de los apreciables trabajos de Bayle y Laennec, á saber; la existencia simultánea de los tubérculos en diversos órganos. Recientemente ha publicado M. Louis los resultados de sus laboriosas investigaciones acerca del grado de frecuencia con que se presentan los tubérculos en diferentes partes. Pero por lo mismo que este punto se halla suficientemente aclarado, no insistiremos mas en él, escepto cuando llegue la ocasión de examinar lo que, segun nuestra opinion, debe entenderse por *díatesis tuberculosa*, expresión que ha sido interpretada de muchas maneras.

ARTICULO I.

DE LAS ENFERMEDADES QUE COMPLICAN LOS TUBERCULOS PULMONARES,
Y QUE TIENEN SU ASIENTO EN EL APARATO RESPIRATORIO.

79. Las enfermedades, de que nos vamos á ocupar en este artículo, pueden considerarse como casi constantes, ó á lo menos muy frecuentes, cuando existen tubérculos en los pulmones. Los síntomas que producen, y que son con frecuencia mas pronunciados que los de los tubérculos, no se distinguen siempre lo suficiente de los que dependen esclusivamente de estos últimos, cuando se hallan exentos de toda complicacion. Es, pues, de la mayor importancia conocer que las lesiones orgánicas, cuya existencia revelan, son susceptibles de ser combatidas, suspendidas en su curso, y aun destruidas por el arte. Esta es una verdad que no aprecian demasiado al parecer muchos prácticos, que persuadidos con mas ó menos razon de que los tubérculos no se pueden curar, no se ocupan lo suficiente en oponer un tratamiento activo á las diversas enfermedades que los pueden complicar. Sin embargo, combatiendo estas complicaciones, se hacen desaparecer algunos accidentes, que con frecuencia son mas graves, y sobre todo mas penosos para los enfermos, que los dependientes de la misma afeccion tuberculosa; y ademas se pone en práctica uno de los mejores medios para procurar que los tubérculos se conserven estacionarios; suspender á lo menos su desarrollo ó su curso, y finalmente favorecer su reabsorcion si es posible. Porque si no puede dudarse que la presencia de los tubérculos en los pulmones sea la causa de otras muchas enfermedades del aparato respiratorio, como la bronquitis, la pulmonía y la pleura, la observacion enseña tambien que estas á su vez impulsan de un modo funesto al trabajo de *tuberculizacion*, y que otras veces desarrollan desde luego los tubérculos, y en seguida desaparecen, ó se hacen mas ó menos latentes, para reproducirse de nuevo mas adelante, cuando bajo su influencia, que es, digámoslo asi, el primer agente de impulsion, se hayan multiplicado mas y mas dichas producciones morbosas, é irriten con su presencia las partes que las rodean. De modo que en esta cadena de fenómenos la misma lesion es sucesivamente causa y efecto. Esto mismo se observa en otra porcion de casos, por ejemplo, en las numerosas alteraciones que pueden sobrevenir en la conjuntiva á consecuencia de la oftalmia:

despues que ha desaparecido completamente la inyeccion vascular, atestiguan tan solo la existencia antecedente de una inflamacion, la persistencia de una ó muchas pústulas, de un pterygion, ó de escrescencias de diversas formas; pero de cuando en cuando se renueva aquella al rededor de la pústula ó escrescencia, que en este caso es al ojo lo que el tubérculo al pulmon. Si la accion patológica, que en tal circunstancia se verifica á nuestra vista, hubiese acontecido en el interior, podria habérsenos ocultado con facilidad su origen, y no apreciarse en la inflamacion mas que un fenómeno consecutivo al desarrollo de la produccion morbosa de la conjuntiva. Lo mismo acontece respecto de muchas manchas, que se presentan en la córnea transparente á consecuencia de una oftalmia. Por otra parte en un gran número de casos semejantes á los anteriores, en que la inflamacion es á la vez causa y efecto, merece notarse la circunstancia de ser la irritacion, que precede al cambio de nutricion, mucho menos pronunciada é intensa que la que la sigue. Esto es evidente, por ejemplo, en la inflamacion del parenquima pulmonar, considerada como causa ó efecto del desarrollo de los tubérculos. Aun es mas patente en los tubérculos encefálicos, cuya produccion va en el mayor número de casos precedida de síntomas tan poco notables de inflamacion ó irritacion, que no es posible admitirla verdaderamente como causa productora de ellos, sino por analogia de lo que acontece en los demas órganos.

§. I.

Enfermedades de la laringe, de la traquearteria y de los bronquios.

80. En casi todos los individuos atacados de tubérculos pulmonares presentan alteraciones variables en su naturaleza y estension los diferentes tegidos, cuya reunion constituye las paredes de las vias aéreas desde la laringe hasta las últimas estremidades de los bronquios.

81. El grado mas ligero de esta alteracion es una simple rubicundez de la membrana mucosa de la laringe, traquearteria ó bronquios. Considerándola respecto de su estension, puede ser casi general, y estenderse á los mismos tubos bronquiales que se distribuyen por los lóbulos exentos de tubérculos, ó bien hallarse enrojecidos los bronquios tan solo parcialmente, en cuyo caso la rubicundez existe con especialidad en los que

están próximos á los tubérculos mas gruesos ó numerosos, y en general es mas intensa donde estos se encuentran reblandecidos, ó han sido reemplazados por cavernas. Es muy frecuente que la coloracion sea mayor en los bronquios pequeños, disminuyendo hácia los gruesos, y desapareciendo del todo en la traquearteria y laringe; la disposicion inversa es menos comun.

82. En un corto número de enfermos tan solo hemos hallado perfectamente blanca toda la superficie interna de las vías aéreas, examinada cuidadosamente hasta donde podia seguirse con el instrumento, y en los mismos no habia aun escavaciones tuberculosas. ¿Podemos concluir de esta ausencia de la bronquitis que los tubérculos se habian desarrollado en el pulmon independientemente de toda irritacion bronquial? Tal conclusion no seria de modo alguno exacta, pues en este caso puede haber desaparecido la inflamacion, como acontece en varias ocasiones, y entre otras cuando una uretritis intensa se disipa espontáneamente casi á nuestra vista, infartándose los testículos. En el hospital de los niños hemos visto conservarse hinchados, y aun hacerse tuberculosos algunos gánglios linfáticos, despues de la desaparicion de una inflamacion crónica de la piel de la cabeza y de la cara, que habia producido en ellos el primer estado.

Un individuo, que tenia un fimosis, se hallaba sujeto á frecuentes inflamaciones de la cara interna del prepucio y del glande. En el transcurso de una de estas inflamaciones, mas intensa que lo eran habitualmente las otras, se engrosaron y pusieron doloridos los gánglios linfáticos profundos de las dos ingles. El enfermo entró en el hospital de la Caridad, y le operó M. Roux: desde entonces se vió libre de las gonorreas bastardas, que tanto le habian moleestado hasta el momento de la operacion; pero aunque disminuyó, no desapareció del todo la ingurgitacion de los gánglios linfáticos inguinales. Algunos meses despues volvió á entrar este individuo, con motivo de un catarro pulmonar, en el mismo hospital y en las salas de M. Lermnier, de quien tenemos las precedentes noticias. Entonces el glande y el prepucio se hallaban completamente sanos; pero en las dos ingles habian conservado un volumen considerable muchos gánglios linfáticos. Lo que al principio parecia deberse considerar solo como una simple bronquitis, fue mirado bien pronto por M. Lermnier como una tisis tuberculosa, que fué haciéndose cada vez mas manifesta, y arrebató en poco tiempo la vida del enfermo. La inspeccion cadavérica demostró la existencia de muchos tubérculos crudos ó reblandecidos en los dos pulmones. En cada uno de los espacios inguinales, debajo de la piel y entre las capas musculares, se encontraron gánglios linfáticos voluminosos, de un rojo vivo al exterior, muchos de los cuales cortados presentaban en medio de este color rojo granulations de un blanco amarillento, que parecían rudimentos de materia tuberculosa. En la pelvis, á lo largo de cada uno de los lados del estrecho superior hasta delante de las vértebras lumbares, habia una especie de sombrero de estos mismos gánglios, que conviniendo todas en ser mas volu-

minosos de lo regular, presentaban uno de los tres aspectos siguientes: unos eran uniformemente rojos, otros tenían este color mezclado con puntos blancos, y los terceros ofrecían en toda su estension una masa amarillenta, friable, en medio de la que tan solo existía el color rojo en algunos puntos aislados.

Estos hechos nos parecen ser de la mayor importancia por cuanto demuestran, sin dejar lugar á duda, que los desórdenes ocasionados de un modo evidente por una inflamacion desarrollada en un punto mas ó menos distante del sitio donde existen aquellos, pueden persistir y aun progresar despues de desaparecer completamente la inflamacion primitiva. Ahora bien, lo que, segun acabamos de probar, sucede en los casos precedentes á nuestra vista ¿no puede acontecer del mismo modo en los órganos internos, por ejemplo, en las glándulas del mesenterio á consecuencia de una enteritis, y en uno de los elementos del pulmón consecutivamente á una bronquitis? Asi lo demostró M. Broussais; pero no podemos concederle que siempre se verifique lo mismo. Concebimos y admitimos que en un gran número de casos la inflamacion del hígado sucede á una duodenitis, y de consiguiente los tubérculos de los ganglios del mesenterio á una enteritis; pero la fisiología que nos enseña que cada órgano tiene en sí propio causas de enfermedad, nos conduce tambien á admitir que los mismos pueden inflamarse, y afectarse primitivamente. No juzgamos que sea en todos los casos de una absoluta necesidad la existencia antecedente de una bronquitis para que se desarrollen los tubérculos pulmonares; basta concebir para su produccion un punto de irritacion, un cambio de nutricion en el sitio mismo donde se originan. ¿Se preguntará qué razon tenemos para reproducir una cuestion de que nos hemos ocupado antes? Es con el fin de que nunca se haga valer el estado sano, en que se hallan á veces los bronquios de los tísicos, como argumento para demostrar que los tubérculos pulmonares pueden desarrollarse sin bronquitis precedente (1). La ausencia actual de la rubicundez ó de cualquiera otra lesion no

(1) En el caballo he hallado, con mas frecuencia que en el hombre, los bronquios completamente blancos en toda su estension, aun cuando hubiese tubérculos en los pulmones. Estos tubérculos eran pequeños, poco numerosos; y el parenquima, que ocupaba los intervalos, se encontraba sano. Tanto en el caballo como en el hombre me ha parecido que se encontraban enrojecidos en diversos grados los bronquios, siempre que los tubérculos se hallaban reblandecidos, ó habian sido sustituidos por cavernas, y cuando al rededor de ellos estaba hepatizada el parenquima pulmonar.

basta para deducir argumento alguno ni en pro, ni en contra.

La ausencia de rubicundez de los bronquios en algunos tísicos, cuyos tubérculos se hallan aun en el estado de crudeza, ó en grado variable de reblandecimiento, debe coincidir con la falta de tos y expectoracion. Asi lo hemos manifestado en las observaciones citadas anteriormente. La intensidad de la tos y la abundancia de expectoracion se halla en razon directa de la inflamacion de los mismos bronquios, escepto cuando la materia que se arroja es formada por las escavaciones tuberculosas.

83. En el tercer volumen de esta obra designamos muchas de las alteraciones, que en consecuencia de la inflamacion crónica sufren la laringe, la traquearteria y los bronquios. Aqui fijaremos con especialidad la atencion sobre las que coinciden principalmente con la existencia de los tubérculos pulmonares, describiéndolas sucesivamente en la laringe, en la traquearteria y en los bronquios.

84. Cuando menos en las tres cuartas partes de los tísicos tratados en las salas del cargo de M. Lermnier se ha encontrado afectada la laringe en diversos grados. La membrana mucosa destinada á tapizar la superficie interna de este órgano es entre todos los tegidos que entran en su composicion la que mas veces presenta lesiones. Aun los subyacentes á la misma se alteran en el mayor número de casos tan solo consecutivamente.

Hemos dicho que puede existir la simple rubicundez sin mas lesion en la membrana mucosa de la laringe, del mismo modo que en el resto de las vias aéreas. Esta coloracion unas veces invade la totalidad del órgano, y otras es parcial. Con frecuencia la hemos visto ocupar tan solo la cara laríngea de la epiglottis, y en otros casos hallarse únicamente en el fondo de los ventrículos, de modo que al primer aspecto parecia del todo sana la laringe. En muchos tísicos, cuya voz se hallaba alterada hacia bastante tiempo, hemos encontrado en el órgano de que nos ocupamos, por única lesion, la rubicundez en el fondo de los ventrículos; observacion de la mayor importancia bajo el punto de vista fisiológico, pues prueba cuanto influye la integridad perfecta de todas las partes de la laringe en la de la voz. Sin embargo, es probable que la alteracion de esta funcion, en el caso de que hablamos, dependa principalmente de hallarse llenos y obstruidos los ventrículos con las mucosidades que ellos mismos segregan en mayor copia.

Muchos tísicos presentan un reblandecimiento notable de la membrana mucosa de la laringe, llegando á veces á tal punto semejante estado, que en los ligamentos tiro-aritenoideos, que

constituyen las cuerdas vocales, la membrana mucosa se halla reemplazada por una especie de pulpa líquida; finalmente, en algunos casos ni aun hay vestigio de membrana mucosa, y los ligamentos espesados se hallan completamente descubiertos, no de otro modo que en algunos reblandecimientos de la mucosa gástrica; esta primero disminuye de consistencia á punto de liquidarse, y en seguida desaparece completamente; de modo que las sustancias ingeridas en el estómago se ponen en contacto inmediato con el tejido celular.

La membrana mucosa laríngea puede tambien ofrecer un aumento notable de grosor, hallándose al mismo tiempo endurecida ó reblandecida, ó bien conservando su consistencia habitual. Algunas veces hemos hallado un aumento notable de grosor con induración del tejido en la parte de la membrana que viste las dos caras de la epiglotis. Este órgano habia perdido la elasticidad y movilidad naturales, adquiriendo un grueso triple ó cuádruple del regular, y residiendo este aumento tan solo en la mucosa. Lo mas notable era la alteración de forma que habia sufrido la epiglotis; su borde libre, en vez de estar escotado, se hallaba obtuso y redondeado á causa de la gran hinchazón de la membrana que le cubria. Este engrosamiento coincidía con la coloración negruzca y con otras alteraciones de la laringe.

Una vez hemos visto tan aumentado el grosor de la parte de mucosa, que tapiza el fondo de los ventrículos, que sobresalía por encima de las cuerdas vocales, formando una eminencia entre ellas, y borrando la cavidad de los ventrículos.

El engrosamiento ó hinchazón de la membrana mucosa de que hablamos puede ser parcial, y dar lugar en su superficie á vegetaciones, fungosidades y tumores de forma y tamaño variables. Asi en un tísico, que á mas de la estincion casi completa de la voz, se habia quejado durante su permanencia en el hospital de una continua sensación de fatiga y de constricción hácia la region de la laringe, hallamos el diámetro transversal del espacio interpuesto entre las cuerdas vocales disminuido en un tercio por un tumor rojizo, blanco, pediculado, que nacía en el fondo de uno de los ventrículos, y llegaba poco mas arriba de las cuerdas mencionadas. Respecto de su forma y textura tenia una gran analogía con ciertos tumores llamados poliposos, que nacen con un pediculo delgado en una de las caras del cuello úterino, y se adelantan por entre los lábios de este como prolongaciones ó apéndices de la mucosa. En otro individuo, afecto tambien de tubérculos pulmonares, se hallaba cubierta la parte de mucosa estendida desde la abertura supe-

rior de la laringe á la cuerda vocal superior, por un tumor redondeado del tamaño de un guisante grueso, duro y formado por una porcion de pequeñas granulaciones, que tenian el mismo aspecto que algunas vegetaciones sifilíticas del recto, denominadas *coliflores* por los prácticos.

La secrecion de la mucosa laríngea inflamada crónicamente presenta una especie de alteracion, digna de figurar en este lugar, á saber; la produccion de membranas falsas, que por su consistencia y sitio son en un todo semejantes á algunas de las que se presentan en el garrotillo. En muchos tísicos, cuya voz se habia apagado completamente, ó cuando menos se habia alterado de un modo notable en los últimos momentos de su existencia, hemos hallado tapizada con una capa membraniforme mas ó menos espesa la laringe, y en especialidad sus ventrículos. En circunstancias análogas hemos encontrado las dos caras de la epiglotis cubiertas y como incrustadas con una capa semejante. Creemos, en vista de lo que precede, que no es rara en los tísicos la laringitis membranosa ó garrotillo en el estado crónico, que puede determinar distintos accidentes, segun el grueso y sitio de las falsas membranas. Sin embargo, en el mayor número de casos nos ha parecido no producir accidentes particulares, ni síntomas especiales; sin duda la estension de la laringe del adulto es el motivo de ser menos grave en él que en los niños la formacion de tal especie de membranas en el órgano vocal.

Los folículos, que hay en gran número en la mucosa laríngea son susceptibles de afectarse, ya simultáneamente con la membrana á que corresponden, ya de un modo aislado. Una de las afecciones de estos folículos, intermedia en cierto modo entre el estado sano y el morbo, es su desarrollo preternatural. En tal caso aparecen en forma de granulaciones agrisadas y pequeñas, diseminadas en la mucosa laríngea. La existencia de las granulaciones coincide frecuentemente con otras alteraciones de la laringe, consecutivas á su flegmasia crónica; de manera que en este sitio, del mismo modo que en los intestinos, está enlazada la hipertrofia de los folículos con la accion inflamatoria.

Muchas veces se halla sembrada toda la superficie interna de la laringe de manchas pequeñas de un blanco mas mate que el resto de la membrana, que sobresalen notablemente de la superficie de esta, aparecen rodeadas de un círculo rojizo á manera de corona vascular, y tienen á veces en su centro otro punto rojo. Estas manchas se han tenido por erosiones ó ulceraciones superficiales de la membrana mucosa. Opinamos que

no es tal su naturaleza; la forma regular que afectan, la prominencia que forman, y la inyeccion, que ocupa su periferia ó su centro, á la manera de los dos círculos vasculares del iris, nos inclinan á considerarlos como folículos mucosos inflamados. Esta opinion se convierte en evidencia examinando las mismas manchas en el canal intestinal del hombre, y mejor aún en el del caballo, en donde su mayor desarrollo permite analizar con mas precision su naturaleza.

Los folículos de la laringe, lo mismo que los intestinales, engrosados y entrojados por la inflamacion, parecen pústulas ó botones, que tienden á terminar por ulceracion. Otras veces estas mismas pústulas ó botones, que son tan solo los mismos folículos desarrollados, pierden el color rojo, y adquieren otro blanco mate ó amarillento, que anuncia la existencia de una secrecion purulenta en su interior. Si continúan creciendo, pueden presentarse abscesos pequeños, todos del mismo tamaño próximamente, diseminados en la superficie interior de la laringe, como tuvimos ocasion de observarlo en una jóven de trece años (en el hospital de los niños, salas de M. Jadelot, año de 1821.) Otras veces el pus segregado por el folículo es concreto, grumoso; resultando por consiguiente unos tumores duros y redondeados, situados lo mismo que los folículos debajo de la mucosa, y que se denominan *tubérculos*, tanto en la laringe como en los intestinos. Al cabo de cierto tiempo el pus concreto, semi-sólido, ó materia tuberculosa mas ó menos parecida á los grumos procedentes de las membranas falsas, que cubren la superficie interna de ciertos abscesos frios, tiende, en virtud de una ley general, á salir de la cavidad donde se ha formado, para lo cual se establece en la membrana mucosa una inflamacion terminada por supuracion, que no consiste en el principio mas que en el ensanchamiento de los orificios foliculares. Seria adelantarse á los hechos el afirmar que los tubérculos de las mucosas son únicamente los folículos enfermos; pero creemos poder admitir que esto acontece en un gran número de casos, fundándonos principalmente en los siguientes motivos:

1.º La forma, la disposicion, el sitio, el modo de desarrollarse y la terminacion por ulceracion de los tubérculos en las mucosas, recuerdan la forma, el sitio, etc., de los folículos en el estado sano, ó en el de inflamacion.

2.º Hemos tenido ocasion de observar á los folículos de la piel, desarrollarse, llenarse de pus, y adquirir una forma semejante á los tubérculos mucosos, sobre todo cuando el pus tenia cierto grado de consistencia.

3.º Hemos podido seguir de un modo exacto las numerosas transformaciones, que son susceptibles de sufrir las criptas ó folículos, observando los del caballo, en quien se encuentran mas desarrollados que en el hombre. Los hemos visto llenarse de materia sebácea, gelatinosa, de modo que adquiririan semejanza con los tumores ateromatosos, melicéricos, y con las verdaderas pecas de la piel. Hemos visto ademas endurecerse, engrosarse y hacerse fibrosas ó cartilaginosas sus paredes. Por otra parte, si la mas exacta observacion no deja duda acerca de la realidad de estas singulares transformaciones del folículo, ¿no induce la analogia del mismo modo á admitir la posibilidad de su transformacion en la materia llamada tuberculosa?

Haya lo que quiera respecto de esta etiologia, lo cierto es que en los tísicos se halla con mucha frecuencia elevada la membrana mucosa de la laringe, en diversos puntos de su estension, por cuerpos pequeños, redondeados, de un blanco mate ó amarillentos, que se denominan tubérculos. Por encima de estos muchas veces no presenta la mucosa ninguna alteracion apreciable; otras se halla inflamada en diversos grados, y siempre al cabo de un mes, ó menos tiempo, tiende á ulcerarse para dar paso á la materia tuberculosa depositada debajo de ella. Por otra parte nada hay que pruebe ser tal el origen de las ulceraciones de la laringe, siendo menos comun, de lo que generalmente se asegura, que los tísicos tengan tubérculos laríngeos, que por cierto son mas raros que los intestinales.

Prodúzcanse como se quiera las úlceras de la laringe, la observacion nos enseña que son muy frecuentes en los tísicos. Presentaremos en seguida el resultado de nuestras observaciones en este punto.

Es muy variable la estension de las úlceras en la laringe; muchas veces pueden dejar de percibirse por la pequeñez del espacio que ocupan; otras toda la superficie interna de la laringe parece una sola y ancha ulceracion; y en tan estensa solucion de continuidad, solo se perciben en varios puntos algunos restos de la membrana mucosa, que parecen vegetaciones rojas é irregulares, en medio de una superficie, cuyo color y aspecto varían en razon de los tejidos que la forman.

Considerando con relacion á sus formas estas ulceraciones, pueden ser redondeadas con ó sin regularidad, ovaladas, oblongas, sinuosas, serpiginosas y lineales. Sus bordes, cortados de varios modos, pueden hallarse al nivel del fondo, ó mas ó menos elevados que este.

Su número se halla en general en razon inversa de su ta-

maño. Hay casos en que toda la superficie interna de la laringe está como acerbillada de una multitud de pequeñas úlceras, separadas por porciones de membrana, sin mas alteracion que una rubicundez variable. A veces este color se encuentra solo en el borde de la ulceracion, y entonces la membrana parece sembrada de un gran número de círculos rojos y pequeños. Sin embargo, en algunos casos se halla solo una úlcera pequeña.

En otro punto de esta obra (tomo III) llamamos la atencion acerca de las úlceras de la mucosa intestinal con blancura perfecta de su fondo, de sus bordes y de la membrana que las rodea. El mismo color se observa en algunas úlceras de la laringe. Tal hecho es de la mayor importancia, pues prueba, que aun cuando una membrana mucosa ofrezca el color natural, puede hallarse gravemente afecta.

No hay punto en la laringe donde no se hayan hallado úlceras. Son muy comunes en las cuerdas vocales, que con frecuencia se destruyen en una gran estension. En la cara interna del cartilago cricóides tienen muchas veces la circunstancia de ser numerosas, pequeñas y casi semejantes. No es raro hallar una pequeña úlcera en la porcion de mucosa, que desde el ángulo entrante del cartilago tiróides, vá á la comisura anterior de los ligamentos tiro-aritenóideos. Por último, se establecen repetidas veces en la membrana que viste los ventriculos, y debe fijar la atencion su existencia en este punto, porque es fácil que se escapen á la investigacion, pudiendo sin embargo ser la única lesion que se halle en la laringe de individuos, cuya voz haya estado alterada por mucho tiempo.

Entre las úlceras de que nos ocupamos las hay que se estienden superficialmente, consistiendo solo en una simple solution de continuidad de la membrana mucosa; en tal caso forman su fondo, ó los diversos tejidos situados debajo de esta membrana, como los cartilagos, los ligamentos, los músculos, etc. ó una capa mas ó menos gruesa de tejido celular, que muy delgado y apenas visible en el estado natural, se hipertrofia, endurece y presenta una nutricion morbosa, de que se originan las fungosidades y vejetaciones que se elevan del fondo de algunas úlceras de la laringe, y los tubérculos que estan distribuidos en ellas.

Otras difieren mucho de las precedentes porque se estienden principalmente en profundidad. Entonces pueden alterarse y destruirse en un tiempo mas ó menos largo los diversos elementos anatómicos que entran en la composicion de la laringe. Una de las partes que con mas frecuencia invade la ulceracion es el tejido fibroso que forma los ligamentos tiro-aritenóideos.

Las fibras blancas y brillantes, que los constituyen, adquieren un color empañado, análogo al que ofrece el tejido fibroso, sometido á una maceracion prolongada: al mismo tiempo se reblandecen divididos en haces aislados, pudiendo decirse que apoderándose de ellos la inflamacion los aproxima á la textura celular. Reabsorvidos poco á poco se reducen á la forma de colgajos, pudiendo acontecer que no quede resto alguno de ellos, en cuyo caso el fondo de la úlcera está formado por el músculo del mismo nombre. Cuando las cuerdas vocales han sufrido las alteraciones, de que acabamos de hablar, se halla alterada la voz. A nuestro parecer cuando hay lesion de una sola cuerda vocal, por estensa que sea, resulta una pérdida menos completa de voz, que en el caso de ser menos grave la lesion pero simultánea en las dos cuerdas. Estos hechos se hallan conformes con los que revela la fisiología experimental, respecto del uso de los ligamentos de la glotis en la produccion de la voz.

El mismo músculo tiro-aritenoideo, que hemos visto ahora formar el fondo de muchas úlceras en consecuencia de la destruccion completa ó incompleta de las cuerdas vocales, puede á su vez sufrir diversas alteraciones. Unas veces hemos hallado sus fibras como disecadas y separadas en haces por un líquido seroso, gelatinoso ó puriforme; otras se encontraba en su sustancia una especie de pus concreto ó materia llamada tuberculosa, dispuesta en forma de granulaciones, de masas pequeñas, ó de grumos blanquecinos. En dos casos nos ha parecido verdaderamente atrofiado este músculo: el considerable espacio, que ocupa por lo regular, se hallaba invadido en gran parte por masas rojizas, á manera de vegetaciones del tejido celular, entre las que apenas se distinguian algunas fibras musculares pálidas y descoloridas. En otros muchos casos se hallaba notablemente reblandecido, y sus fibras reducidas á una especie de pulpa; en otros parecia como si el músculo se hubiese desgarrado: por último en algunos físicos no se encontró ninguna señal de él. Una vez se halló destruido al mismo tiempo el músculo crico-aritenoideo lateral, estando formado el fondo de la úlcera por el cartilago cricoideo que aparecia en parte osificado. Los experimentos en los animales vivos han enseñado que la accion del músculo tiro-aritenoideo es necesaria para la produccion de la voz, y lo mismo confirman los hechos patológicos, pues siempre que hemos hallado mas ó menos alterado el referido músculo, se encontraba igualmente modificada la voz.

Quando los cartilagos forman el fondo de las úlceras suelen

alterarse muchas veces: su superficie despojada del pericondrio se pone rugosa y desigual; su tejido homogéneo y regado tan solo por líquidos blancos en el estado sano, admite la parte roja de la sangre, que se percibe en forma de estrias ó puntos rojizos, y en medio de esta alteracion de textura ocasionada por la flegmasia se observan con frecuencia rudimentos de materia huesosa, que reemplazan al tejido cartilaginoso. De modo que esta transformacion, consecuencia natural y ordinaria de los progresos de la edad, se encuentra aquí apresurada y como desarrollada prematuramente bajo la única influencia de la inflamacion, que se propaga de las partes blandas á los cartilagos de la laringe: fenómeno notable que nos conduce á considerar casi como idénticas en sus resultados la accion normal de la nutricion y la de la flegmasia.

Las mismas articulaciones que unen entre si los diferentes cartilagos se encuentran algunas veces notablemente alteradas. En un tísico, cuya observacion recogida en la Caridad se ha publicado en la tesis de M. Aubertin acerca de la ulceracion de la laringe, se hallaron completamente destruidos los fuertes ligamentos que en el estado natural conservan en contacto los cartilagos aritenoides y cricoides; dislocada verdaderamente la articulacion crico-aritenoidea, y rodeada de una gran cantidad de líquido purulento; y la parte anterior del cartilago aritenoides del mismo lado corroida, rugosa y osificada en parte. Estas alteraciones coincidian con una úlcera considerable en la cuerda vocal izquierda, que se estendia hasta el cartilago aritenoides. Este sugeto, de 48 años de edad, tenia la voz ronca, pero no estinguida; la deglucion y los esfuerzos de la tos ocasionaban dolor en la region laringea.

Una úlcera que se estiende poco superficialmente, y mucho en profundidad, puede por su situacion ocasionar desórdenes graves. Véase un ejemplo en el caso siguiente: un hombre que presentaba todos los síntomas de una tisis pulmonar muy adelantada entró en la Caridad durante el estío del año de 1817. Hacia la estremidad superior del ángulo obtuso, que forma el cartilago tiroides en la línea media del cuello, habia una pequeña solucion de continuidad de bordes redondeados, en la que apenas cabia una cabeza de alfiler, y por la cual pasaba un poco de aire con silbido, siempre que el enfermo hacia con fuerza algun movimiento respiratorio. La voz no tenia mas modificacion que hallarse débil. La única alteracion que presentó la laringe al abrir el cadáver fué una úlcera pequeña, redondeada, en la que apenas cabia un guisante ordinario, y que estaba situada en el ángulo entrante formado por la union de las dos láminas

del cartilago tiroides, un poco por encima de la comisura anterior de las cuerdas vocales superiores. En el espacio ocupado por esta úlcera se hallaba destruida la mucosa y al descubierto el cartilago tiroides, que tenia en el centro una ligera pérdida de sustancia, de donde resultaba la abertura fistulosa reconocida durante la vida. Lo mas notable en este caso es que en el espacio de un año no habia cambiado de dimensiones la fistula. Su situacion por otra parte esplica el haberse conservado la voz. Es la única ocasion que hemos tenido de observar una fistula de la laringe entre los tísicos tratados en la Caridad en el espacio de muchos años, es decir, entre unos dos mil individuos; prueba á lo menos de que son muy raras semejantes fistulas.

Tambien pueden formarse otros conductos fistulosos en el espesor mismo de las partes blandas sin afectar los cartilagos. En un tísico de 25 años de edad se presentó en la parte posterior del ventrículo derecho de la laringe una abertura fistulosa ciega, que se dirigia hácia atrás y afuera, y terminaba delante del cartilago aritenoides del mismo lado. La entrada de este conducto era longitudinal, y tenia cerca de una línea de largo, sus bordes eran lisos, redondeados, sin señal alguna de inflamacion, y parecian los de una abertura natural; en el fondo habia depositada una materia purulenta, inodora y de un color amarillento. M. Gaudet nos ha comunicado muchos hechos análogos á este, recogidos en la Caridad: en todos ocupaba el mismo punto el conducto fistuloso, y terminaba en la proximidad de uno de los lados del cartilago aritenoides, ó penetraba en su misma articulacion. Sabiendo lo que acontece en otros puntos, puede deducirse por analogía que en ciertos casos esta articulacion es la parte primitivamente enferma, y que de ella se origina el trayecto fistuloso. Sea de esto lo que quiera, en el caso citado y en otros semejantes habia existido aфонia completa.

Algunas veces hemos visto en el tejido celular subyacente al pliegue de la mucosa, que forma el ligamento ariteno-epiglótico, una infiltracion serosa bastante considerable, para que elevada la membrana mucosa forme en cada uno de los lados de la abertura superior de la laringe un pliegue suficiente á ocluirarla en parte. Dos veces hemos visto anunciada esta infiltracion durante la vida por los síntomas del edema de la glotis, tal como han sido descritos por Bayle; pero en otros sujetos no hemos observado nada parecido. Creemos no poder prescindir de notar en este lugar que cuantas veces hemos hallado el edema, habia al mismo tiempo una laringitis crónica

bien caracterizada, de tal manera que en los casos observados por nosotros, la infiltracion serosa no pasaba de ser un epifenómeno. Asi tambien casi siempre que hemos hallado un edema sub-mucoso del canal intestinal, presentaba señales de inflamacion crónica la membrana mucosa en su color, consistencia, espesor y naturaleza de los líquidos que la cubrian. No pretendemos probar con lo espuesto que del mismo modo que el edema subcutáneo, no puedan existir sin inflamacion el edema submucoso de la laringe é intestinos; pero sí debe concluirse de los hechos mencionados que muchos edemas han de referirse, ó cuando menos estan enlazados con un estado inflamatorio de la mucosa. De la misma manera se infiltra un miembro al rededor de las úlceras cutáneas antiguas.

85. Despues de haber formado el cuadro de las principales alteraciones que presenta la laringe en los tísicos, procuraremos recordar la reunion de sintomas que durante la vida las dan á conocer.

Desde luego deben fijar nuestra atencion las modificaciones de la voz.

Para que se cambie notablemente el timbre de la voz, es suficiente una simple rubicundez con ligera tumefaccion en la mucosa que tapiza las cuerdas vocales ó los ventrículos.

La ulceracion de los mismos puntos de la membrana mucosa produce un cambio en la voz, que frecuentemente no es apenas mas considerable que el determinado por la simple tumefaccion de la membrana.

En estas dos circunstancias parece depender el cambio de la voz: 1.º de una acumulacion no acostumbrada de moco ó de pus en los ventrículos: 2.º de la modificacion que sufren necesariamente en su testura, y por consiguiente en su elasticidad, los ligamentos tiro-aritenoideos, cuando dejan de estar cubiertos por la membrana mucosa.

Las úlceras que existen en los demas puntos de la mucosa, y con particularidad entre las estremidades anterior ó posterior de las cuerdas vocales, no ocasionan modificacion alguna notable en la voz.

Los tumores de varias especies, que toman origen en el fondo de los ventrículos y los obstruyen, hacen que la voz sea ronca y como carrasposa. El mismo efecto produce la tumefaccion considerable de la mucosa de los ventrículos.

La destruccion mas ó menos completa de una de las cuerdas vocales, conservándose intacta la otra, no suele alterar la voz mas que las lesiones precedentes; pero á veces por el contrario basta para ocasionar la aфонia.

Este fenómeno es completo cuando se hallan alterados simultáneamente los dos ligamentos tiro-aritenoideos.

La estincion de la voz llega al mas alto grado cuando los músculos tiro-aritenoideos sufren una de las alteraciones de que hemos hablado.

Estos diferentes hechos confirman completamente los revelados por la fisiología experimental.

Por otra parte no debemos olvidar que la voz puede sufrir muchas modificaciones respecto á su fuerza, timbre y diferentes tonos, bajo la simple influencia nerviosa, sin que pueda darnos razon de su causa la anatomía patológica.

La laringitis crónica de los tísicos es generalmente una afeccion indolente. La mayor parte de los enfermos, en quienes despues de la muerte se encuentra ulcerada ó notablemente desorganizada la laringe, se quejan á lo mas, cuando son interrogados, de una lijera incomodidad ó calor en la garganta; y tan solo en algunos casos escepcionales acusan un verdadero dolor, no hallándose por esto, al abrir el cadáver, mas lesiones que en los que no le sienten. La frecuente ausencia de dolor es un fenómeno tanto mas notable, cuanto que la laringe en el estado sano es el asiento de una sensibilidad esquisita, como lo prueba con facilidad el experimento siguiente: en un animal vivo córtese la traquea-arteria, inmediatamente por debajo del cartilago ericoides; introdúzcase un estilete por la incision, y dirijase hácia la laringe, se le producirá una gran ansiedad, y se le verá hacer los mayores esfuerzos para sustraerse del dolor que experimenta; si por el contrario el estilete se dirige por la traquea-arteria, aunque llegue al origen de los bronquios, se conservará quieto el animal. Esta esquisita sensibilidad de la laringe se halla ademas en relacion con el número, volumen y naturaleza de los nervios que se distribuyen por ella, y á pesar de todo la inflamacion no la escita, ó la escita muy rara vez: prueba de que no siempre puede deducirse lo que acontece en el estado enfermo, de lo que se observa en el estado sano. Por otra parte en este caso, como en otras muchas circunstancias, es necesario admitir una susceptibilidad variable hasta el infinito; segun la que es indolente la lesion de un órgano en ciertos sugetos, produce dolores insufribles en otros, se anuncia en unos casos con síntomas locales, y en los demas produce un transtorno universal de todas las funciones, etc. Mas adelante veremos que las úlceras intestinales, tan frecuentes en los tísicos, suelen presentarse en estos aun con menos dolores que las de la laringe.

Hay escepciones desgraciadas de los principios que acaba-

mos de sentar: hace poco tiempo hemos asistido á una señora, que ha muerto en consecuencia de una tisis pulmonar, y en la que fué uno de los síntomas predisponentes el dolor vivo, insupportable en la region de la laringe; tal dolor tenia su asiento principal en la parte superior del órgano, haciendo muy penosa la deglucion. De cierto número de hechos creemos poder concluir que la laringitis de los tísicos se convierte en una afeccion notablemente dolorosa cuando existe la última circunstancia enunciada, la dificultad de tragar.

No parece que la laringitis crónica contribuye al aumento de la disnea, sino cuando se halla notablemente disminuido el calibre ordinario de la laringe en un punto cualquiera de su estension, ora por una tumefaccion extraordinaria de la membrana mucosa, ora por un tumor que se eleve de la superficie de la misma membrana, ó que se desarrolle en la parte subyacente, ora por un edema de la glotis, etc.

86. ¿Cuál es la relacion que existe entre el desarrollo de la laringitis crónica, y el de los tubérculos pulmonares? Véase lo que respecto de esto nos ha enseñado la observacion.

En muchos sugetos es el primer fenómeno la inflamacion de la laringe. (Acerca de esto ya nos hemos ocupado antes).

En otros no empieza á afectarse la laringe de un modo grave sino en el curso de la tisis pulmonar, ó en una época mas ó menos adelantada de esta, como si la inflamacion se propagase de abajo arriba, siguiendo una direccion opuesta á la del caso precedente. Nos parece ademas ser mas comun en estos enfermos la laringitis consecutiva que la primitiva. Pero aun en los casos en que la afeccion de la laringe depende de la de los pulmones, puede acontecer que los tubérculos desarrollados en estos no sean apreciables sino por la inspeccion cadavérica; de modo que naturalmente nos inclinemos á atribuir tan solo á la afeccion de la laringe, suficientemente caracterizada por la alteracion de la voz, la tos, la disnea, la hemotisis, el marasmo y la calentura héctica, admitiendo, en una palabra, la existencia aislada de una tisis laríngea. La observacion enseña, sin embargo, que es muy rara la existencia de esta última afeccion con independencia de la tisis pulmonar, como lo demuestra la abertura de los cadáveres. De modo que cuando un sugeto presenta síntomas de laringitis crónica con enflaquecimiento y otros signos de tisis, aunque nada indique la existencia de los tubérculos, hay probabilidades tan grandes para admitirlos que casi equivalen á certidumbre. Por lo demas hay cierto número de casos en que solo, mediante la autopsia cadavérica, puede adquirirse la conviccion de que los pulmones contienen

tubérculos, y que la laringitis, que parece la enfermedad principal, es solo secundaria. Asi acontece cuando entre los muchos tubérculos que han invadido el parenquima pulmonar, ninguno se ha reblandecido de un modo notable, y el tejido del pulmon que los rodea, se conserva permeable al aire. Con efecto, en tales casos la percusion y la auscultacion no pueden suministrar ningun dato. Otras veces, despues que por un tiempo mas ó menos largo tan solo se ha anunciado con síntomas característicos la enfermedad de la laringe, empieza á su vez la del pulmon á dar señales de su existencia, bien porque las escavaciones reemplacen á los tubérculos reblandecidos, bien porque al rededor de estos se inflame y endurezca el parenquima pulmonar.

87. No debemos, sin embargo, persuadirnos que las reglas establecidas respecto de la relacion entre la laringitis crónica y los tubérculos pulmonares sean tan constantes, que no haya algunos casos en que todos los síntomas de la consuncion pulmonar dependan de una simple afeccion de la laringe. El doctor Pravas en su tesis acerca de la tisis laringea ha citado dos observaciones de esta enfermedad que terminó por la curacion, en las cuales todo contribuye á persuadir que existió la afeccion de la laringe independientemente de cualquier enfermedad de los pulmones. Referiremos una de las observaciones que ha sido hecha en el hospital de la Caridad en las salas de M. Fouquier, y que es interesante bajo muchos puntos de vista.

XV.ª OBSERVACION.

Laringitis crónica; estado de sofocacion inminente; traqueotomia ejecutada con buenos resultados. Recidiva á poco tiempo. Tratamiento mercurial. Curacion completa.

El 31 de diciembre de 1821 entró en el hospital de la Caridad una costurera de 23 años de edad. Por mucho tiempo habia disfrutado de buena salud, excepto algunas irregularidades en la menstruacion; pero en los últimos años se hallaba afectada de una tos seca, que se encrespaba cuando hacia un ejercicio mayor que el acostumbrado. Tres meses antes habia sentido los primeros anuncios de la enfermedad, que la obligó á implorar los socorros del hospital. Decia que habiendo pasado la noche al lado de una ventana abierta se habia despertado con una ronquera considerable y movimiento febril; hizo uso del cocimiento de malvabisco con goma. A los quince dias de este régimen desaparecieron la ronquera y los síntomas del catarro bronquial, y solo la voz quedó primero con una dureza que no habia tenido hasta entonces, y se debilitó considerablemente poco tiempo despues. Debe observarse que en esta época trabajaba la enferma en algodón. A la noche se agregó una tos siempre seca, pero mas frecuente y fatigosa que antes. Por intervalos presentaba la paciente opresion, con especialidad al subir una escalera, en consecuencia de un ejercicio penoso, ó cuando se afectaba vivamente su imaginacion. La ins-

piracion se ejecutaba con ruido. Entre otros varios remedios se emplearon sanguijuelas á la garganta y cataplasmas, que produjeron algun alivio. El 3o de diciembre se aumentaron los síntomas de opresion, y se recurrió á los sinapismos, los anti-espasmódicos, y un vejigatorio en la parte anterior del cuello. Sobrevinieron vómitos biliosos abundantes, con los que se desembarazó el pecho, y facilitó al parecer la respiracion; en la misma tarde notó la enferma sangre en la materia espectorada, siendo los esputos anteriores espesos y parduzcos. La última menstruacion habia tenido lugar el 27 de diciembre, y durado dos dias. Desde la invasion de la enfermedad habian disminuido constantemente las fuerzas, reemplazando á la gordura ordinaria un estado de enflaquecimiento.

Examinada la enferma en la visita de 1.º de enero de 1822, presentaba los siguientes síntomas: dolor en los lados del cuello que referia al nivel de las grandes astas del hiodes; otro mas ligero detrás del esternon, y mas profundo entre los omoplatos; exasperacion del dolor en los esfuerzos de la tos, en la deglucion y en el acto de la palabra, que se reducía á un cuchicheo. La inspeccion del interior de la boca solo ofrecia algunas desigualdades en la pared posterior de la faringe, sin ulceracion; respiracion dificil y ruidosa por el roce del aire en la abertura de la laringe; mas facilidad de respirar estando la enferma de pie que acostada; la deglucion se verificaba con un ruido parecido en cierto modo al hipo. Tos bastante frecuente que se reproducia casi cada cuarto de hora, y que además se escitaba con las bebidas y los esfuerzos que hacia la enferma para hablar; con la tos arrojaba una materia viscosa transparente, en medio de la cual nadaban mucosidades opacas, mezcladas con estrias sanguinolentas, y además producía un ruido particular que M. Fouquier comparaba al del croup, inclinándose por este solo carácter á presumir una alteracion en la laringe; dolor en los oidos y hasta en la cabeza; disnea que algunas veces llegaba hasta la sofocacion, bajo la influencia de las causas mas ligeras; frecuencia, pequenez y dureza del pulso; sudores nocturnos; pérdida del apetito; digestiones dificiles (*durante los tres primeros dias de su permanencia en el hospital se le prescribió agua de cebada, leche, gargarismos dulcificantes, un julepe narcótico y baños de pies, y se hizo supurar el vejigatorio colocado delante del cuello*) la astriccion de vientre era pertinaz. El 4 de enero se suprimió el vejigatorio del cuello, y se aplicó otro á la parte inferior del esternon; por lo demas no habia cambio notable en el conjunto de los síntomas enunciados. El 5 respiracion mas dificil, sibilante; constriccion de la laringe. (*La misma prescripcion*). El 6 continuaba la astriccion de vientre; era mayor la disnea, y parecia mas adelantada la oclusion de la laringe. (*Se aplicaron diez y seis sanguijuelas debajo de la mandibula*). El 7 vómitos biliosos; algunos movimientos de vientre por la noche. (*Se prescribió un grano de tartaro estibado, agua gomosa y pediluvios*). Empleados estos remedios, la respiracion se presentó menos frecuente, mas fácil y menos ruidosa, habiendo alguna calma por la noche. El 8 de enero opresion considerable; dolor detrás del esternon; rubicundez de la cara. (*Se reiteraron las sanguijuelas; se hizo consistir la dieta en cuatro caldos y una yema megida*). Por la tarde vomitó. El 9 oclusion casi completa de la laringe; inspiracion muy dificil y ruidosa; ortopnea; tos; ansiedad extrema, y afonia. Por la tarde estaba la enferma amenazada de sofocacion, y pasó la noche en una extrema agitacion, aumentándose todos los accidentes. Al otro dia 10 de enero estos se hallaban en el mas alto grado de intensidad. Juzgando M. Fouquier inminente la sofo-

cacion, propuso la traqueo-tomía como único medio que pudiese prolongar la vida de la enferma; en lo que convino M. Roux, con quien lo consultó. En el mismo día se ejecutó la operacion. Apenas se abrió la traquea penetró en ella al hacerse la inspiracion una pequeña cantidad de sangre, é impidiendo su presencia que el aire penetrase en las ramificaciones bronquiales, perdió la enferma el conocimiento, cesaron de latir sus arterias; cubrió una palidez mortal su rostro, y se estendió un frio glacial por todo su cuerpo. La respiracion se hallaba interrumpida, y no se sentian los latidos del corazon. En lugar de desconcertarse el hábil cirujano en esta critica circunstancia, colocó una sonda de goma elástica en la traquea-arteria, y por medio de aspiraciones reiteradas consiguió sacar una parte de la sangre que se oponia al paso del aire. Por este medio la respiracion recobró su accion, y se restableció la circulacion; pero la enferma permanecia sin conocimiento. Se la fijó la sonda en la traquea-arteria con cordones que rodeaban el cuello, y se la trasladó á su cama. El resto del día se pasó en un estado casi desesperado, habiendo necesidad muchas veces de desobstruir la sonda, cuyo calibre se llenaba de mucosidades viscosas y adherentes. Hubo accesos frecuentes de tos. Por la tarde se desarrolló calentura bastante fuerte, siendo sin embargo la respiracion menos penosa que antes de operar.

El 11 no habia aun recobrado el conocimiento la enferma; se la daba de beber por medio de un pistero. Se intentó sustituir la sonda con una cánula de plata; pero esta ademas de molestarla, no permitia un acceso tan fácil al aire. El 12 respiracion mas libre; la enferma empezaba á reconocer á las personas que la rodeaban; la calentura era menos intensa; el aire se dividia entre la herida exterior y la abertura de la glotis; hubo sed y astriccion de vientre. (*Se prescribió agua de cebada gomada y dieta.*)

El 13 y 14; menos calentura, respiracion mas libre, y que se verificaba mas bien por la glotis que por la herida. (*Se prescribió agua de cebada con una cuarta parte de leche, pocion gomosa; julepe narcótico; media crema de arroz, una vema mejida y tres caldos.*)

El 15 empezó á estrecharse la herida de la laringe; no arrojaba esta mucosidades, la respiracion se efectuaba bien por la boca; no habia sudores nocturnos; el sueño era tranquilo. El 16 pulso poco frecuente. El 17 volvió á adquirir la enferma el uso de la palabra, sobre todo aplicando el dedo en la herida. El 18 pulso débil, pequeño y frecuente; apetito. La herida se cerró y secó, y la enferma hablaba sin necesidad de aplicar el dedo, de modo que se la entendia bien. El 19 el pulso apenas frecuente, y la respiracion tranquila. El 20 algo de tos. El 21 casi no habia calentura; pero sí astriccion de vientre que se combatió con lavativas. Se la permitió algun alimento. El 22 no habia tos ni expectoracion. El 23 se dispó la afonia. En los siguientes dias desapareció el dolor de la garganta, recobró las fuerzas, y adelantó la cicatrizacion. El 31 salia muy poco aire por la herida. Se tocaron las carnes exuberantes con el nitrato de plata. La enferma tenia apetito; la respiracion estaba completamente libre. En cada uno de los dias sucesivos fué haciendo progresos la mejoría. El 6 de febrero la herida estaba muy próxima á su curacion, y se aumentó la cantidad de alimento sin que resultase ningun inconveniente. El 14 de febrero se hallaba cerrada la fistula aérea, y la voz tan solo era un poco mas oscura que antes de la enfermedad. El 15 salió del hospital la enferma, y se la recomendó que volviera de cuando en cuando para asegurarse de si habia algunas variaciones.

Permaneció ocho ó diez dias en su casa sin experimentar ningún accidente; todo conducía á persuadir que era completa la curacion. Pasado este tiempo se presentó á M. Fouquier, quejándose de tener todavia dificultad para respirar, dolor en la garganta, punzadas en la misma region, tos, malestar y agitacion por la noche. Volvió segunda vez, quejándose de aumento en los accidentes, y se le aconsejó que entrase de nuevo en el hospital, lo que ejecutó el 1.º de marzo. Entonces tenia en la comisura izquierda de los labios una pústula prominentemente, ancha, en parte ulcerada, y en parte cubierta por una costra, que hizo sospechar la existencia del virus sífilítico. Sobre el cuero cabelludo habia otro gran número de pústulas. Interrogada la enferma se supo que cinco años antes habia tenido una afeccion venérea, para la que habia consultado con M. Cullerier; que por algunas semanas habia seguido un tratamiento apropiado; pero encontrándose bien, y en la persuacion de estar completamente curada, no habia insistido en él. Estos datos apoyados en los síntomas que se presentaban no dejaron duda acerca de la naturaleza de la enfermedad, é hicieron sospechar que la ulceracion de la laringe podia tener alguna relacion con ella. En virtud de esto se le administró el licor de Van-Swieten y el jarabe sudorífico. Pasó bien los primeros dias; el 8 de marzo parecía que habia recobrado algo la voz, y que era menor la dificultad de respirar. El 10 se presentó una tos algo mayor que la acostumbrada, por lo cual se suspendieron el licor y el jarabe, sustituyéndolos con las píldoras de ungüento napolitano. Este nuevo medio de tratamiento no ofreció ningún inconveniente. La pústula del labio se deprimió insensiblemente, adquirió un aspecto mas rojo, y se estrechó. El 18 reapareció la voz, disminuyó la opresion, y la inspiracion era menos sibilosa.

El 20 restablecimiento de la voz; hinchazon de la mejilla derecha; principio de salivacion. (*Veinte sanguijuelas debajo de la mandibula, cataplasma, gargarismo con agua de malvabisco, pocion gomosa y cinco caldos.*)

El 22 de marzo se le purgó con el maná, y presentó salivacion intensa y úlceras en la boca. El 23 baños de vapor para combatir la salivacion. El 25 se agregó á los medios indicados una lavativa purgante; se disiparon los síntomas venéreos. El 26 se comprobó el maravilloso efecto del baño de vapor, administrado contra la salivacion. El 28 disminucion de la hinchazon de la mejilla. El 29 era menor la salivacion, y apenas padecia la enferma. El 31 se suspendió del todo la salivacion.

El 5 de abril habia recobrado la enferma completamente la voz, y se hallaba en estado de volver al tratamiento por el licor de Van-Swieten y el jarabe de Cocinero, que se continuó sin interrupcion en los dias siguientes. Desaparecieron los síntomas de la afeccion venérea, y los que dependian de la alteracion de la laringe. Así, pues, cesó la aфонía; la respiracion era fácil; no existía dolor en la laringe; no habia tos, ni expectoracion, ni calentura, ni sudores; el sueño era tranquilo; las funciones digestivas habian recobrado su actividad, y las fuerzas se aumentaban diariamente.

El 12 de abril apareció la menstruacion, que habia faltado muchos meses. El 13 quiso la enferma abandonar el hospital, á pesar de las observaciones que se le hicieron acerca de la incertidumbre de su completa curacion. Se le hizo prometer que continuaria usando por algun tiempo los mercuriales. Desde entonces ha tenido ocasion de verla muchas veces el doctor M. Truchau, que se hallaba entonces de discípulo interno de la Caridad, y ha asegurado que disfrutó siempre de buena salud.

88. De la reunion de hechos que acabamos de citar deducimos las siguientes consecuencias.

1.º La laringitis crónica puede existir idiopáticamente como la aguda; pero solo en casos muy raros puede determinar por sí sola los síntomas de consunción. La tisis laríngea es, pues, una afección poco común.

2.º En la mayor parte de los casos en que una afección de la laringe va acompañada de síntomas de tisis, deben referirse estos á tubérculos desarrollados en los pulmones, bien sean anteriores ó posteriores á la laringitis.

89. Tal vez esta sería ocasión oportuna de establecer algunos puntos de contacto entre las diversas lesiones que con tanta frecuencia presenta la laringe de los tísicos, y la afección de las fosas nasales de los caballos, conocida vulgarmente con el nombre de muermo. El catedrático M. Dupuy, en su escelente trabajo acerca de esta enfermedad, ha demostrado que consiste en tubérculos desarrollados en las fosas nasales. Hemos tenido ocasión de hacer la inspección de un gran número de caballos con muermo, y hemos comprobado la exactitud de la opinión emitida por el sabio veterinario que acabamos de citar.

En casi todos los caballos que hemos examinado, los pulmones tenían tubérculos variables en número y volumen. En los unos la afección del pulmón era todavía muy ligera; apenas tenían algunos tubérculos diseminados en su parenquima, al paso que había llegado á un alto grado la enfermedad de las fosas nasales. En otros, por el contrario, estaban ya ocupados los pulmones por estensas escavaciones, al propio tiempo que la afección de las fosas nasales parecía hallarse en su principio. Por último, en otros caballos parecían encontrarse en el mismo grado poco mas ó menos de padecimiento las fosas nasales y el parenquima pulmonar.

Segun las varias fases del desarrollo del muermo, nos ha presentado este diferentes especies de lesiones, que tal vez no son mas que diversos grados de una misma.

Las fosas nasales de los caballos tísicos no han ofrecido muchas veces, por ejemplo, mas modificación respecto del estado normal, que una rubicundez mas ó menos viva de la membrana mucosa, con abultamiento de su tejido, é inyección y engrosamiento del tejido celular que la fortifica.

En otros caballos se elevaba de la superficie de la membrana mucosa un número mas ó menos considerable de granulaciones redondeadas, parecidas en un todo á los folículos mucosos hipertrofiados, cuyo orificio se hallaba ora dilatado, ora por el contrario menos aparente que de costumbre. Muchas veces se

encontró inflamada la membrana mucosa al rededor de los folículos; otras estaba blanca, y cuando mas presentaba una ligera inyeccion vascular, bien porque hubiese desaparecido la inflamacion antecedente de esta membrana, no dejando mas vestigio que la misma hipertrofia de los folículos, bien porque estos mismos, á pesar de ser un elemento de la referida membrana, se hubiesen inflamado con independenciam de ella. De este modo observamos diariamente alteraciones aisladas idiopáticas de los folículos cutáneos, conservándose en aparienciam sana la piel que los rodea. Asi tambien se inflaman é ingurgitan estensas porciones del sistema linfático, sin que participe en nada del estado inflamatorio el tejido celular por donde atraviesan.

Entre estos folículos unos estaban mas ó menos rojos, otros grises, otros tenian un color blanquecino debido al parecer á la materia purulenta que llenaba su cavidad. Por último, en muchos el pus era mas concreto, y de un blanco amarillento, resultando un cuerpo pequeño, redondeado y friable, que constituía lo que generalmente se llama un tubérculo; pero que por su comparacion con las otras granulaciones que le rodeaban, nos parecia ser tan solo un folículo enfermo. Esta materia llamada tuberculosa era frecuentemente tan abundante, que cubria la mayor parte de la membrana pituitaria.

Por otra parte el tejido céluo-fibroso subyacente á la membrana mucosa presentaba tambien notables alteraciones. Inflamado crónicamente se transformaba en una sustancia blanquecina ya dura, y que rechinaba bajo el escalpelo á la manera de los escirros, ya friable y parecida á los tubérculos.

Finalmente la membrana pituitaria presentaba como terminacion comun de estas varias alteraciones, úlceras de diferentes figuras y tamaños, y cuyo fondo se hallaba formado, ya por el tejido celular endurecido, y aun á veces sembrado de masas tuberculosas pequeñas, ya por los mismos cartilagos mas ó menos alterados, é inyectados á veces de sangre y con tendencia á osificarse.

Asi, pues, tanto en el hombre como en el caballo la parte superior de las vias respiratorias (pues en el caballo las fosas nasales sirven mas directamente para la respiracion que en el hombre) no se alteran apenas de un modo grave, si no existen tubérculos en el parenquima pulmonar. Por otra parte en las fosas nasales de los caballos que tienen muermo hemos encontrado lesiones casi análogas á las que hemos visto existir en la laringe de los hombres atacados de tisis pulmonar.

90. Tratando del catarro pulmonar simple en el primer volumen de esta obra, hemos indicado cierto número de alteracio-

nes de la traquearteria y de los bronquios. Iguales son las que se hallan con mas ó menos frecuencia en los tísicos, por lo que sería inútil reproducirlas en este lugar. En muchos de estos enfermos, por ejemplo, hemos hallado notablemente dilatados los ramos bronquiales; en bastantes otros nos han parecido considerablemente engrosadas las paredes de los mismos conductos. En los bronquios que conducen el aire á los lóbulos pulmonares mas llenos de tubérculos, se encuentran muy comunmente úlceras de la membrana mucosa. Una vez hemos visto una disposicion particular de estas úlceras. Era un sugeto que en uno de los pulmones tenia mas tubérculos que en el otro. La mitad de la traquea-arteria del lado mas enfermo estaba acribillada en toda su estension de úlceras; la otra mitad apenas contenia algunas. La superficie interna de los principales ramos bronquiales del lado mas enfermo presentaba en cierto modo una sola ulceracion, en medio de la cual habia esparcidos: 1.º una especie de fungosidades rojizas, residuos de la membrana mucosa: 2.º fragmentos de cartilago, que semejantes á espinas se desprendian de las paredes bronquiales.

§. II.

Enfermedades del parenquima pulmonar.

91. Las alteraciones que presentan las porciones del parenquima pulmonar, que rodean los tubérculos, son muy frecuentes, y muchas veces mas graves que ellos mismos.

En el capítulo segundo hemos dicho que en cierto número de casos reconocen por causa los tubérculos pulmonares una inflamacion aguda del parenquima pulmonar, anunciada con los sintomas ordinarios de la pleuro-neumonia. Tal inflamacion puede disiparse, presentándose solo en el cadáver indicios de los tubérculos. Otras veces, en vez de resolverse la flegmasia, pasa al estado crónico, ó bien tiene este carácter desde su origen. Con mucha frecuencia, pues, parece que nacen los tubérculos en medio de porciones del parenquima pulmonar inflamadas crónicamente. Cuando se hallan pocos y pequeños, diseminados en una notable porcion del pulmon hepatizado, inducen á creer que su desarrollo no ha precedido á la pulmonía. Con mucha frecuencia hemos encontrado, por ejemplo, tan solo dos, tres ó cuatro tubérculos miliares en todo un lóbulo endurecido: en tal caso parece que se desarrollan en medio de este, al modo que se pro-

ducen en las úlceras de las mucosas, en el espesor de las membranas falsas, etc.

Si la observación demuestra que en ciertos casos la pulmonía precede á los tubérculos, y aun es su causa ocasional, tambien enseña que con frecuencia se desarrollan sin neumonia antecedente, apreciable para nosotros durante la vida, y que esta sobreviene despues como complicación. En efecto, en la mayor parte de los tísicos la invasion de los tubérculos va acompañada solo de los síntomas de una simple bronquitis; se conserva en su estado normal el sonido de las paredes torácicas, y no se halla alterado el ruido respiratorio. No es decir por esto que en el punto donde se forma cada uno de los tubérculos no vaya precedido, y tal vez haya sido causado por una congestion ó irritacion mas ó menos análoga á la que constituye la pulmonía. Ya hemos insistido lo bastante acerca de este género de pulmonía limitado exactamente al punto donde debe desarrollarse el tubérculo; la abertura de los cadáveres demuestra su existencia, y aun puede probar en mas de un caso (véanse los artículos precedentes) que ha sido anterior á la produccion morbosa; pero ¿por qué medio se reconoce durante la vida?

La pulmonía, menos circunscrita y apreciable por los síntomas, que se presenta como afeccion intercurrente en el curso de la tisis, puede ser aguda ó crónica. En el estado agudo es notable por la frecuencia con que se reproduce. No es raro ver tísicos, que durante su enfermedad, ofrecen hasta por doce ó quince veces síntomas bien marcados de pulmonía. Con frecuencia es bastante fácil de reconocer esta flegmasia intercurrente: los esputos cambian repentinamente de carácter, se ponen herrumbrosos, viscosos, transparentes; debe cuidarse de no confundirlos con los que pertenecen á una simple hemolisis: en esta la sangre espectorada no se halla intimamente mezclada con el moco como en los esputos de la pulmonía. Además se aumenta considerablemente la disnea, el movimiento febril es mas intenso y continuo, y la auscultacion y percusion proporcionan los signos, con que ordinariamente se anuncia la pulmonía. (Tomo I.)

Pero estamos aun distantes de poder diagnosticar siempre con tanta facilidad una inflamacion aguda, desarrollada alrededor ó en la proximidad de los tubérculos pulmonares. Puede, por ejemplo, no cambiar de caracteres el esputo, conservándose cual corresponde, bien á la bronquitis crónica, bien á los tubérculos reblandecidos. Teniendo lugar en los bronquios ó en las escavaciones tuberculosas diversos estertores, pueden oscurecer completamente los datos que la auscultacion proporcio-

na respecto de la flegmasia del parenquima; del mismo modo puede acontecer que una antigua hepatizacion, ó la aglomeracion de los tubérculos, inutilicen la percusion. Por último, puede no aumentarse de un modo notable la disnea; y aunque sea mayor la dificultad de respirar, no basta para caracterizar una pulmonía, pues son muchas y varias las causas que la pueden ocasionar.

La neumonia intercurrente de los tísicos, desconocida y abandonada con frecuencia, causa la muerte prematura de muchos de ellos; otras veces no la acompaña un peligro tan inminente, pero siempre es temible, porque cuando menos favorece el desarrollo de los tubérculos y acelera su reblandecimiento. Mas de una vez hemos visto enfermos en quienes la tisis pulmonar caminaba por mucho tiempo con estremada lentitud; sobrevenia una neumonia y desaparecia despues de haber corrido sus periodos ordinarios; desde entonces el desarrollo de los tubérculos adquiria un grado admirable de actividad, no solo en el lado donde habia existido la inflamacion aguda, sino tambien, lo que es muy notable, en el pulmon opuesto, ocasionándose estensas cavernas en un espacio muy corto de tiempo.

No es tan peligrosa en los tísicos la pulmonía crónica, sea ó no consecuencia de otra aguda, y preceda ó siga al desarrollo de los tubérculos; pero puede ocasionar accidentes mas graves que los dependientes de los mismos tubérculos. Determina síntomas especiales, que conviene distinguir de los que pertenecen á estos, y dá origen á varias alteraciones del pulmon, cuya naturaleza nos parece no haber sido bien apreciada hasta ahora.

Los únicos signos, que durante la vida pueden anunciar la existencia de la pulmonía crónica como complicacion de los tubérculos, son los deducidos de la percusion y de la auscultacion. Debemos ademas advertir, que cuando solo hay una simple ingurgitacion crónica del parenquima pulmonar, la percusion no nos presta casi ningun auxilio, y la auscultacion misma solo proporeiona, á nuestro parecer, signos dudosos. El estertor crepitante, que segun Laennec debe oirse entonces, creemos no es tan característico, que confundiéndose por graduaciones insensibles con el estertor mucoso, no se pueda hallar en una simple bronquitis (1). Cuando por el contrario hay he-

(1) Hemos procurado demostrar en el primer volumen que los esteriores *crepitante* y *mucoso* no son mas que simples variedades de un solo ruido, que se verifica en las ramificaciones mas ó menos gruesas del árbol bronquial.

patizacion pulmonar, el sonido de las parades torácicas es macizo, y este sonido se observa muchas veces en los puntos correspondientes al vértice de los pulmones, en cuyo sitio existen el mayor número de tubérculos, y donde con frecuencia se hallan complicados con neumonia. Al mismo tiempo la auscultacion proporciona diversos signos, que varian segun que los tubérculos situados en medio del parenquima pulmonar endurecido se hallan crudos ó transformados en cavernas. En el primer caso, ó hay ausencia completa de toda especie de ruido respiratorio y estertor, ó se oyen diversas especies de esteriores, que tienen su asiento en los bronquios (estertor sibilante, sonoro, mucoso con ampollas gruesas ó pequeñas, y aun crepitante), ó bien por último estos diversos ruidos son sustituidos por el fenómeno *respiracion bronquial*. Entonces puede ser tal la resonancia de la voz, que simule mas ó menos perfectamente la pectoriloquia. En el segundo caso, por poco estensas que sean las cavernas, nada dice la auscultacion respecto del estado en que se halla el parenquima de sus inmediaciones; únicamente la gran evidencia de la pectoriloquia puede hacer sospechar que la caverna está rodeada de parenquima endurecido.

Menos lucos pueden darnos en este caso los esputos, pues en la pulmonia crónica son lo mismo que los de la simple bronquitis. En cuanto á la disnea parece *a priori* que en tales circunstancias debería ser mayor que cuando los tubérculos se hallan rodeados por un tejido permeable todavía al aire; sin embargo, la esperiencia nos ha manifestado que por lo general la respiracion no es mas dificil en un caso que en otro. Entonces se establece una especie de respiracion supletoria en las porciones del pulmon que se conservan permeables al aire. En el momento en que escribimos este artículo existe en las salas de M. Lerminier un hombre de sesenta y cuatro años, que sin los auxilios de la percusion y auscultacion, pareciera no hallarse atacado sino de un simple catarro pulmonar crónico. Con efecto, hace mucho tiempo que tose y espetora diariamente bastante cantidad de moco purulento, dividido muchas veces en placas redondeadas, que sobrenadan en una serosidad turbia. Por otra parte no hay calentura, la respiracion no parece dificil, la palabra es sonora y libre, la voz fuerte, el decúbito indiferente; tiene bastante gordura, buena coloracion del rostro, y las fuerzas musculares proporcionadas á su edad. Pero percutiendo el torax en el espacio comprendido entre la clavícula y la tetilla del lado derecho, se reconoce un sonido muy macizo, y auscultando se encuentra que en la misma estension el ruido natural de expansion pulmonar se halla reemplazado por el fe-

nómeno respiracion bronquial, mezclado por intervalos con el estertor mucoso. No queda duda, segun estos signos, que el enfermo, cuya historia acabamos de trazar, se halla atacado de una inflamacion crónica del lóbulo superior del pulmon derecho, y segun otras observaciones, creemos muy probable la existencia de cierto número de granulaciones tuberculosas en medio de la porcion del pulmon endurecido; sin embargo, no tiene mas embarazada la respiracion que los que padecen una bronquitis crónica, ni tampoco se halla sensiblemente alterada su nutricion.

Considerando la inflamacion crónica de que nos ocupamos, respecto de sus caracteres anatómicos, presenta muchas variedades. Puede haber una simple ingurgitacion del parenquima, que ofrece entonces diversos grados de rubicundez. Mas comunmente se halla endurecido el tejido pulmonar, pudiendo existir esta induracion con coloracion roja, gris ó negra. Hablaremos solo con algunos detalles de esta última, de sus causas y naturaleza.

La induracion negra del pulmon ha sido mirada como efecto de la infiltracion de su tejido por una materia de nueva produccion, por la *melanosis*. Se ha dicho que esta materia se encuentra unida ó combinada molecularmente con el tejido del órgano donde se desarrolla. Se concibe que en cierto número de casos sucederá de esta manera; puesto que la materia colorante, que constituye la melanosis, puede depositarse y solidificarse en las mismas mallas ó areolas del parenquima, de lo que resultará una apariencia de endurecimiento de este, y aun puede formarse un depósito sólido en cualquier punto circunscrito, constituyendo una masa ó concrecion melánica. Pero creemos fácil demostrar, que en el mayor número de casos, la induracion de un órgano, que se halle al mismo tiempo teñido de negro, es independiente de este color, y consiste solo en el resultado de una flegmasia crónica. Asi acontece sobre todo en la induracion negra del pulmon (tisis con melanosis.) Con efecto, la induracion del parenquima pulmonar se halla con todos los colores posibles: el rojo, el gris claro, el gris subido, el apizarrado. En algunos casos puede observarse en un mismo pulmon la transicion insensible del mas ligero tinte gris, al color apizarrado mas subido, no encontrándose el pulmon menos duro en los sitios donde este no existe. Debe pues concluirse necesariamente que la coloracion no influye en el estado de endurecimiento del pulmon. Este se atribuye sin vacilar á una simple flegmasia crónica, cuando el color es blanquecino ó agrisado. ¿Por qué habiendo coloracion negra no ha de tener el mismo origen? La

simple graduacion de color no es bastante para considerar como diferentes dos estados, que en el resto se parecen, tanto respecto de los demas caracteres anatómicos, como de los sintomas que los anuncian durante la vida, y las causas que los dan origen. Asi, pues, ó debe mirarse la tisis con melanosis de Bayle como una simple variedad de pulmonía crónica, ó es preciso aumentar el número de tisis, y admitir como especies diferentes la induracion blanca, gris y amarilla del parenquima pulmonar.

Conduciéndonos las precedentes consideraciones á admitir que la induracion negra del pulmon es solo una pulmonía crónica, con adición de la materia colorante, se podrán concebir casos en que pueda formarse esta, sin que el tejido donde se encuentre se haya endurecido preliminarmente: esto no lo podian admitir los autores que miraban la induracion como dependiente de la presencia de la melanosis. Laennec ha distinguido también cuidadosamente el simple color negro, que con mucha frecuencia se observa en los pulmones en forma de líneas ó placas, sin que varíe en nada la consistencia ordinaria de estos órganos. Pero una vez demostrado que la induracion del pulmon no es producto de la melanosis, visto es que no tuvo razon para establecer una diferencia entre la coloracion negra, que acompaña á algunas induraciones pulmonares, y la que existe sin endurecimiento, y de que ha formado una clase separada con el nombre de *materia negra pulmonar*. Hay casos, en que en medio de un parenquima pulmonar generalmente sano, se hallan esparcidas algunas masas negras y duras, que al primer aspecto parecen estrañas al tejido del pulmon; pero aislando el lobulillo donde existen, sin cortarle ni desgarrarle, se vé que está endurecido parcial ó totalmente, y que ofrece muchas graduaciones de coloracion, gris en unos sitios, parduzca en otros, y por último del todo negra, en donde antes de este exámen no se habia podido hallar sino una masa melánica, que entonces se presenta bajo su verdadero aspecto, pareciendo solo una porcion del parenquima inflamado crónicamente y teñido de negro, al modo que las porciones inmediatas, también endurecidas, están teñidas de rojo, de gris ó de pardo.

La induracion negra del pulmon se ha observado en todas las edades de la vida. La he visto en toda la estension del lóbulo superior del pulmon izquierdo en una niña de nueve años. En la Caridad la he hallado muchas veces en sugetos que no tenian treinta años. Sin embargo, es cierto que en los viejos es en los que principalmente vá acompañada la pulmonía cró-

nica de coloracion negra, como si la disposicion pronunciada á los tubérculos en la juventud, se reemplazara despues con la disposicion á segregar materia melánica. Tambien es una circunstancia notable, que cuando tal materia es muy abundante, y los pulmones contienen á la vez tubérculos, parece en ciertos casos que estos tienden á su curacion, ó á lo menos que se suspende su desarrollo, como creo lo indican, segun veremos mas adelante, su apariencia cretácea y la tendencia á transformarse en concreciones petrosas.

Bayle, en la XXXIII.^a observacion de su obra acerca de la *tisis*, habla de un pulmon, que despues de cortado, presentaba un aspecto análogo al de ciertos granitos. Se hallaba compuesto, segun el autor, de una porcion de granulaciones redondeadas, apizarradas y del tamaño de un guisante, reunidas por una sustancia mas blanda, pero del mismo color. Considera este caso como un ejemplo de *tisis* granulosa con melanosis. Nosotros no hallamos en estas granulaciones sino porciones de lobulillos, que consecutivamente á una flegmasia crónica se habian endurecido y ennegrecido. Obsérvese que Bayle indica bien, que alrededor de las granulaciones estaba mas blando el parenquima pulmonar; circunstancia capital, y que está exactamente de acuerdo con lo que hemos dicho del parenquima cuando intentamos penetrar la naturaleza de las granulaciones. (Cap. I.) Añade Bayle: este parenquima pulmonar mas blando estaba tambien teñido de negro. Lo que en las granulaciones se llamaba melanosis, debiera, estando alrededor de ellas entenderse, segun Laennec, por materia negra pulmonar. Pero siempre es la misma secrecion, el mismo depósito de materia colorante; solo que el tejido donde se segrega y deposita ha sufrido en muchos puntos una modificacion de consistencia, y de estas induraciones parciales ha resultado la forma de granulacion.

Si seguimos á esta coloracion en diversos tejidos, hallaremos puntos donde es resultado de una secrecion normal. Esto acontece en el hombre respecto de la membrana corioidea y los ganglios bronquiales, y mas aun en ciertos animales, en quienes el color negro se halla naturalmente esparcido en muchos tejidos, y con especialidad en las membranas tegumentarias internas y esternas. Como produccion morbosa hallamos mayor número de ejemplos en el hombre: asi es que presentan con frecuencia un color negro mas ó menos subido la membrana mucosa gastro-intestinal inflamada crónicamente, las falsas membranas del peritóneo, las úlceras arteriales al rededor de sus bordes ó en su fondo, y las porciones del tejido celular que for-

man las paredes de las fistulas ó de los abscesos. En las mismas circunstancias se endurece y ennegrece el parenquima pulmonar. Esta coloracion insólita puede resultar, ó de la simple modificacion que experimenta la sangre por su prolongada permanencia en los tejidos (1), ó de la secrecion de una materia colorante particular, que se verifica en los órganos citados bajo la influencia de una inflamacion al modo que acontece naturalmente en la coroides. El pulmon atacado de inflamacion crónica tiene una tendencia particular, mayor que la de los demas órganos, á adquirir el color negro; este se fija entonces en las paredes de las vesículas pulmonares, ó si se quiere en el parenquima de los lobulillos, del mismo modo que en consecuencia de los progresos de la edad, é independientemente de toda inflamacion preliminar, tiende á formarse en los espacios interlobulares. Segun nuestro dictámen, en el pulmon al menos, no constituye un tejido accidental particular la sola existencia del color negro como lo ha establecido Laennec, designando á la induracion negra de este órgano con el nombre de melanosis, sea infiltrada, sea en masa. Repetimos que la tisis con melanosis de Bayle nos parece ser simplemente una pulmonía crónica que tiene por caracteres anatómicos la hepatizacion ordinaria y el color negro. Por otra parte los sintomas que ha asignado á esta especie de tisis, son absolutamente los mismos que los pertenecientes á toda induracion del parenquima pulmonar. Ademas es raro no hallar ningun tubérculo en un pulmon atacado de induracion negra. Bayle solo ha citado tres casos en su obra; nosotros referiremos aqui una observacion que servirá para probar la identidad de los sintomas de la melanosis pulmonar, y de la neumonia crónica, ó de otro modo, de la induracion negra del pulmon, y de su induracion roja ó gris (2).

XVII.^a OBSERVACION.

Pulmonía crónica con induracion negra del pulmon; dilatacion de los bronquios.

Un hombre de 49 años se hallaba valetudinario desde que dejó el servicio de las armas en 1815. No hizo cama hasta el año de 1819, el catarro pul-

(1) Los experimentos de Hunter y otros fisiólogos han probado que la sangre cuya circulacion se halla entorpecida ó suspendida en alguna parte, adquiere un tinte negruzco mas y mas subido, ora se mantenga aun en los vasos, ora se halle estancada fuera de su cavidad.

(2) Véanse otros hechos relativos á la pulmonía crónica sin complicacion de tubérculos en el tomo I.

monar, que padecía y se exasperaba por intervalos, no le impedía entregarse al trabajo; pero desde fines de 1819 fué dicho catarro cada vez mas intenso y fatigoso; sobrevenían por intervalos hemotisis abundantes; la respiracion era habitualmente penosa; habia pérdida de fuerzas, y diarrea con intermisiones. Por el espacio de dos años entró muchas veces este enfermo en la Caridad, saliendo siempre algo aliviado. Ingresó por última vez hácia mediados de setiembre de 1822. Habia llegado al mas alto grado de marasmo y debilidad; la tos era frecuente; la disnea considerable, y no podia guardar el decúbito horizontal. Percutiendo el pecho se producía un sonido algo macizo en la mayor parte del lado izquierdo. En la parte posterior del mismo lado se percibian muchas variedades de estertor bronquial húmedo. En muchos sitios resonaba la voz con fuerza, siendo muy marcado sobre todo este fenómeno en la fosa supra-espina. En el lado derecho se oía tambien un poco de estertor mezclado con el ruido natural de la respiracion. Los esputos se hallaban formados de un moco espeso, verdoso y homogéneo. Nunca habian existido sudores; el pulso era frecuente, y consumía al enfermo una copiosa diarrea. (*Tisana de liquen, loch.*)

En los siguientes dias hizo rápidos progresos la debilidad; se pusieron edematosas las piernas; se percibia una fluctuacion oscura en el abdomen, y espiró el enfermo sin agonía.

ABERTURA DEL CADAVER.

El corazon, bien proporcionado, contenía un cuajaron fibroso blanco en las cavidades izquierdas.

El tejido del vértice del pulmon derecho se habia transformado en una sustancia dura de un negro muy subido. Otra sustancia semejante se hallaba diseminada en forma de masas pequeñas, aisladas en otros muchos puntos del pulmon, y en sus intervalos habia gran cantidad de mucosidad sanguinolenta.

El pulmon izquierdo habia cesado de ser permeable al aire en toda su estension. Su tejido, muy duro, presentaba en todas partes una mezcla de los colores negro y gris. En su periferia, y próximas á la superficie exterior, existían unas cavidades pequeñas, en las que cabía una avellana; todas se hallaban en comunicacion con un tubo bronquial casi capilar, y en sus paredes se continuaba la membrana del interior de los bronquios; desde luego nos convencimos de que se hallaban formadas por las últimas ramificaciones bronquiales dilatadas y sin salida. En la parte mas elevada del pulmon habia una cavidad semejante á estas, pero mayor. En este punto era donde se notaba particularmente la resonancia de la voz. La mucosa de los bronquios tenia un rojo intenso. El pulmon izquierdo estaba intimamente adherido á las costillas.

Abdomen. La superficie interna del estómago estaba blanca, y su mucosa sana.

Nada de notable presentaban los cuatro quintos superiores de los intestinos delgados. En el quinto inferior habia cuatro ó cinco úlceras de bordes desiguales y un poco elevados, y con el fondo parduzco. En los intervalos estaba blanca la mucosa. La superficie interna del colon descendente, de la S. y del recto estaba muy inyectada y tapizada por una materia como purulenta.

El higado presentaba su volumen ordinario, y tanto en su superficie como en su interior habia un tejido de un blanco amarillento, dispuesto en forma de placas y líneas sinuosas, en cuyo intervalo aparecía como comprimido en el menor espacio posible el parenquima rojo de esta viscera.

El bazo tenia una densidad notable, y un peso específico mayor que el de ningún otro órgano. Su tejido uniforme en todo, y de un color vermejo hermoso, presentaba al corte una superficie lisa, parecida á la del jamon, ó á la de algunos músculos gruesos, espuestos por algun tiempo á la impresion del aire frío. Desgarrándole tenia tambien un aspecto idéntico á la rasgadura de las fibras de un músculo.

En el peritórneo habia derramada una pequeña cantidad de serosidad.

Si se reasumen los síntomas presentados por este enfermo, se vé que todos caracterizan una inflamacion crónica del parenquima pulmonar. En efecto, la induracion negra que ocupaba gran parte de los pulmones, parece ser la misma alteracion que la gris hallada en otros puntos; en una y otra no vemos sino graduaciones poco importantes del mismo estado morbosó. La induracion negra se hallaba en algunos puntos en forma de masas aisladas, separando un tejido sano de otro gravemente alterado; pero en las reflexiones que preceden á esta historia hemos visto que no hay mas razon para considerar á estas masas negras aisladas como productos de nueva formacion, como tejidos accidentales bajo la denominacion de *melanosis en masa*, que para denominar á la induracion negra de todo un lóbulo pulmonar *melanosis infiltrada*. Se concibe que estas masas pueden resultar del simple depósito de cierta cantidad de materia colorante negra en medio del parenquima pulmonar replegado; pero que con mas frecuencia parecen ser pulmonías parciales ó lobulares con coloracion negra. Por otra parte en el parenquima inflamado no se encontró ningun indicio de tubérculo, lo que prueba tan solo que en este individuo la flegmasia no tenia tendencia á terminar por la formacion de semejante producto. ¿ Se hubiera podido asegurar durante la vida que el pulmon se hallaba exento de tubérculos? No lo creemos. A la verdad la espectoracion era puramente catarral; pero esta no es característica en muchos casos de ausencia de tubérculos pulmonares. La auscultacion tampoco indicaba nada acerca de su existencia; pero hemos visto antes que únicamente puede revelarla cuando hay cavernas. La calentura héctica no estaba bien determinada, y sobre todo no habia sudores; pero esta fiebre y los sudores que marcan sus recargos pueden faltar completamente cuando los tubérculos son poco numerosos, y en tanto que el pulmon no tiene escavaciones mas ó menos numerosas. Corrobora esto el haber hallado mas de una vez tubérculos en medio del tejido pulmonar inflamado crónicamente en sujetos

que no han presentado mas síntomas que los ofrecidos por el que sirve de objeto para la presente observacion.

La falta de sudor que ha sido notada por Bayle como uno de los caracteres de la variedad de la pulmonía crónica designada por él con el nombre de *tísis con melanosís*, es en el caso actual una circunstancia importante, pues prueba que los sudores en la tísis pulmonar no son el simple resultado de la inflamacion crónica del pulmon. Por otra parte nos parece que los sudores no dependen solo de la existencia de los tubérculos: con efecto, hemos visto que en algunos casos se hallaban en abundancia dichas producciones en el pulmon, pero conservándose aun en el estado de crudeza, y entonces no se han observado sudores, así como tampoco se han presentado despues de desarrollarse numerosos tubérculos en todos los órganos. ¿Cuál es su causa, ó á lo menos cuál es el estado morboso con que coinciden? Nos inclinamos á admitir que los sudores de la tísis, que son uno de los síntomas mas característicos de sus últimos periodos, no resultan de la impermeabilidad del pulmon al aire como lo creen unos, ni de la sola presencia de los tubérculos como admiten otros, sino que mas bien dependen de la supuracion abundante que se establece en el pulmon á consecuencia de la fundicion de los tubérculos. Esta opinion parecerá aun mas probable reflexionando que el mayor número de casos estraños á la tísis pulmonar, en que se observan sudores, son flegmasias crónicas con abundante escrecion de pus al exterior (1).

Haremos notar tambien en esta observacion, aun cuando sea circunstancia estraña al objeto de que nos ocupamos, la notable resonancia de la voz, que coincidía á la vez con la considerable induracion negra pulmonar, y la gran dilatacion de muchos ramos bronquiales. (Véase acerca de este extremo, tomo I).

Donde el pulmon se hallaba endurecido no se percibia la respiracion bronquial ni el ruido de expansion pulmonar, sino solo diversas variedades de estertor húmedo, y sobre todo el mucoso propiamente dicho que se verificaba, ya en los bronquios gruesos, ya en los pequeños dilatados. La auscultacion pues no proporcionaba mas datos que los que se hubieran obtenido en el catarro pulmonar mas simple con secrecion abundante de la mucosa aérea.

llamamos tambien la atencion acerca del estado particular

(1) Los casos de abscesos del bazo con existencia de sudor abundante análogo al de la tísis, que hemos citado antes, fortifican esta opinion.

del bazo de este sugeto, estado que no reveló ningun síntoma apreciable durante la vida.

§. III.

Enfermedades de la pleura.

92. En los tísicos presenta la pleura con mas frecuencia que el parenquima pulmonar diversas alteraciones, cuya mayor parte son resultado de una inflamacion aguda ó crónica.

En casi todos los casos en que el pulmon contiene tubérculos, existen adherencias en una parte mas ó menos estensa de las pleuras costal y pulmonar. Tales adherencias están generalmente en relacion con el número de los tubérculos: suelen ser mayores cuando al rededor de estos se halla endurecido el parenquima pulmonar, y se encuentran sobre todo en los puntos correspondientes á las partes del pulmon donde hay mayor número de tubérculos acumulados. En algunos casos en que los pulmones, sanos en la generalidad, han ofrecido solo una masa de tubérculos reunidos en un punto próximo á la periferia del órgano, hemos encontrado la pleura libre de adherencias en toda su estension, esceptuando el sitio donde existia la masa tuberculosa.

A veces no se hallan adherencias, y parece estar alterada únicamente la pleura costal. Entonces se presenta engrosada en espacios aislados, que corresponden á los depósitos de tubérculos, ó mas bien este engrosamiento es por lo regular aparente, y depende de la secrecion de linfa coagulable, que se verifica en una ú otra de las caras de la pleura. Algunas veces hemos hallado teñidos de negro intenso estos engrosamientos parciales, reales ó aparentes de la pleura pulmonar; entonces la periferia del pulmon está sembrada de placas negras, que sobresalen muchas líneas de la superficie del órgano, y parecen formar de este modo verdaderos tumores melánicos. Pero en muchas de ellas es fácil percibir su verdadera naturaleza. Con efecto, no todas se encuentran negras con uniformidad; en muchas se nota un tinte blanco ó agrisado, y en tal estado parecen consistir solo en la acumulacion de membranas falsas en la superficie libre de los pulmones, ó con mas frecuencia en un engrosamiento del tejido celular muy fino y vascular, que une la pleura con el pulmon. Es, pues, evidente que los tumores negros son las mismas placas blancas con adición de materia colorante negra, no debiendo considerarse como un tejido particular en los pulmones, donde ya hemos estudiado su formacion y naturaleza.

A veces hemos hallado en uno ó muchos puntos de la pleura pulmonar una especie de frunce en la membrana con engrosamiento blanquecino de su tegido, el cual nos ha parecido notable por coincidir con la existencia de un tubérculo cretáceo situado superficialmente. El todo ofrecia la siguiente disposicion: en un punto de la periferia del pulmon se percibia una induracion circunscrita, de donde partian como de un centro un gran número de líneas radiadas, correspondientes á la pleura que parecia haber sido plegada en este sitio. Haciendo una incision en la induracion central se hallaba formada por un tubérculo poco voluminoso, de consistencia cretácea, rodeado en la estension de algunas líneas por un tegido negro y duro. ¿ No parece á propósito este hecho para confirmar la idea emitida precedentemente, á saber, que los cálculos cretáceos son tubérculos, que por la reabsorcion de la parte mas líquida han disminuido de volumen, y tienden á la curacion? ¿ Cómo esplicar, en efecto, la especie de frunce ó pliegue radiado de la pleura, sino suponiendo que elevada esta membrana preliminarmente por un tubérculo voluminoso, ha sido luego atraida y conducida hácia el punto donde se hallaba el tubérculo, á medida que este disminuia de volumen? ¿ No nos ofrece la piel un fruncimiento casi semejante cuando despues de haber adquirido una adherencia mayor que la habitual á los tegidos subyacentes, sufren estos alguna pérdida de sustancia?

93. Con bastante frecuencia se desarrollan tubérculos en los tísicos en medio de las falsas membranas de la pleura, y ademas todas las inflamaciones de las serosas tienen en estos individuos una notable tendencia á complicarse con la formación de dichas producciones. Puede servirnos de ejemplo el cadáver de un jóven que hemos abierto recientemente, en cuyos pulmones habia tubérculos, y que ademas los ofrecia en gran número en falsas membranas del pericardio, de la pleura y del peritóneo. No recordamos haber visto la produccion, de que hablamos simultáneamente en estas diversas serosas, sin que existiera á la vez en los pulmones; pero la hemos hallado en medio de las membranas falsas correspondientes á una sola de aquellas, sin encontrarlos en los últimos, de lo cual podrán verse algunos ejemplos en nuestras observaciones acerca de la peritonis crónica. Por otra parte es necesario ponerse de acuerdo respecto de lo que debe entenderse por tubérculos en las membranas serosas. Con efecto, muchas veces se hallan sembradas de granulaciones blanquecinas, que solo se asemejan á los tubérculos pulmonares en la forma redondeada, y que parecen ser tan solo rudimentos de pseudo-membranas, depósitos de materia coagulable, y capas

de organizarse en la superficie libre de la serosa. Semejantes granulaciones existen en muchos individuos que no se hallan tísicos. Pero en los que tienen disposición á los tubérculos parece que las granulaciones, aumentando de volúmen, adquieren otra naturaleza, se hacen semejantes á grumos de leche cuajada, bien permanezcan aisladas, bien reuniéndose, constituyan masas mas ó menos considerables; algunas veces se hallan como depositadas entre láminas sobrepuestas de las falsas membranas. ¿De qué dependen estos diferentes aspectos? Sin duda alguna de las modificaciones que las disposiciones individuales inducen en la secrecion morbosa de la membrana serosa.

De este modo se esplican las numerosas especies de pus que se forman en los abscesos; en unos, por ejemplo, el pus será de buena calidad, en otros se observará el llamado escrofuloso mas ó menos parecido á la materia tuberculosa. No es posible dejar de reconocer como hecho general, y establecer casi como ley que hay sugetos en quienes toda congestion, irritacion ó inflamacion, en una palabra, todo acto insólito de nutricion tiende á terminar por la secrecion de una materia particular con caractéres bien pronunciados, que constituye los tubérculos. Tambien parece que cuando esta materia se halla formada en un punto de la economia, se produce mas fácilmente en los demas. En el sugeto de que nos hemos ocupado hace poco, y que tenia tubérculos en las membranas serosas del pecho y vientre, se hallaba la pia-madre infiltrada de serosidad, y ademas sembrada en la convexidad de los hemisferios de grumos pequeños redondeados y blanquecinos, de una especie de pus concreto, que se diferenciaba muy poco de la materia tuberculosa propiamente dicha. En uno de los capítulos precedentes hemos hablado de otro enfermo, cuyo brazo presentaba hacia mucho tiempo extensos depósitos purulentos, que tenian su origen en un absceso frio de la axila, y en quien podia seguirse de un modo indudable la transformacion gradual del pus en materia de apariencia tuberculosa. Asi, pues, á medida que adelantamos vemos que se multiplican los hechos que deben conducirnos á considerar los tubérculos como un simple modo de secrecion morbosa.

Las granulaciones de la pleura pueden, en vez de adquirir las propiedades que las constituyen en tubérculos, si podemos espresarnos de esta suerte, adquirir una consistencia mas y mas dura, y hacerse petrosas. Asi lo hemos visto, con especialidad en una mujer que murió de una hidropesía enquistada del ovario. La superficie libre de las dos pleuras pulmonares se hallaba como herizada de una multitud de pequeñas granulaciones redondeadas, de consistencia petrosa, semejantes á granos de arena;

la pleura no presentaba ningun vestigio de inflamacion, y el parenquima de los dos pulmones estaba muy sano.

Casi siempre hemos hallado tubérculos en los pulmones cuando los habia en la pleura, siendo mas numerosos, y constituyendo la enfermedad principal los situados en aquel órgano. Solo una vez hemos visto la disposicion inversa: existian masas tuberculosas considerables, no solo en una de las pleuras, sino tambien en otros órganos, al paso que los pulmones apenas contenian algunos, y aun esos en el lado opuesto á la pleura que los tenia. Esta observacion nos parece digna de referirse con algun detalle.

XVIII.^a OBSERVACION.

Numerosos tubérculos en la pleura y en otros muchos órganos, habiendo muy pocos en un solo pulmon.

Una mujer de 35 años se hallaba en un grado considerable de marasmo cuando entró en la Caridad en el mes de noviembre de 1825. Tenia una tos antigua; nunca habia espectorado sangre; su respiracion era poco fatigosa, y su espectoracion catarral. La auscultacion permitia oír en diversos puntos el estertor bronquial húmedo, no proporcionando por otra parte ningun signo que anunciase la existencia de las cavernas pulmonares. No se podia sospechar la existencia de tubérculos. El abdomen se hallaba al mismo tiempo entumecido y doloroso; la percusion daba á reconocer una fluctuacion evidente; habia alternativas de diarrea y astriccion de vientre. Sin embargo, la enferma se debilitaba cada vez mas; su diarrea se hizo permanente, y sucumbió á principios de diciembre.

ABERTURA DEL CADAVER.

Inmediatamente detras del esternon, de los músculos intercostales y de los cartilagos de las costillas, existian masas considerables de materia tuberculosa, que se apoyaban en el pericardio, y llenaban el mediastino anterior. Todo el pulmon izquierdo estaba cubierto desde el vértice hasta la base por una capa gruesa de una materia blanco-amarillenta, friable, tuberculosa como la que ocupaba el mediastino en algunos sitios, que tenia mas de un dedo de grueso, y estaba colocada entre las pleuras costal y pulmonar. Otra masa considerable de la misma materia se hallaba interpuesta entre el diafragma y el pulmon del mismo lado. Examinado este cuidadosamente pareció sano y exento de tubérculos en toda su estension. Por el contrario el derecho, cuya cubierta serosa no ofrecia mas alteracion que algunas adherencias celulares poco considerables, contenia hácia su vértice una masa tuberculosa pequeña del tamaño de una avellana. En el resto de su estension se observaban esparcidos, pero en corta cantidad, algunos cuerpecillos de un blanco mate, que á lo mas tenian el volumen de un grano de mijo, y que parecian ser tubérculos nacientes. El

parenquima pulmonar se conservaba perfectamente sano, así entre estos como al rededor de la masa tuberculosa del vértice.

Habia gran cantidad de serosidad derramada en la cavidad del peritóneo; éste se hallaba sembrado de un gran número de granulaciones blanco-amari-llentas y friables, que eran verdaderos tubérculos. Entre el tejido propio del bazo y su cubierta fibro-serosa habian interpuesta una capa gruesa de materia tuberculosa, parecida por su disposicion á la que se habia encontrado en la pleura izquierda. El mismo parenquima del bazo estaba sembrado de pequeños cuerpos redondeados y blanquecinos, semejantes á los que existian en el pulmón derecho. Por último en el espesor del cuerpo del útero, muy cerca de su cavidad, ó mas bien entre su tejido propio y la membrana que tapiza sus paredes internas, se habia depositado una masa friable de materia tuberculosa, que tenia el tamaño de una avellana gruesa. Nada notable presentaban los demas órganos.

94. Las diferentes alteraciones que acabamos de describir se forman lentamente, á medida que se desarrollan y multiplican los tubérculos pulmonares. Su produccion se anuncia con especialidad por los dolores fijos ó vagos, pasajeros ó durables; de que se quejan muchas veces los tísicos en las paredes torácicas, y que por lo regular no van acompañados de ningun síntoma grave. En muchos de los enfermos son tan raros y fugitivos los dolores de que nos ocupamos, que no se quejan de ellos; en otros son mas intensos; pueden dificultar el decúbito del lado donde se hallan, y se perciben de un modo muy penoso, bien en los movimientos inspiratorios, bien en los esfuerzos de la tos. Aunque por lo regular son de poca duracion, los hemos visto persistir muchos meses seguidos en el mismo punto. Se sienten con mas frecuencia en los sitios donde despues de la muerte se hallan adherencias. Son, por ejemplo, bastante comunes en la region dorsal entre los omoplatos, y tambien debajo de una de las clavículas.

Las adherencias íntimas, que con tanta frecuencia unen en los tísicos en una estension mas ó menos considerable las pleuras costal y pulmonar, esplican la rareza de los derrames pleuríticos en tales circunstancias: con efecto, estos derrames no pueden verificarse sino en los puntos donde todavia no hay adherencia; de modo que cuando existen son por lo regular parciales; no pasan del nivel del lóbulo inferior de uno y otro pulmón; y aun algunas veces se forman en la pleura correspondiente al pulmón que tiene menos tubérculos. La aparicion de un derrame pleurítico, simple ó doble en los tísicos, va

siempre acompañada de graves accidentes; se encuentran de repente comprimidas, y de consiguiente inutilizadas las porciones del pulmon, que se conservaban aun permeables al aire; la respiracion es cada vez mas fatigosa, y sobreviene una muerte pronta con esta funesta complicacion. Mas adelante veremos (*observaciones acerca de la pleuresia*) qué signos pueden anunciarla.

95. El fenómeno de llenarse la cavidad de las pleuras de fluidos elásticos corresponde casi esclusivamente á los que tienen tubérculos pulmonares. Efectivamente es muy raro un neumo-torax idiopático, es decir, producido por una exhalacion gaseosa de la pleura. Casi siempre que hemos tenido ocasion de observar este fenómeno, dependia de la existencia de una fistula pulmonar, que establecia una libre comunicacion entre el interior de la pleura y una escavacion tuberculosa, en la cual se abrian algunos tubos bronquiales. La situacion mas comun de las fistulas es hácia el vértice del pulmon, donde se hallan con mas frecuencia las cavernas; muchas veces es muy difícil encontrarlas, porque son muy pequeñas, estan ocultas por el pulmon, y rodeadas de adherencias. Del mismo modo que en algunos casos los intestinos presentan una sola úlcera, de poca estension, que adelanta en profundidad, y produce una perforacion de sus paredes; al paso que esta misma perforacion no se verifica en otras circunstancias, en que la membrana mucosa digestiva se halla como acribillada por numerosas y estensas úlceras; hemos visto tambien casos, en que el pulmon no contenia sino una escavacion apenas susceptible de admitir una ave llana, la cual situada inmediatamente debajo de la pleura, que contribuia á formar una de sus paredes, habia determinado su inflamacion, y de consiguiente su desgarradura, dando lugar al establecimiento de un neumo-torax. A veces hay adherencias sólidas ó falsas membranas gruesas que forman una especie de barrera, oponiéndose á que una caverna, que haya producido la perforacion de la pleura, derrame los líquidos ó los gases en la cavidad de esta membrana.

Los fluidos elásticos contenidos en la pleura en los casos de que nos ocupamos actualmente, deben consistir solo en el aire atmosférico conducido por los tubos bronquiales abiertos á las escavaciones tuberculosas. Sin embargo, parece que el aire atmosférico derramado en la pleura puede sufrir respecto á su composicion modificaciones notables. Cuando se halla mezclado con pus, que es el caso mas frecuente, se altera su pureza por la produccion del gas ácido hidro-sulfúrico en cantidad bastante notable para darse á reconocer por el olfato; lo cual hemos te-

nido ocasion de comprobar recientemente. M. Davy en Inglaterra ha hallado que el gas contenido en la pleura, procedente de cavernas pulmonares, ofrecia mayor cantidad de ácido carbónico que la que regularmente existe en el aire atmosférico.

En cuanto á los síntomas marcados que anuncian en los tísicos la complicacion de un neumotorax, solo ó unido á un derrame de liquido, los espondremos mas adelante (enfermedades de la pleura) para no incurrir en repeticiones.

Ademas, respecto de esto pueden consultarse las preciosas observaciones publicadas por Laennec y por M. Louis.

§. IV.

Enfermedades de los ganglios bronquiales.

96. Es bastante rara la degeneracion tuberculosa de estos ganglios en los tísicos adultos, y por el contrario muy comun en los niños; lo que se halla en relacion con los fenómenos que presentan las demas glándulas linfáticas del cuerpo. Asi por ejemplo en la primera edad la mayor parte de las enteritis crónicas ocasionan la ingurgitacion tuberculosa de las glándulas del mesenterio; no aconteciendo lo mismo mas adelante en la época de la pubertad, en que las espresadas glándulas se entumescen sí, pero no degeneran casi nunca en tubérculos, como puede verse en los tísicos cuyos intestinos han padecido numerosas úlceras.

No es raro que antes de la pubertad sea la afeccion tuberculosa mas considerable en los ganglios bronquiales que en el parenquima pulmonar. Hemos visto al mediastino posterior lleno de enormes masas de ganglios que circundaban como rosarios á la traquea-arteria y sus divisiones, al paso que en el pulmon no se encontraban sino algunos tubérculos miliares rodeados de un tejido sano: no debemos olvidar que al mismo tiempo la membrana mucosa de las vias aéreas presentaba señales de una inflamacion mas ó ménos viva. Por último, en algunos casos tan solo se hallaban tuberculosos los ganglios, el pulmon no tenia ninguna apariencia de produccion accidental, y los bronquios estaban enrojecidos.

Tambien hemos comprobado en el adulto las diversas relaciones, que acabamos de establecer, entre el estado morbozo de los ganglios bronquiales y el del aparato respiratorio, observando tambien:

1.º Una degeneracion tuberculosa notable de los ganglios

bronquiales, coincidiendo con numerosos tubérculos pulmonares.

2.º Un estado semejante de los ganglios con muy pocos tubérculos en el pulmon.

3.º Tubérculos en los mismos ganglios sin vestigios de tisis pulmonar.

En el último caso, que es infinitamente mas raro que los anteriores, hemos hallado por lo regular indicios de flegmasia en los conductos aéreos. Cuando la parte superior de los mismos está mas alterada, las glándulas linfáticas que se infartan y tienden á convertirse en tubérculos, son las de la region cervical al rededor de la laringe y de la traquea-arteria, no las del interior del pecho. Entonces se colocan algunas veces entre la parte posterior de la traquea-arteria y el esófago, separan estos dos conductos uno de otro, y desarrollándose mas y mas pueden comprimir el esófago y dificultar la deglucion.

Finalmente, hemos comprobado la existencia del estado tuberculoso de los ganglios bronquiales en sugetos que, durante su permanencia en el hospital, no habian presentado ningun síntoma de catarro pulmonar, y en los que la superficie interna de las vias aéreas no tenia despues de la muerte ningun vestigio de flegmasia antigua ni reciente. ¿Si una bronquitis antecedente produjo el estado tuberculoso de los ganglios, por qué no dió lugar al desarrollo de los mismos tubérculos en el pulmon? ¿Podrá decirse que la predisposicion á los tubérculos existia solo en los ganglios bronquiales, no en el parenquima pulmonar?

97. En algunos casos hemos hallado una verdadera supuracion en estos ganglios. De su tejido negro y entumecido corria por la simple incision ó por la presion un liquido purulento, análogo al que se presenta haciendo una incision en un pulmon inflamado en el tercer grado. Al mismo tiempo estaba reblandecido el tejido de la glándula, convirtiéndose fácilmente en pulpa por la compresion entre los dedos, y reducido por otra parte á menor espacio, tal vez destruido por la reunion del pus en un foco. Solo cuatro veces hemos encontrado esta verdadera ganglionitis terminada por supuracion, siendo notable que en tres de ellas no habia mas que bronquitis crónica poco intensa (era en individuos atacados de enfermedades del corazon), y en la cuarta el parenquima pulmonar inflamado en parte de su estension en segundo grado, presentaba hácia el vértice dos ó tres cavidades de paredes lisas y como celulares, llenas de un liquido purulento nada parecido á los tubérculos reblandecidos, y por el contrario idéntico en un todo al pus contenido en los ganglios bronquiales. Es uno de los casos raros en que creemos

haber comprobado mejor la existencia de abscesos pulmonares. Aun mas : en el pulmon habia otra cavidad capaz apenas de admitir un guisante pequeño , rodeada en la estension de algunas líneas de un tejido duro grueso , y ocupada por una materia cretácea. Por último , en medio de las pequeñas porciones de parenquima ingurgitadas existian esparcidos algunos cuerpos grises (granulaciones de Bayle ; induracion parcial de los lóbulos pulmonares) , y en el centro de estas granulaciones ó á su lado se veian masas pequeñas redondeadas , como moleculares , de una materia blanquecina (tubérculos incipientes).

Nuestro modo de concebir la produccion de la materia tuberculosa está de acuerdo con los hechos precedentes. Mas nos hubiera admirado el que se formára en los ganglios pus y no tubérculos cuando existiera en los pulmones gran número de los últimos ; pues la misma disposicion , que favorece su secrecion en estos órganos , debe influir para que se produzcan en vez de pus en los ganglios y en las demas partes inflamadas. Pero obsérvese que no eran tales las circunstancias de los cuatro individuos en quienes hallamos una ganglionitis con supuracion : en los tres primeros no habia indicios de tubérculos en el pulmon , ni en ningun punto ; en el cuarto , aunque se encontraban algunos vestigios , eran de tal naturaleza que ó ya indicaban , si podemos espresarnos así , no hallarse en actividad la produccion de los tubérculos (tubérculo cretáceo , etc.) , ó ya se reducian á un rudimento de la misma produccion. No nos parece fuera de razon suponer que si la ganglionitis hubiera existido algunos años antes hubiese terminado por tubérculos , y que por otra parte , de haberse prolongado la existencia del enfermo , los tubérculos rudimentarios , hallados en corto número en el pulmon , hubiesen tenido tiempo de desarrollarse , y el pus segregado por los ganglios se hubiera convertido en materia tuberculosa , aconteciendo lo mismo con el pus depositado en los focos pequeños del vértice del pulmon.

98. ¿ Los tubérculos de los ganglios bronquiales se anuncian con síntomas tan característicos que pueda establecerse su diagnóstico ? No lo creemos : esta es una de las afecciones que apenas llegan á reconocerse sino por la inspeccion cadavérica. Sin embargo , hay algunos casos en que puede sospecharse su existencia , de lo que sirve de ejemplo la siguiente :

XIX.a OBSERVACION.

Sintomas de bronquitis crónica. Disnea considerable con mas debilidad del ruido respiratorio en el lado izquierdo que en el derecho.

Un herrador de 38 años de edad habia disfrutado de buena salud hasta el mes de febrero de 1824. En esta época empezó à toser, y hasta el mes de mayo, en que entró en la Caridad, persistió el catarro. Su voz estaba ronca, y su respiracion era anhelosa, pero nunca habia expectorado sangre. Cuando le examinamos se halló el pecho igualmente sonoro en toda su estension: el ruido respiratorio era fuerte y limpio en todo el lado derecho, y *en el izquierdo estaba notablemente mas débil*, aunque natural en lo demas. El único accidente de que se quejaba el enfermo era una gran fatiga, que se aumentaba de un modo considerable, no solo andando por un plano inclinado ú horizontal, sino por cualquier movimiento algo repentino en la misma cama. La disnea se aumentaba tambien despues de las comidas. El débito era casi indiferente. Por lo demas la tos era poca, y la expectoracion catarral. No habia ningun sintoma morboso en el corazon ni en los grandes vasos. De cuando en cuando aparecian lijeros accesos de calentura; la cara estaba pálida, y la nutricion sensiblemente alterada. En los dias siguientes espectoró el enfermo sangre diversas veces; con frecuencia comprobamos la existencia del movimiento febril; la disnea habitual se aumentaba de cuando en cuando. ¿Cuál era la causa de esta gran dificultad de respirar, y de los demas fenómenos morbosos? La persistencia de la tos, las hemotisis sobrevénidas últimamente, los accesos de calentura que se manifestaban de cuando en cuando, y por último el enflequecimiento, eran razones poderosas para inclinar à tener la existencia de tubérculos diseminados en el parenquima pulmonar. Pero la sofocacion era mayor que la producida ordinariamente por estos cuerpos, y ademas no se podia explicar por ellos la mayor debilidad del ruido respiratorio en el lado izquierdo que en el derecho, pues este ruido no es por lo regular tan débil sino cuando los tubérculos miliares son bastante numerosos para constituir en cierto modo aglomerándose una sola masa, ó bien cuando el parenquima pulmonar, interpuesto entre ellos, se encuentra hepaticado (y entonces el sonido hubiera sido macizo). Procediendo por exclusion nos inclinamos à pensar que el bronquio principal del lado izquierdo estaba comprimido por un tumor debido tal vez à una masa tuberculosa de los ganglios bronquiales; de lo que dependia la introduccion de menor cantidad de aire en el pulmon izquierdo, y de consiguiente la gran disnea. Este individuo salió del hospital al mes de su entrada, sin experimentar cambios notables en su estado (1).

(1) Hemos dejado estas reflexiones como se han impreso en la primera edicion de la Clínica. Sin embargo, debemos observar que es posible interpretar de otra manera los sintomas presentados por el enfermo. Podriamos inclinarnos à pensar que tenia tubérculos diseminados en el pulmon izquierdo, y ademas un *enfisema* del mismo. La mayor debilidad del ruido respiratorio en el lado izquierdo que en el derecho se explicaria bien por este enfisema, cuya existencia no dudariamos admitir si se hubiera dicho en la observacion que en el mismo lado del pecho era mayor la sonoridad de las paredes.

99. Los tubérculos de los ganglios bronquiales pueden del mismo modo que los de los pulmones afectar un curso mas ó menos rápido, permanecer estacionarios, ó tender á la curacion, sea por la reabsorcion de una parte de sus elementos, de la que resultará su disminucion de volúmen, sea por su evacuacion despues de reblandecidos. Hablando de los tubérculos cretáceos del pulmon, hemos espuesto las razones en que nos fundamos para pensar que muchos de ellos habian sido al principio tubérculos ordinarios, y habian cambiado de propiedades físicas al tiempo de disminuir de volúmen. Lo mismo nos parece acontecer en muchos tubérculos de los ganglios bronquiales. Muchas veces los hemos encontrado formados efectivamente por sustancia cretácea y petrosa á la vez, en forma de moléculas que se hallaban como aisladas unas de otras. Pudiera haberse dicho que el lazo que antes las uniera habia desaparecido por la absorcion. A su alrededor hemos visto algunas veces un kiste celular-fibroso, que era una de ellas verdaderamente huesoso: la misma glándula se hallaba compuesta de un tejido negro y duro que presentaba como pliegues al exterior, y parecia arrugada, como si en otra época hubiese tenido mayor volúmen.

En muchos de los casos en que las glándulas y los tubérculos contenidos en ellas se hallaban en el estado que acabamos de describir, los pulmones tenian tambien tubérculos cretáceos con kiste fibroso ó cartilaginoso, é induracion negra del parenquima pulmonar á su alrededor. Notaremos aqui, y tal vez no será una observacion indiferente, que no es en los viejos especialmente donde hemos hallado masas semejantes á la greda ó al yeso en los ganglios bronquiales, sino que los hemos encontrado casi con igual frecuencia en individuos de una edad media, desde los treinta y seis á cincuenta años.

• En los menores de treinta años los hemos visto rara vez; sin embargo, no omitiremos advertir que uno de los ejemplos mas notables de tubérculos cretáceos de los ganglios bronquiales, con apariencia de arrugas en los mismos, le ha presentado una jóven de veinte y tres años, que falleció á consecuencia de una enteritis aguda durante el invierno de 1824. Los pulmones tenian hácia su vértice algunas masas calizas pequeñas, y ademas se hallaban diseminadas un gran número de granulaciones miliares en diversos puntos de su parenquima.

En el tomo I hemos hablado de la curacion por evacuacion de la materia tuberculosa de los ganglios bronquiales. Hemos visto que estos tubérculos puestos en contacto con la traquea-arteria ó con los bronquios, pueden determinar la inflamacion de estas partes, y de consiguiente su ulceracion perforati-

va (1), saliendo por la abertura anormal la materia tuberculosa formada en el ganglio. De este modo puede curarse la afección tuberculosa de las glándulas bronquiales, con tal que despues de tan saludable evacuacion se suspenda la formacion de los tubérculos, lo que por desgracia es raro. Por otra parte ¿de qué utilidad puede ser semejante curacion, si al mismo tiempo hay tubérculos pulmonares, que es lo mas comun? Sin embargo, se concibe una circunstancia en que debe mirarse como muy ventajoso el establecimiento por la naturaleza, de una comunicacion entre un ganglio enfermo y la traquearteria ó los bronquios, á saber: cuando hay ganglionitis simple, y en su consecuencia se ha transformado la glándula en un solo y estenso foco purulento, de lo que hemos citado varios ejemplos. En tales circunstancias, una vez evacuado el pus al través de la via aérea, no tiene, como la materia tuberculosa, tendencia á reproducirse; la cavidad que ha quedado en el ganglio debe desaparecer poco á poco, verificándose al mismo tiempo la cicatrizacion de la fistula traqueal, puesto que no la sostiene la presencia de un cuerpo extraño, representado en este caso por el pus que salia del ganglio.

100. Terminaremos este párrafo citando dos observaciones, que confirmarán muchos de los precedentes asertos.

XX.ª OBSERVACION.

Tabérculos de los ganglios bronquiales. Estado sano de los pulmones. Peritonitis crónica.

Un jóven de quince años y medio, trabajador en nacar, habia disfrutado siempre de buena salud, y sin embargo se acatarraba con facilidad, y tenia con frecuencia diarreas y hemorragias nasales. En los meses de abril y mayo tuvo constantemente todas las tardes un acceso febril, que empezaba por calos-frios y terminaba con un sudor copioso. Durante este tiempo fueron frecuentes las epistaxis, y no se pasaban ocho dias sin que se presentara la diarrea. Al principio del mes de junio se hicieron mas largas las intermisiones, adquiriendo las calenturas el carácter de erráticas, pero en esta misma época se presentaron dolores abdominales, que empezando por ser intermitentes, se convirtieron en continuos, exacerbándose con regularidad todas las tardes; no se aumentaban sensiblemente por la presion, y disminuian con las evacuaciones albinas,

(1) Acerca de este objeto puede consultarse una excelente tesis sostenida por M. Leblond en 1834 en la facultad, titulada: *Recherches sur un espece de phthisis particuliere aux enfants*. Por mi mismo he observado en las salas de M. Guersent muchos de los enfermos, cuyas historias contiene la tesis, y puedo atestiguar la completa exactitud del cuadro trazado por el doctor M. Leblond.

que se repetían cinco ó seis veces en las veinticuatro horas. El enfermo continuaba tomando alimentos; la diarrea llegó á hacerse permanente; los dolores cesaron gradualmente, pero el abdomen empezó á entumecerse, y en el mes de julio adquirió un volumen considerable, y los tobillos se pusieron edematosos. Hasta esta época el enfermo no habia guardado cama de un modo constante: entró en la Caridad á fines de julio.

Entonces la cara y los miembros ofrecían ya un grado adelantado de marasmo. El vientre, entumecido de un modo considerable, presentaba una fluctuacion evidente; el tejido celular de las piernas se hallaba ligeramente infiltrado de serosidad; la presión, aunque fuera fuerte, no ocasionaba dolor alguno en el abdomen; la lengua estaba un poco encendida en su punta; la sed era viva, el apetito casi nulo; en veinticuatro horas se verificaban diez deposiciones ventrales acuosas sin dolores cólicos. La respiracion era fatigosa, resultado probable de la compresion del diafragma; se notaba ligera frecuencia de pulso, sin aumento de calor en la piel; el enfermo tosía sin expectorar; percutado el pecho daba sonido natural en todos los puntos; el aire parecia penetrar con libertad en los pulmones. Los latidos del corazon eran regulares, las orinas escasas.

En vista de esta reunion de sintomas nos pareció que la ascitis era producto de una inflamacion del peritóneo, desarrollada con lentitud.

El enfermo tomaba una tisana de grama nitrada, y se le daba una friccion en los muslos por la mañana y otra por la tarde, con una onza de la tintura de la digital.

En todo el mes de agosto no presentó mas cambio en su estado que una debilitacion progresiva; continuó con una diarrea copiosa hasta la muerte, y quince á veinte horas antes de este término fatal se deprimió el abdomen, siendo para nosotros un signo, próximamente mortal, tan repentina reabsorcion de la serosidad.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Cuarenta horas despues de la muerte.)

Ultimo grado de marasmo, depresion del vientre, y ligero edema alrededor de los tobillos.

Nada habia de notable en el cerebro.

Corazon y pulmones perfectamente sanos; degeneracion tuberculosa de los ganglios bronquiales, reunidos en forma de rosario en la raiz de los pulmones.

Abdomen. Apenas se hallaron dos vasos de serosidad transparente.

Los intestinos se encontraban reunidos en una sola masa por medio de falsas membranas, cuya mayor parte estaban reducidas á tejido celular. Ningun tubérculo habia desarrollado en ellas.

Abierto el tubo digestivo presentaba una palidez notable en toda su estension, excepto en el ciego, donde habia una rubicundez algo subida, dispuesta en forma de placas, cuyo número ascendía á tres ó cuatro; la superficie de cada una era como la de medio duro poco mas ó menos. Ningun tubérculo se encontró debajo de la mucosa.

En las demas visceras no se halló nada digno de notarse.

Esta observacion presenta un ejemplo raro de la existencia de materia tuberculosa en los ganglios bronquiales, estando completamente exento de ellos el parenquima pulmonar. Ninguno de los sintomas podia por otra parte hacer sospechar esta singularidad, pues la pertinacia de la tos era por el contrario motivo para pensar que los tubérculos habian invadido el tejido de los pulmones.

Ademas es notable la observacion bajo otro punto de vista: tal es el modo sordo con que empezó la peritonitis. Nunca se anunció sino por dolores ligeros, que apenas aumentaba la presion, y que al principio eran solo intermitentes, haciéndose luego continuos con una exacerbacion periódica. Por mucho tiempo se pudieron confundir con una multitud de dolores abdominales, cuya causa y naturaleza son muy variadas, y que se designan con el término genérico de *cólicos*.

Tambien debe llamar nuestra atencion la aparente ligereza de las lesiones de la mucosa intestinal en un caso de diarrea crónica.

XXI. OBSERVACION.

Tubérculos de los ganglios bronquiales, mesentéricos y cervicales. Simple tumefaccion de los de la axila é ingle. Granulaciones y escavacion tuberculosa en los pulmones. Enteritis crónica.

Un hombre de veinticinco años de edad, de piel muy blanca, de cabellos rubios y músculos delgados fue atacado de un catarro pulmonar á mediados del mes de enero de 1822. Al principio no le dió cuidado, pero habiéndose hecho muy penosa la tos, y sobrevenido una ligera hemotisis, se alarmó y entró en la Piedad. En este hospital permaneceria cerca de dos meses, y salió de él sin tos. A los quince dias le acometió una gran diarrea, y á las tres semanas de tenerla entró en la Caridad el 31 de mayo. Entonces se hallaba en un estado bastante adelantado de marasmo; el pulso era frecuente, la piel caliente y árida. Cada veinticuatro horas hacia de quince á veinte evacuaciones albinas, parecidas á un agua amarillenta, y precedidas de cólicos ligeros. El vientre estaba tenso, remitente y dolorido á la presion en el vacío izquierdo. No se reconocia fluctuacion alguna; el enfermo no tenia apetito; la respiracion era fatigosa, pero no habia tos; percutido el pecho sonaba bien en todos los puntos; en toda la estension de las vesículas pulmonares se oía la entrada del aire de un modo limpio y fuerte; en las partes laterales del cuello existian glándulas móviles bajo los dedos, é indolentes.

¿Temiendo simultáneamente presentes las circunstancias conmemorativas, el estado actual del enfermo, su constitucion eminentemente linfática, y por último la ingurgitacion de sus ganglios cervicales, no podia pensarse que se hallaba atacado de una doble afeccion tuberculosa de los pulmones y de los intestinos? Los tubérculos pulmonares eran los primeros que habian manifestado su existencia, pero su curso se habia suspendido mediante un tratamiento metódico, y en la actualidad parecian hallarse estacionarios, habiéndose ac-

tivado su desarrollo en el abdomen. La anorexia era simpática del estado de los intestinos; había además una circunstancia, que no debía perderse de vista: la tensión y el abultamiento del vientre parecía indicar que reunidos los intestinos formaban una sola masa. Nos inclinamos á sospechar desde luego la complicación de una peritonitis crónica, desarrollada lentamente, y muchos de los síntomas observados en lo sucesivo nos confirmaron en esta idea. El pronóstico necesariamente era grave: al médico no le era dable mas que retardar todo lo posible el término fatal. (*Se prescribió el agua de arroz gomada y lavativas con cocimiento de simiente de linaza, y se recomendó una dieta severa.*) El 9 de junio no había diarrea, pero persistía la calentura y la tensión del vientre; por las noches se presentaban sudores ligeros. (*Se concedieron al enfermo dos cremas de arroz.*) Del 10 al 13 reapareció algo la diarrea (cuatro ó cinco cámaras en las veinticuatro horas.) *El mismo tratamiento.*

El 14 cesó de nuevo la diarrea, pero los miembros pelvianos se habían hinchado considerablemente desde la vispera. (*Melito de borraja, baño de vapor, que se continuó hasta el 19.*) En este día no se percibía sino un poco de edema alrededor de los maléolos.

El 20, nueva aparición de la diarrea, vómitos espontáneos de gran cantidad de bilis porrácea; lengua natural y calentura. Los vómitos nos parecieron depender de la peritonitis. A fines de junio el enfermo vomitaba casi todos los días, ya bilis, ya las tisanas ó los caldos que tomaba; no haciendo en las veinticuatro horas sino tres ó cuatro deposiciones albinas. Cada vez eran mas marcadas la tensión y renitencia del abdomen; persistían la frecuencia del pulso y los sudores nocturnos; había desaparecido el edema de los pies, pero el escroto se hallaba infiltrado. El marasmo progresaba con rapidez; el enfermo no podia incorporarse sino con mucho trabajo; estaba siempre fatigoso, no tosiendo mas que dos ó tres veces en el intervalo de visita á visita; no tomaba mas que bebidas dulcificantes: el agua de arroz, la disolución de goma y el cocimiento blanco. Se ensayó alimentarle con un poco de leche, y se aumentó la diarrea considerablemente; un vejigatorio aplicado al epigastrio pareció disminuir la frecuencia de los vómitos.

Estos cesaron á principios del mes de julio, y haciéndose mas copiosa la diarrea, llegó el enfermo á tener en veinticuatro horas treinta cámaras, sin que acompañase á tan frecuentes evacuaciones ningun tenesmo ni dolor. Apenas bebía el enfermo sentía la necesidad de obrar, arrojando cada vez una gran cantidad de un liquido acuoso verduzco: tal era la *licenteria* de los antiguos. Desde esta época disminuyeron las fuerzas con una rapidez increíble, se descompuso la fisonomía, y el enfermo murió sin agonía el 25 de julio, despues de haber llegado al mas alto grado de enflaquecimiento y debilidad. Desde que volvió la diarrea, desapareció toda especie de edema, y hasta la muerte, fue en aumento la renitencia de las paredes abdominales, sin progresar la fuerza de la tos.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Diez y nueve horas despues de la muerte.)

Ultimo grado de marasmo. La atrofia de los miembros formaba un notable contraste con el desarrollo del vientre.

Cráneo. El tejido celular sub-aracnoideo se hallaba infiltrado de una notable cantidad de serosidad transparente, que llenaba los ventriculos laterales sin distenderlos. La misma sustancia del cerebro, del cerebello y mesocéfalo eran notables por su palidez y blancura.

Torax. Los pulmones crepitantes y secos en toda su estension contenian un gran número de granulaciones miliars. Hacia el vértice del pulmon izquierdo habia una escavacion tuberculosa vacía, y del tamaño de una nuez. Los ganglios linfáticos que rodeaban á la tráquea en el sitio de su bifurcacion, y á los bronquios antes de entrar en los pulmones, habian adquirido un volumen considerable, y se hallaban completamente transformados en materia tuberculosa cruda. Ninguno de ellos comprimia los conductos aéreos; las ramificaciones bronquiales estaban blancas; el corazon pálido, su tejido flojo, y con una pequeña cantidad de sangre negra líquida.

Abdomen. La membrana serosa no presentaba ninguna señal de flegmasia; contenia cerca de siete á ocho onzas de serosidad transparente é incolora. Todos los intestinos delgados se hallaban muy elevados por enormes masas tuberculosas, muchas de las cuales se encontraban reblandecidas: tales masas tenian su asiento en los ganglios del mesenterio.

La superficie interna del estómago estaba pálida, y su mucosa del grosor y consistencia ordinarias.

Los dos tercios superiores de los intestinos delgados se hallaban tambien pálidos. En el tercio inferior habia numerosas ulceraciones de bordes y fondo oscuro, con mezcla de materia tuberculosa en algunas. La mucosa que separaba las úlceras estaba ligeramente inyectada. Aunque en menor número, existian úlceras semejantes en el ciego y el colon.

El canal torácico se hallaba como de costumbre ocupado con un poco de serosidad.

A los dos lados del cuello habia muchos ganglios tuberculosos, ya inmediatamente debajo de la piel, ya debajo del músculo estérno-mastoideo; ya finalmente entre la columna vertebral y la faringe. Los ganglios de la axila y de la ingle estaban muy voluminosos, y de un blanco-gris; pero no habian degenerado todavia en tubérculos.

ARTICULO II.

ENFERMEDADES QUE COMPLICAN LOS TUBERCULOS PULMONARES, Y QUE NO TIENEN SU ASIENTO EN EL APARATO RESPIRATORIO.

§. I.

Enfermedades del corazon y sus dependencias.

101. Entre estas enfermedades unas complican siempre á la tisis y forman parte de su historia; otras solo se presentan

de un modo hasta cierto punto accidental, y no deben ocuparnos en este lugar, sino en cuanto ofrezcan algunos casos raros de anatomía patológica, ó de sintomatología.

En la tercera parte de los individuos que mueren á consecuencia de una tisis pulmonar, se presenta el corazon en su estado normal; en las otras dos terceras partes se halla alterado, consistiendo esta alteracion, ya en un aumento real ó aparente de su volúmen, ya en una disminucion del tamaño con notable engrosamiento de las paredes (hipertrofia interna), ya por último en la atrofia verdadera del corazon, es decir, en hallarse dicho órgano de un volúmen menor que en el estado fisiológico, y al mismo tiempo adelgazadas sus paredes.

102. El aumento de volúmen del corazon consiste por lo regular en la dilatacion de las cavidades derechas con ó sin hipertrofia de sus paredes. Parece depender del obstáculo que experimenta la sangre para recorrer con libertad el aparato vascular del pulmon, que con frecuencia está obliterado en cierta estension, como antes hemos intentado demostrar (48). Asi es como la estrechez de la aorta parece haber originado algunas veces ciertas hipertrofias del ventrículo izquierdo. Cuando es poco graduado el aneurisma de las cavidades derechas del corazon se anuncia durante la vida con síntomas poco marcados, pudiendo á lo mas reconocerse su existencia por medio de la auscultacion. Cuando es mas considerable facilitan el diagnóstico los síntomas mas característicos. Debe tenerse presente en todas las circunstancias que en cierto número de tísicos la gran estension de los latidos del corazon no indica un estado morboso de este órgano, sino que es únicamente resultado de la induracion que ha sufrido el parenquima pulmonar. Esta circunstancia explica por qué muchas veces se oyen con fuerza los latidos del corazon debajo de una ú otra clavícula, y aun en el dorso en sugetos en quienes despues de la muerte se halla este órgano sano.

Algunos autores han mirado como un síntoma dependiente de la presencia de los tubérculos en el pulmon la infiltracion de los miembros inferiores que se verifica en muchos tísicos; queriendo unos que dependa esta infiltracion de un simple estado de debilidad, y refiriéndola otros á la dificultad de la circulacion pulmonar. Véase respecto de esto lo que nos ha enseñado nuestra propia observacion: en los tísicos, que no tienen hipertrofiadas ni dilatadas las cavidades derechas del corazon, que conservan libre el orificio aórtico, y que por otra parte no presentan ningun otro obstáculo mecánico á la circulacion venosa, se conserva constantemente seco el tejido sub-cutáneo, y con

especialidad el de los miembros abdominales ; la única señal de infiltracion que se observa rara vez , es un ligero edema al rededor de los maléolos. En los tísicos en que por el contrario se infiltran los miembros abdominales , ya de un modo poco considerable , ya de manera que la infiltracion se propague al resto del tejido celular sub-cutáneo ó intermuscular , lo mismo que á las diversas membranas serosas , se halla casi siempre , como causa de la hidropesía , una enfermedad orgánica del corazon , ó cualquiera otro obstáculo á la circulacion venosa , como la obliteracion de algun tronco venoso , una enfermedad del hígado , etc.

El abotagamiento de la cara , el color violado de los labios , la imposibilidad del decúbito horizontal , la irregularidad é intermitencia del pulso , son otros tantos síntomas que muchas veces coinciden con una tisis pulmonar , sin depender de ella , pues anuncian un estado aneurismático (1) del órgano central de la circulacion. Hemos observado por ejemplo tal sofocacion en muchos tísicos que se veian obligados á estar continuamente sentados en la cama ; otros para respirar con mas libertad , procurando disminuir la ansiedad que los ahogaba , pasaban las noches sentados en un sillón ; y siempre que hemos encontrado estos síntomas , nos los ha explicado la existencia de una enfermedad orgánica del corazon , y con particularidad de sus cavidades derechas. Concedemos enhorabuena que semejante estado es muchas veces consecutivo á la afeccion del pulmon ; pero nos parece evidente que los fenómenos de que acabamos de hablar , no se presentan en tanto que el pulmon es el único órgano enfermo.

103. La hipertrofia interna del ventrículo izquierdo con disminucion de volúmen del corazon , no ocasiona en los tísicos ninguna série de fenómenos particulares : lo mismo acontece con la atrofia verdadera que suele sufrir este órgano en los mismos enfermos. Considerada esta atrofia con relacion á su causa , se explica con bastante facilidad : es muy natural en efecto que el corazon participe de la disminucion de volúmen que afecta de un modo tan notable á los músculos de la vida animal durante dicha enfermedad , como consecuencia necesaria de la hematosis incompleta , que debe verificarse , cuando hallándose los pulmones desorganizados mas ó menos profundamente , cesan de admitir aire en una parte de sus vesículas. Resta pues

(1) Solo entendemos por aneurisma las enfermedades del corazon en que hay aumento del volúmen de este órgano.

averiguar por qué de cuatro individuos, cuyo aparato respiratorio parece hallarse colocado poco mas ó menos en las mismas circunstancias, tiene el primero el corazón en su estado natural; el segundo le presenta hipertrofiado y dilatado, ora en su totalidad, ora en una de sus cavidades; el tercero ofrece solo un aumento de nutrición de las paredes del ventrículo izquierdo con disminución de su cavidad; y el cuarto, por último, sufre una verdadera atrofia.

§. II.

Enfermedades del tubo digestivo.

104. El tubo digestivo es el órgano que despues de los pulmones ofrece en los tísicos lesiones mas comunes é importantes de conocer. ¿Puede esplicarse esta coincidencia, casi constante, de los tubérculos pulmonares con las diversas alteraciones de la membrana mucosa gastro-intestinal? Tal vez tengamos ahora ocasión de aplicar la ley general en virtud de la cual la afeccion de un tejido tiende á reproducirse mas bien en otros puntos del mismo que en las demas partes de la economia. Con efecto, en el estado agudo de las enfermedades llamadas calenturas continuas, la inflamacion, congestion ó irritacion que existe en la membrana mucosa gastro-intestinal, se estiene por lo regular á las vias aéreas, donde ó bien se limita á las grandes ramificaciones bronquiales, y constituye un simple catarro, ó bien invade las vesículas pulmonares, y se transforma en pulmonía. En el estado crónico puede tambien observarse esta simultaneidad de accion, y es comun ver que alternen ó existan á la vez en un individuo las inflamaciones crónicas de los bronquios y de los intestinos. La mayor parte de los enfermos que antes de presentar signos evidentes de tubérculos pulmonares, han tenido frecuentes catarros, han padecido tambien diarrea, y es probado que estas no son entonces sino el simple resultado de una enteritis, ó de una colitis mas ó menos intensa; cuyo hecho es tal vez uno de los que pudieran invocarse para probar que en el pulmon, del mismo modo que en los intestinos, no se desarrollan ni aparecen los tubérculos sino consecutivamente á la irritacion de la membrana mucosa; irritacion que tiene necesidad de diversos grados de intensidad y duracion para producir los tubérculos segun la varia predisposicion de los sujetos.

Las alteraciones del tubo digestivo en los tísicos son sobre

todo notables en la porcion infra-diafragmática : las estudiaremos sucesivamente: 1.º en el estómago; 2.º en los intestinos (delgados y gruesos).

105. La frecuencia de las afecciones del estómago en los tísicos puede probarse fácilmente por el exámen de los síntomas, y por la abertura de los cadáveres.

De nuestras propias observaciones resulta, que cuando menos en las tres quintas partes de los que han muerto tísicos en la Caridad en las salas de M. Lerminier, se ha encontrado un estado morbozo bien caracterizado del estómago.

Esta víscera ha presentado en los tísicos las lesiones siguientes :

1.º En cierto número de casos una viva inyeccion de la membrana mucosa, principalmente hácia el fondo, sin cambio notable en su consistencia y grosor, ni alteracion apreciable de los tejidos subyacentes. Esta inyeccion, que se verificaba en el sistema capilar de la mucosa gástrica, sin que se hallasen ingurgitadas de sangre las venas de grueso calibre que caminan por el tejido subyacente, no podia confundirse con la que es puramente mecánica, resultado de la dificultad en la circulacion, pues que indudablemente era inflamatoria. Tenia el aspecto de arborescente ó punteada, ó bien era bastante intensa para constituir por la aglomeracion de un gran número de capilares llenos de sangre, placas rojas mas ó menos estensas.

2.º En otros casos la membrana mucosa no se hallaba enrojecida, ofrecia un tinte pardo ó gris apizarrado, y unas veces habia conservado su grosor su consistencia habitual, y otras estaba engrosada y endurecida.

3.º En otros casos, y mas frecuentes, hemos hallado reblandecida en diversos grados dicha membrana, ya se hallase al mismo tiempo enrojecida, ya aunque reblandecida y reducida á pulpa, presentase una blancura mas ó menos completa.

4.º Rara vez hemos hallado ulceraciones en la membrana mucosa del estómago de los tísicos.

5.º Tambien hemos tenido pocas ocasiones de comprobar en ellos la existencia de alteracion en los tejidos subyacentes á la mucosa. Sin embargo, algunas veces nos ha parecido endurecida la membrana laminosa, é hipertrofiada la muscular, y en dos casos tan solo entre muchos centenares, hemos visto elevada la membrana mucosa por tubérculos. En estos dos casos particulares habia al rededor de los tubérculos vestigios indudables de flegmasia; rubicundez y abultamiento de la mucosa en uno de ellos; ulceracion de la misma membrana en otro.

6.º Por último, hay casos en que las paredes del estómago

de los tísicos nos han presentado un adelgazamiento extremo, sin que por otra parte ofrecieran ninguno de los caracteres anatómicos ordinarios de la inflamación. La superficie interna del estómago tenía una palidez notable. La membrana mucosa aparecía tan solo en forma de una película muy fina, y la túnica carnosa no consistía sino en algunas fibras delgadas, descoloridas, y que parecían confundirse con tejido celular interpuesto entre la mucosa y el peritóneo, siendo á veces tal el adelgazamiento de dichas túnicas, que las paredes del estómago parecían formadas en muchos puntos solo por la serosa, ó bien sucedía que una tela celulosa muy delgada separaba tan solo de esta membrana las materias ingeridas en el estómago. En tal estado de adelgazamiento se hallaban tan reblandecidas á veces las paredes del ventrículo, que se desgarraban por la mas ligera tracción; pero otras ofrecían aun bastante resistencia, y parecían menos reblandecidas que en los casos en que no habian disminuido de grosor de un modo tan notable; lo que prueba que el adelgazamiento de las paredes gástricas y su reblandecimiento son dos fenómenos que, aunque existan unidos con frecuencia, pueden sin embargo encontrarse independientes uno de otro.

Entre las diversas lesiones que presenta el estómago de los tísicos, hay unas que, á nuestro parecer, no pueden referirse á la acción de la inflamación ó irritación; otras acerca de cuya naturaleza no están de acuerdo los autores, y que nosotros creemos pueden referirse á un estado inflamatorio; y por último, otras que unánimemente son consideradas como resultado de una flegmasia.

No insistiremos en estas últimas, pues respecto de ellas no puede haber contestación. En el número de las segundas se hallan el reblandecimiento rojo ó blanco de la mucosa gástrica. ¿Será este reblandecimiento en un gran número de casos indicio seguro de un estado inflamatorio del estómago? Para probar que la gastritis es efectivamente una afección comun en los tísicos, se necesita resolver de un modo afirmativo la cuestión que acaba de establecerse, pues el reblandecimiento de la mucosa es la afección mas comun que presenta el estómago de dichos enfermos. No abandonaremos nuestro objeto consagrando algunas páginas á la resolución de semejante problema, que dejó indeciso M. Louis en su excelente memoria acerca del reblandecimiento de la membrana mucosa del estómago. Recordemos desde luego que pueden admitirse tres grados principales de reblandecimiento, á saber: primero, el en que la membrana, aunque haya perdido su consistencia habitual, conserva aun

su forma sólida y no puede desprenderse en colgajos, aun cuando se reduzca á pulpa mediante una lijera raspadura: segundo el en que se halla ocupando el lugar de la membrana mucosa en cierta estension del estómago una especie de pulpa blanca, gris ó rojiza, que es fácil tomar por simple mucosidad colocada sobre la túnica celular: tercero y último, cuando desaparece esta especie de pulpa ó sustancia semi-líquida, que reemplazaba á la membrana mucosa, y se halla desnudo el tejido celular sub-mucoso, ya tan solo en algunos puntos aislados, ya en una vasta estension. Uno de los ejemplos mas notables de este género que hemos tenido ocasion de observar, es el siguiente:

XXII.^a OBSERVACION.

Destruccion casi completa de la totalidad de la membrana mucosa del estómago en un tísico.

Un comisionista de 35 años de edad murió tísico en el hospital de la Caridad durante el mes de junio de 1824. No vomitó en los tres meses que permaneció en el hospital; pero constantemente se quejó de completa falta de apetito, y de una sensacion habitual de incomodidad hácia el epigastrio, que se convertia en un verdadero dolor cuando se introducía en el estómago algun alimento sólido, y aun muchas veces con las bebidas mas simples; la ingestion del vino provocaba náuseas, y sobre todo una sensacion de quemadura muy pronunciada, que partiendo del cardias se estendia como un cordón de fuego, segun la expresion del enfermo, y seguía la direccion del esófago hasta la parte superior de la faringe. Al abrir el cadáver se halló la membrana mucosa del estómago en forma de colgajos, digámoslo así. Desde el cardias hasta el piloro existía desnudo el tejido celular sub-mucoso, que habia conservado su blancura ordinaria, y tan solo parecia algo engrosado. Sin embargo, en algunos puntos se reconocian aun varios restos de la membrana mucosa, que se distinguían por su colorido blanco rojizo, y por las lijeras eminencias, á manera de islas que formaban las placas aisladas que constituían los vestigios. Ademas se hallaron tubérculos en los pulmones, y úlceras en los intestinos.

106. La naturaleza inflamatoria de un gran número de reblandecimientos de la mucosa gástrica puede probarse por el exámen de los caracteres anatómicos de los mismos reblandecimientos, y por los síntomas á que dan lugar, causas que los producen, y tratamiento que se emplea con mas ventaja para ellos.

107. Los caracteres anatómicos nos manifiestan, que el mayor número de reblandecimientos de la mucosa gástrica van acompañados de otras alteraciones, que indican un estado de flegmasia. En efecto, la mucosa reblandecida ofrece por lo re-

gular un color rojo, bien sea estendido con uniformidad por su superficie, bien diseminado en forma de simples puntos, placas ó láminas de diferente tamaño. Por el tejido celular submucoso caminan frecuentemente venas dilatadas de un modo manifiesto, como varicosas; tales cuales se hallan donde existe una accion inflamatoria mas ó menos inveterada, por ejemplo, alrededor de las úlceras cutáneas, de las degeneraciones cancerosas de las mamas, etc. Seria sin embargo opuesto á la observacion el admitir que tal estado como varicoso de las venas submucosas del estómago fuese en todos los casos indicio de una flegmasia. Muchas veces hemos hallado una dilatacion semejante en las venas de la superficie interna de la piel, con especialidad del cuero cabelludo, cuyos vasos distendidos por una sangre negra, presentaban un aspecto muy parecido al de los gástricos, de que acabamos de hablar, siendo evidente que esta dilatacion de las venas subcutáneas no podia referirse á una inflamacion, y que era tan solo resultado de la estasis mecánica de la sangre en el sistema venoso. Pero uno de éstos fenómenos no excluye al otro, y se concibe, que segun la circunstancias, la dilatacion venosa puede depender, ó de una inflamacion (1), ó de una congestion pasiva.

Si seguimos al mismo reblandecimiento en otros órganos membranosos ó parenquimatosos, le hallaremos con la mayor frecuencia enlazado con otros caracteres anatómicos de inflamacion (2). Asi es que el tejido celular inflamado, al mismo tiempo que se llena de pus, se pone blando y friable. El catedrático M. Dupuitren ha designado hace mucho tiempo la friabilidad que adquiere la vaina celulosa de las arterias, cuando estas han padecido flegmasia. Los tejidos aerosos inflamados se hacen tambien muy friables. Exámínese el tejido cutáneo donde

(1) La dilatacion de las venas puede sobrevenir, no solo consecutivamente á la inflamacion de las partes de donde toman la sangre, sino tambien directamente por una flegmasia que invada sus mismas paredes. Tal es la opinion que acaba de emitir recientemente un sábio anatómico, M. Ribes, cuyo nombre es hace algun tiempo autoridad en la ciencia. En su excelente *Memoire sur la Phlebite* (*Revue medicale*, julio 1835), se expresa de esta suerte: *Algunas veces inflamada ligeramente la vena, se dilata y distiende por la sangre.* M. Ribes explica por semejante distension la estancacion de la sangre en el vaso, y su coagulacion consecutiva.

(2) Será necesario recordar en este lugar que al catedrático de Montpellier, M. Lallemand, pertenece el honor de haber llamado la atencion con su conocido talento sobre la influencia que ejerce la inflamacion en el reblandecimiento de los órganos?

existe una pústula venérea, y se encontrará tan reblandecido, ya en su superficie, ya en todo su espesor, que cede y se desgarrar por la mas ligera traccion. ¿Quién no ha visto perder su consistencia habitual, y aun llegarse á convertir en una especie de pulpa los ligamentos y las demas partes fibrosas que rodean una articulacion, á consecuencia de las inflamaciones de las membranas sinoviales, con especialidad cuando son crónicas? En esta misma afeccion, hasta los cartilagos presentan á veces un reblandecimiento pultáceo, de donde proviene su sucesiva y completá destruccion y la denudacion del hueso. El periostio, puesto en contacto con el pus, se engruesa primero, para reblandecerse y destruirse en seguida. El reblandecimiento de la cornea transparente se observa consecutivamente á la inflamacion intensa de la membrana conjuntiva. En los tejidos parenquimatosos es tambien uno de los primeros efectos de la flegmasia el disminuir de un modo notable su fuerza de cohesion. Tampoco se duda al presente que el reblandecimiento del cerebro es resultado de una encefalitis, á lo menos en el mayor número de casos. Ciertos grados de la inflamacion del parenquima pulmonar se marcan por tal disminucion de su consistencia, que el parenquima se aplasta y reduce á pulpa por la mas ligera presion. En algunos casos en que durante la vida se sospechaba por la naturaleza de los síntomas, que habia una hepatitis, nos ha llamado la atencion despues de la muerte el tejido del higado por su estremada blandura. (Tomo I.)

Pero hay casos, en que al mismo tiempo que se halla reblandecida la mucosa gástrica, conserva su blancura habitual, de modo que á la simple inspeccion pudiera creerse que está perfectamente sana. Tal reblandecimiento blanco del estómago ¿debe considerarse como resultado de la inflamacion? Esta cuestion es mas delicada. Observemos desde luego que en muchas partes no puede negarse la existencia de la flegmasia, aunque no se halle rubicundez: tal acontece en las membranas serosas que segregan pus, conservando por lo regular su color ordinario; no se enrojecen, pero se reblandecen. No dudamos que se conceda ser producto de la inflamacion el endurecimiento que existe en el tejido celular alrededor de las úlceras antiguas; pues bien, el tejido celular en tal estado presenta muchas veces una completa blancura. El reblandecimiento de la córnea transparente, consecutivo á una oftalmia aguda ó crónica, no vá frecuentemente precedido ni acompañado de rubicundez. Parece, pues, que de la sola blancura de ciertos reblandecimientos de la mucosa gástrica, no puede deducirse que dejen de ser resultado de la inflamacion. No puede llegarse á obtener esta

conclusion negativa, sino reuniendo muchas especies de pruebas.

De estos hechos resulta, que prestando solo atencion á las luces suministradas por la anatomía, debe considerarse el reblandecimiento de la mucosa del estómago como dependiente de un estado de flegmasia. Veamos si el exámen de los síntomas nos conduce á la misma conclusion.

108. Desde luego hay cierto número de casos en que los síntomas observados en un sugeto cuya membrana mucosa se halla reblandecida despues de la muerte, han anunciado de un modo manifiesto la inflamacion del estómago; lo cual acontece principalmente cuando la enfermedad ha sido aguda. Cuando afecta por el contrario un curso crónico, se pueden presentar dos casos: 1.º se pueden observar síntomas mas ó menos marcados por parte del estómago, como dolor epigástrico, que se aumente por la ingestion de los alimentos y de las bebidas, vómitos raros y frecuentes, etc.; tales síntomas son precisamente los que existen, cuando á la abertura del cadáver se presentan señales inequívocas de gastritis, como el engrosamiento, abultamiento, vegetaciones y úlceras de la mucosa: 2.º se puede hallar considerablemente reblandecida esta membrana, aunque durante la vida no se hayan observado mas que signos muy oscuros de gastritis: no vomitan los enfermos, conservan bastante apetito, no tienen dolor, no se les aumenta la sed, ni ofrecen trastorno en la circulacion; tan solo se quejan de que las digestiones son mas ó menos penosas, y ademas van enflaqueciendo. Pero no es solo en los casos de simple reblandecimiento de la mucosa cuando se observa esta ausencia de síntomas: la membrana, de que nos ocupamos, puede ser el asiento de estensas úlceras, de grandes tumores fungosos y de las degeneraciones mas variadas, sin que lesiones tan notables se anuncien con otros síntomas que los referidos, á saber: digestiones laboriosas sin ninguna alteracion local, y una lesion general de la nutricion, propiamente dicha. Será pues necesario, ó admitir que estas diversas lesiones son unas veces y otras no, resultado de una flegmasia, ó conceder que el reblandecimiento de la mucosa gástrica es una inflamacion, aun cuando exista casi sin síntomas. De estas dos proposiciones, solo la segunda es admisible. Reconozcamos, pues, que pueden existir gastritis con reblandecimiento de la mucosa, que carezcan de síntomas bien pronunciados, del mismo modo que existen pulmonías sin disnea ni esputos herrumbrosos, pleuresias ó peritonitis sin dolor, etc.

Asi pues, el estudio de los síntomas, del mismo modo que

los caracteres anatómicos, tienden á probar que el reblandecimiento de la membrana mucosa gástrica es resultado de una accion inflamatoria.

109. Si dirigimos la vista á la naturaleza de las causas, que en el mayor número de casos han producido el reblandecimiento, veremos que pertenecen á la categoria de los agentes irritantes. En los animales se determina con frecuencia por la introduccion en el estómago de los venenos acres ó corrosivos. En un niño le hemos observado en el grado mas alto; se estendia á todas las membranas, que se desgarraban y reducian á pulpa por una ligera traccion, y reconocia por causa el haber hecho uso muchos meses antes del sulfato de potasa; desde la administracion de esta sustancia habia tenido vómitos el paciente, y se habia ido poniendo marasmódico. En la Caridad hemos tenido frecuentes ocasiones de abrir cadáveres de individuos que habian abusado de los licores alcohólicos, y hemos hallado el reblandecimiento rojo ó blanco de la membrana mucosa entre las lesiones mas frecuentes que presentaba su estómago. El reblandecimiento llamado *gelatiniforme*, que ha descrito con tanta exactitud el catedrático M. Cruveilhier, acontece, segun este sábio observador en los niños, cuando en el destete se llena su estómago de alimentos groseros é indigestos; es evidente que por tal medio se coloca el estómago de los niños bajo las condiciones mas favorables para el desarrollo de una flegmasia gástrica. Es tambien fácil observar la produccion del reblandecimiento en los demas órganos por la influencia de causas manifiestas de irritacion: asi es, que á consecuencia de los golpes y de las caidas sobre el cráneo se inflama y *reblandece* el cerebro; cuando penetran en medio de la sustancia de un órgano, y permanecen en ella cuerpos estraños, y cuando se desarrollan tejidos accidentales, irritado el parenquima por la presencia de unos ú otros, se inflama á su rededor y se *reblandece*. Tal se observa con mucha frecuencia, por ejemplo, en el cerebro de los niños, alrededor de los tubérculos.

Es cierto que se encuentran muchos reblandecimientos del estómago y de otros órganos, sin que al parecer concorra á su produccion ninguna causa irritante; pero si presentan los mismos caracteres anatómicos y los mismos síntomas, que los desarrollados á consecuencia de una causa manifiesta de esta especie ¿no será preciso concluir que unos y otros són de la misma naturaleza? ¿habrá razon para admitir una aracnoiditis inflamatoria, y otra no inflamatoria, porque para la produccion de la primera haya influido una causa evidentemente de irritacion, como una insolacion, etc., al paso que se haya

presentado la segunda, sin que parezca haber precedido ninguna causa de semejante especie?

Se ha objetado tambien que se han visto gran número de reblandecimientos del estómago y del cerebro en sujetos de edad avanzada, ó en otros que sumidos en un estado mayor ó menor de debilidad, no parecian colocados en condiciones favorables para el desarrollo de las afecciones inflamatorias. Gracias á los progresos de la anatomía patológica, se sabe al presente que la inflamación se desenvuelve del mismo modo en los jóvenes que en los viejos, en los fuertes que en los débiles; la diferencia existe tan solo en el aparato de síntomas con que se anuncia en estas diversas condiciones. Asi, por ejemplo, en un individuo joven, pletórico, irritable, dotado de gran susceptibilidad nerviosa, un reblandecimiento muy circunscrito de la mucosa gástrica puede ocasionar una gran reaccion general, dando margen á calentura intensa, á delirio, á convulsiones, á un trastorno de todas las funciones, y á una muerte rápida. En otros, que se hallen colocados en condiciones opuestas, puede producirse y estenderse el reblandecimiento, sin ocasionar mas que un ligero trastorno en las funciones digestivas, siendo desde su origen esencialmente crónica la enfermedad, y pudiendo durar muchos años, mientras que en el primer caso es mortal en un corto número de dias. Por este medio puede tambien explicarse por qué el reblandecimiento del cerebro se manifiesta en general en los viejos con simple parálisis, y en los jóvenes con predominio de los movimientos espasmódicos.

Por último, si pretendemos determinar la naturaleza del reblandecimiento de la mucosa gástrica por la accion de los agentes terapéuticos, hallaremos que los tónicos, los estimulantes aplicados á la membrana reblandecida agravan los accidentes, y con frecuencia hacen momentáneamente manifiesta una gastritis, que hasta entonces no se habia anunciado sino por síntomas muy oscuros, pareciendo por el contrario mas conveniente el método antiflogístico.

Reasumiendo: los caracteres anatómicos del reblandecimiento de la membrana mucosa del estómago, los síntomas que marcan su existencia, las causas bajo cuya influencia le vemos muchas veces desarrollarse, y el método de tratamiento con que se la combate mas ventajosamente, todo concurre á demostrar la naturaleza inflamatoria de tal reblandecimiento.

De lo que precede deducimos la importante consecuencia de mas de la mitad de los tísicos que sucumben en los hospitales que padecen al mismo tiempo una afeccion del estómago. Esta inflamacion presenta además variedades notables con relacion á

sus síntomas, á su curso, á los peligros que puede ocasionar, y á la influencia que puede ejercer en la enfermedad principal. Estudiemos estas variedades.

110. La gastritis que acompaña á la tisis pulmonar puede presentarse en forma aguda ó crónica, siendo mas frecuente esta última.

111. Hay algunas tisis pulmonares, cuyo principio se halla marcado por una inflamacion aguda del estómago. Sugetos hay que sienten un dolor epigástrico mas ó menos vivo, hallándose en el mejor estado de salud: tienen náuseas, vomitos, enrojecimiento y sequedad de la lengua, y sed ardiente; y al mismo tiempo tosen ofreciendo los síntomas de una simple bronquitis, que parece deber fijar menos la atencion que la flegmasia del estómago. Pero al cabo de un tiempo de vária duracion, y cuando se han aliviado notablemente los síntomas de la gastritis, persiste la tos, sobrevienen hemotisis, y se presenta la disnea: finalmente todo anuncia un estado tuberculoso de los pulmones.

Entre varios casos de esta especie que hemos observado no podemos nunca olvidar el de un sugeto que entró en el hospital con todos los síntomas de una inflamacion gastro-intestinal bien caracterizada. Era fuerte, plétorico; en toda su vida habia tenido mas que algunos catarros poco intensos; á los quince dias de estancia en el hospital desaparecieron en gran parte los síntomas abdominales; pero continuaba una tos muy fuerte, que podia compararse con la que existe en la invasion del sarampion, aunque por otra parte no habia calentura, y la respiracion se conservaba libre. En general se oia con limpieza el ruido respiratorio, hallándose en varios puntos oscurecido con el estertor bronquial. Algunos dias despues se manifestó una abundante hemotisis, que duró cerca de cuarenta y ocho horas, y desde entonces empezó el enfermo á sufrir un rápido enflaquecimiento: á las seis semanas de estancia en el hospital reconocimos cavernas manifiestas en el vértice de sus pulmones, y á los dos meses murió á consecuencia de la tisis. Se hallaron escavaciones tuberculosas en los pulmones, y ademas enrojecida la membrana mucosa gástrica, que hacia el fondo estaba reducida á una pulpa; el enfermo nunca habia recobrado el apetito, y el epigástrico se habia conservado siempre sensible á la presion.

En este ejemplo lo que al principio habia sido una afeccion secundaria se convirtió en principal: se alivió la enfermedad del estómago, aunque sin curarse; la bronquitis, por el contrario, se exasperó cada vez mas. En este caso no podemos negarnos á admitir que la irriacion de los bronquios fué el origen del desarrollo de los tubérculos, á no ser que prefiramos suponer que estos existieron latentes en razon de su estado de crudeza y corto número, y que poco tiempo despues de la invasion de

la gastritis empezaron á multiplicarse y reblandecerse; pero aun admitiendo esta última hipótesis no podremos negar que los tubérculos no se han dado á conocer sino consecutivamente á la inflamacion del estómago. Por otra parte pocas tísis se encuentran que afecten un curso tan agudo como la que acaba de ocuparnos.

112. En los casos precedentes ha antecedido la gastritis á la invasion de la tísis: tal vez puede haber sido su causa primitiva por la irritacion simpática que haya ejercido en el pulmon. Dirijamos ahora la atencion á otros casos, en que habiendo manifestado su presencia los tubérculos en el parenquima pulmonar, y no existiendo aun la tísis mas que en el primer grado, se desarrolla consecutivamente á una inflamacion del estómago. Estudiemos los síntomas de esta, y notemos sobre todo la influencia que puede ejercer en la afeccion del pulmon.

Durante el primer periodo de la tísis acontece algunas veces que se pone la lengua seca y encendida, que al mismo tiempo se pierde el apetito, y la ingestion de los alimentos produce una sensacion dolorosa en el epigástrico, y que la calentura, que hasta entonces habia sido nula ó poco considerable, se hace continua é intensa. La causa de este nuevo aparato de fenómenos morbosos parece deberse referir á un estado de irritacion aguda del estómago; pero semejante causa puede desconocerse con facilidad, pues por una parte son poco graduados los síntomas locales muchas veces, y por otra al mismo tiempo que se inflama el estómago, se exaspera por lo regular de un modo notable la afeccion del pulmon, la tos es muy frecuente y penosa, los esputos se tienen de sangre, y se aumenta la opresion. Parece que en este caso ejerce la gastritis una accion simpática sobre el pulmon. Ademas hallamos que debe hacerse aqui aplicacion particular de una gran ley, en virtud de la que siempre que se declara una inflamacion en un individuo que tiene enfermo de antemano un órgano, se ejercen sobre este principalmente las simpatías desenvueltas por aquella, á no ser que por la nueva flegmasia se opere una verdadera revulsion. No poseo ningun hecho que pruebe que tal género de revulsion se haya verificado nunca por una gastritis aguda durante el primer periodo de la tísis pulmonar; en un periodo mas adelantado no es rara esta revulsion, como veremos mas adelante. Por lo demas hay enfermos en quienes puede apreciarse bien la influencia simpática que ejerce en los síntomas y curso de la tísis el desarrollo de una gastritis.

Una jóven conservaba una tos seca y un poco de opresion á consecuencia de una copiosa hemotisis: iba enflaqueciendo poco á poco; pero no tenia calentura; conservaba el apetito, y se entregaba á sus ocupaciones habituales. Podia sospecharse la existencia de tubérculos pulmonares; mas no habia motivo para asegurarla con certeza. Llegó un dia en que sintió dolor en el epigástrico, y tuvo vómitos; se puso la lengua encendida, y se manifestó la calentura. Al segundo dia de la invasion de la gastritis adquirió la tos mayor intensidad, y la enferma en medio de una gran opresion espetoró mucha sangre. Mediante un tratamiento conveniente desaparecieron los síntomas de la gastritis, cesando la hemotisis á medida que se iban aliviando; la tos fué siendo mas rara, y la enferma volvió al mismo estado en que se encontraba antes de la invasion de la enfermedad gástrica. Dos meses despues desapareció esta con los mismos síntomas, y al poco tiempo se presentó de nuevo la hemotisis. La gastritis terminó tambien felizmente, y con ella se disipó la espulsion de sangre, permaneciendo al parecer nuevamente estacionarios los tubérculos pulmonares.

Por último, al cabo de algunos meses volvieron á presentarse de nuevo, y por tercera vez, los síntomas de inflamacion del estomago, y del mismo modo que en las anteriores reapareció la hemotisis con exacerbacion marcada de todos los síntomas de la afeccion torácica. La gastritis se disipó tambien pronto; pero los accidentes correspondientes al pecho, en vez de aliviarse, adquirieron mayor gravedad, y la enferma no tardó en sucumbir, habiendo pasado en poco tiempo por todos los grados de la consuncion pulmonar.

De estos hechos deducimos la consecuencia de que las gastritis agudas, que sobrevienen como complicacion en el primer periodo de la tisis pulmonar, pueden ejercer la mas funesta influencia en los progresos de esta: se hace, pues, necesario en tales casos un tratamiento activo, y deberán combatirse desde el principio con los antilogísticos mas enérgicos mas fleumasias intercurrentes, cualquiera que sea la aparente benignidad de sus síntomas. En tales circunstancias es cuando las hemotisis abundantes ceden con mas seguridad y prontitud mediante algunas aplicaciones de sanguijuelas al epigástrico, que con las sangrias generales.

113. Los demas periodos de la tisis desde el en que los tubérculos poco numerosos empiezan á reblandecerse, hasta que se establecen estensas escavaciones en el parenquima pulmonar, se complican mas frecuentemente que el primer periodo con la inflamacion aguda del estómago, la cual va acompañada de los mismos síntomas, y con frecuencia es tambien causa de una exasperacion bien marcada en los de la tisis. Sin embargo, tal exasperacion no es constante, y bajo este punto de vista pueden dividirse en tres clases los tísicos, que en una época adelantada de su enfermedad son invadidos de gastritis aguda. En unos parece que esta afeccion no ejerce influencia alguna en la pulmonía; en otros, como acabamos de anunciar, la

exaspera de un modo notable: puede, por ejemplo, dar impulso á su curso, convirtiéndose en tisis aguda la que hasta entonces habia marchado con lentitud; de donde se origina la necesidad de no atenerse á un método expectante, y de combatir con los antilogísticos la inflamacion del estómago, aunque sea en individuos que padezcan enfermedades crónicas. Por último, en otros tísicos, al mismo tiempo que se afecta el estómago, parece que retrograda la enfermedad primitiva; la tos se hace mas rara; los esputos menos abundantes y de mejor aspecto; la respiracion se verifica con mas libertad; se suspenden, ó cuando menos disminuyen los sudores colicativos. En este último caso parece que se efectua una verdadera revulsion desde los pulmones al estómago. De este modo vemos en muchos tísicos una notable alternativa de la diarrea y la expectoracion, aumentando esta cuando cesa aquella, y vice-versa. Por otra parte, yo no he observado la disminucion de los síntomas de la tisis en consecuencia de la invasion de una gastritis, sino cuando esta es de tal gravedad, que conduce á los enfermos al sepulcro. Efectivamente la inflamacion del estómago es la causa de la muerte prematura de muchos tísicos.

114. Aun cuando la gastritis aguda se presenta en los tísicos con mas frecuencia de lo que se ha pensado hace mucho tiempo, es si embargo menos comun que la crónica. Esta puede ser consecuencia de aquella; pero regularmente desde el principio tiene el carácter de cronicidad. Es rara en el primer periodo de la tisis, y aparece con especialidad cuando hay ya reblandecimiento de los tubérculos, ó existen cavernas. En cierto número de casos se halla bien marcada esta afeccion con signos característicos, suficientes para poder establecer con prontitud su diagnóstico; pero en otros la anuncian síntomas tan oscuros, que con facilidad puede desconocerse. Examinemos estas diversas graduaciones.

El primer fenómeno, que hace sospechar en los tísicos una gastritis crónica, es una notable susceptibilidad del estómago. En tanto que estos enfermos no se esceden del régimen riguroso que tienen prescrito, no hay nada que indique hallarse irritado su estómago: digieren bien la corta cantidad de alimentos que se les conceden; pero por pequeño que sea el exceso á que se entreguen, ya en la cantidad, ya en la calidad, la digestion es penosa y dolorosa. La introduccion de algunas cucharadas de vino en el estómago vá seguida de una sensacion de calor, y aun de verdadero dolor en la region epigástrica; la lengua se enrojece, y sobrevienen vómitos. Los mismos accidentes tienen lugar cuando á las simples tisanas dulcificantes,

que toman habitualmente, se sustituyen las bebidas amargas, como las preparaciones del liquen ó de la quina. Disminuyendo de nuevo la cantidad de los alimentos, cesando en el uso del vino, y suprimiendo los amargos, desaparecen los accidentes gástricos. En casos de esta especie, en que durante la vida no se habia notado respecto del estómago sino cierta susceptibilidad, que se hacia manifiesta por cualquier irritante, he hallado la membrana mucosa gástrica en un estado evidente de flogosis (coloracion roja punteada con reblandecimiento manifiesto). Asi pues no consideraremos siempre en los tísicos como un fenómeno nervioso esta gran susceptibilidad del estómago, y conocida su verdadera causa emplearemos rara vez, y con precauciones para su curacion, las diversas sustancias tónicas y anti-espasmódicas que por tanto tiempo se han usado con prodigalidad, ensayando el combairlas mediante un tratamiento antiflogístico.

En otros tísicos no se presenta la alteracion en las funciones del estómago solo de un modo intermitente y cuando al espresado órgano se le estimula accidentalmente, como en el caso de que acabamos de hablar, sino que hay con bastante frecuencia una repugnancia completa á toda especie de alimentos; de modo que un disgusto invencible se opone á que le tomen los enfermos, siendo por lo demas este el único fenómeno morboso que anuncia una lesion del estómago. Si en tales circunstancias se administra alguna sustancia irritante, aparecen los síntomas de la gastritis: el epigastrio se pone dolorido; se verifican los vómitos, etc. En una palabra, se presentan á consecuencia de la ingestion de un irritante en el estómago los mismos accidentes descritos en el párrafo anterior, y ademas hay, durante la ausencia de los irritantes, un fenómeno muy digno de notarse, á saber; la repugnancia completa y absoluta á toda especie de alimentos. ¿Bastará semejante fenómeno para anunciar la existencia de una gastritis crónica? Juzgo que sino está necesariamente enlazado con ella; si puede existir sin que haya verdaderamente inflamacion, depende por lo menos muchas veces de su presencia; pues por una parte se halla frecuentemente asociado á una gran susceptibilidad del estómago, á una irritabilidad particular de que provienen los síntomas manifiestos de gastritis cuando se introduce un irritante en el estómago; y por otra en un gran número de tísicos que durante su vida no habian ofrecido mas fenómenos morbosos respecto del estómago que la repugnancia completa á los alimentos de que hablamos, he hallado vestigios inequívocos de una inflamacion crónica de la membrana mucosa, que consistian

en un reblandecimiento rojo , gris ó blanco de esta túnica. Si á pesar de las razones alegadas antes, se objetase que el reblandecimiento no es resultado de una inflamacion , responderia que la inapetencia completa ha sido tambien el único fenómeno morhoso que anunciaba una lesion de las funciones digestivas en muchos tísicos , en cuyo estómago se han encontrado ulceraciones con engrosamiento , induracion y degeneracion de la membrana mucosa á su alrededor , y ¿ en tales casos quién pondrá en duda la existencia de una inflamacion? Por otra parte no debe confundirse , bajo el punto de vista semefológico, la repugnancia completa y durable á todos los alimentos , que hemos designado en este lugar , con la simple disminucion del apetito , que se observa en casi todas las enfermedades agudas y crónicas , sin que haya por esta razon inflamacion del estómago. Parece que entonces depende con frecuencia la anorexia de un simple trastorno del sistema nervioso , de una alteracion mas ó menos profunda de los mismos fenómenos nutritivos.

Hay por último otros casos en que se anuncia en los tísicos, por medio de síntomas menos oscuros, la complicacion de una flegmasia crónica del estómago, debiéndose establecer en dichos síntomas diferentes grados. Con efecto, en cierto número de enfermos, ademas de la repugnancia completa á los alimentos, la ingestion de estos vá seguida de una sensacion de peso y calor, ó de verdadero dolor en el epigastrio, siendo penosa la presion, y no observándose por lo demas sed, vómitos ni rubicundez en la lengua.

En otros tísicos, haya ó no dolor epigástrico, empieza á anunciarse la afeccion del estómago en la lengua, que en los grados precedentes hemos visto conservar su aspecto natural. A pesar de todo rara vez ofrece, como en las gastritis agudas, un color rojizo, uniforme, con aspecto liso en la superficie; pero presenta como carácter mas notable, ya una tumefaccion, una especie de ereccion permanente de las papilas, ya un rojo cereza en los bordes y punta, al paso que el resto de la superficie se halla cubierta de una capa blanquecina mas ó menos gruesa, ya finalmente la misma capa blanca como sembrada de una multitud de pequeños puntos de un rojo vivo, disposicion que en general me parece ser uno de los indicios mas seguros de la flegmasia del estómago.

En el último grado se agregan á los síntomas precedentes una sed no habitual, náuseas, que respecto de su causa no deben confundirse con las escitadas por la tos, y vómitos mas ó menos abundantes, y cuyos materiales consisten, ora en bilis ó moco, ora en las bebidas que en ciertas circunstancias se arro-

jan inmediatamente despues de su ingestion en el estómago. Estas últimas variedades de la gastritis crónica tienden á confundirse por sus síntomas con la aguda.

Aun cuando muchos tísicos presentan signos indudables de inflamacion del estómago, aseguran que conservan el apetito, é insisten en pedir alimentos. Creo que en el mayor número de casos esta sensacion es ficticia, y que tales enfermos confundiendo el sentimiento de debilidad que experimentan y que se aumenta sin cesar, con la sensacion de hambre, atribuyen la disminucion de las fuerzas á la falta de sustancias reparadoras; pero apenas han introducido en el estómago un poco de alimento, sobreviene la repugnancia, y no pueden continuar comiendo por mas esfuerzos que hagan, aun cuando no sientan dolores en el epigastrio, ni deseos de vomitar, etc., prueba evidente que en ellos el apetito no es real.

La gastritis que se complica con la tisis pulmonar puede, como todas las inflamaciones, presentar muchas graduaciones en sus síntomas; de modo que unas veces es de muy fácil diagnóstico, y otras enfermedad mas ó menos latente que se oculta con facilidad á las investigaciones de un observador poco atento ó ejercitado. Pero por mas diferencias que haya en los síntomas, la lesion será constantemente la misma, esto es, una inflamacion; lo cual me parece tan positivo que en el estado actual de la ciencia es en mi concepto imposible referir tal ó cual grupo de síntomas de los que acabo de indicar, á esta ó á la otra manera de lesion inflamatoria del estómago. Porque en los casos en que por ejemplo se halla la mucosa de este órgano reblandecida, endurecida ó ulcerada, sucede que la gastritis es indistintamente manifiesta ó latente, está ó no acompañada de dolor, de vómitos, etc.

Bien reconocida la frecuencia de la gastritis en la tisis pulmonar, se deduce, como consecuencia importante, que no podemos en el curso de esta enfermedad poner en relacion con la membrana mucosa del estómago sustancias mas ó menos irritantes, á no proceder con el mayor cuidado. Ademas hay muchas gastritis en los tísicos, que persisten, se agravan y adquieren en cierto modo domicilio, porque no desarrollando en general sino síntomas poco formidables al parecer, se abandonan á sí mismas en el mayor número de casos. Tal vez se disminuiría la frecuencia y peligro de esta terrible complicacion si se la opusiera un tratamiento activo desde el principio; cuya indicacion puede llenarse con las aplicaciones de sanguijuelas al epigastrio, en tanto que lo permiten las fuerzas del enfermo. Si la debilidad se ha graduado escesivamente, podrá recurrirse

con ventaja al uso de diversos tópicos revulsivos, aplicados del mismo modo á la region del epigastrio. Mas de una vez en semejantes circunstancias he visto volver el apetito perdido hacia mucho tiempo, ó cesar con prontitud los vómitos pertinaces mediante la aplicacion de vejigatorios ambulantes en el epigastrio; no habiendo por el contrario observado nunca que desaparecan estos síntomas en los tísicos bajo la influencia de sustancias mas ó menos estimulantes introducidas en su estómago. ¿ Diremos que debe proibirse el uso de tales medicamentos siempre que haya pérdida de apetito, peso en el epigastrio, náuseas ó vómitos? No pensamos de esta manera, y en otro lugar (1) hemos citado hechos numerosos que demuestran su utilidad en ciertos casos. Estamos persuadidos que hay estados morbosos en que el emético, por ejemplo, puede hacer desaparecer la anorexia y el peso epigástrico con mas seguridad que lo harían las sanguijuelas. No menos convencidos estamos de la existencia de vómitos, de que no triunfan las emisiones sanguíneas, y que por el contrario ceden, bien al opio, bien á otros medicamentos, cuya accion especial parece dirigirse al sistema nervioso. Pero en la tisis pulmonar el trastorno de las funciones del estómago nos parece que puede referirse la mayor parte de las veces á una inflamacion aguda, y á aun mas generalmente crónica de dicho órgano, y que por consiguiente debe ser tratado casi esclusivamente por los anti-flogísticos. Hay cierto número de medicamentos cuya utilidad en algunos periodos de la tisis pulmonar ha comprobado la experiencia: tales son varias sustancias llamadas balsámicas, muchas aguas sulfurosas, diversas preparaciones del liquen islándico, y de la quina, etc.; mas antes de prescribirlos, y aun durante su administracion, conviene asegurarse cuidadosamente del estado del estómago, pues las sustancias mas ó menos estimulantes no pueden ejercer una influencia favorable en la afeccion pulmonar, sino cuando el órgano que las recibe se halla completamente exento de inflamacion.

115. Guiados por la observacion acabamos de establecer que los desórdenes funcionales del estómago que se notan en los tísicos, deben la mayor parte de las veces referirse á una inflamacion de este órgano, ya aguda, ya mas generalmente crónica. Pero porque un fenómeno suceda con la mayor frecuencia de un modo, no debe concluirse que precisamente se ha de ve-

(1) Enfermedades del abdomen.

rificar siempre del mismo: hay cierto número de casos en los que nos inclinamos á creer que algunas alteraciones orgánicas del estómago de los tísicos no resultan de flegmasia propiamente dicha, ni de ningun acto de irritacion ni congestion, que constituyen diversos grados de un mismo estado morboso, que siendo susceptible de muchas variedades, se aproxima por una parte al estado fisiológico, y por otra constituye aquel en que empiezan las anomalías mas caprichosas de la nutricion. A ninguna de estas graduaciones nos parece corresponder el estado del estómago que hemos encontrado en muchos tísicos, y consiste en un adelgazamiento extremo, en una verdadera atrofia de los diversos tejidos que entran en la composición de las paredes del ventrículo: aqui no vemos sino disminucion de la nutricion del órgano, esto es, un fenómeno análogo al que presentan los mismos tísicos en los demas órganos, y especialmente en la generalidad del sistema muscular. Por lo demas este decremento de fuerza nutritiva puede esplicarse con facilidad por la falta, ó si se quiere, por la menor actividad de la hematosis. ¿Servirá tambien la misma razón para esplicar por qué cuando la inflamacion se presenta en los tísicos, ocasiona tan raras veces una hipertrofia considerable de los órganos que invade? Sea de esto lo que quiera, nos parece tan poco razonable atribuir la atrofia incipiente de los órganos de los tísicos á una inflamacion ó á cualquiera otro acto análogo, como hacer depender de la misma, ya la desaparicion constante y regular de muchos órganos en el término de la vida fetal, ya la anencefalia, la acefalia, ó cualquier otro vicio de conformacion por falta de desarrollo. En el último caso la especie de suspension que se verifica en la evolucion de los órganos que no se desarrollan, parece reconocer entre sus causas la falta primordial de los vasos que les deben conducir la sangre (1). En el primero el órgano disminuye de volumen, ó desaparece cuando en cierta época afluye á él menor cantidad del mismo líquido. No de otro modo se atrofian tambien los dientes de leche, á medida que se oblitera la arteria que les conducia los materiales nutritivos. ¿Quién no aprecia la gran analogía que existe entre estos diversos fenómenos, y la atrofia de los músculos y demas tejidos en los sujetos cuyos pulmones, llenos de tubérculos hepaticados, etc. parecen hallarse incompletamente dispuestos á la formacion de la sangre? ¿No es tambien una atrofia del mismo género la que sufre la córnea transparente de los animales á quienes M. Ma-

(1) Serres.

gendie concedia por todo alimento sustancias incapaces de nutrirles (1)? No es inoportuno tal vez el recordar tales hechos en una época en que á causa del favor, merecido generalmente, de que goza la doctrina de la irritacion, se dispensa á nuestro parecer un interés demasiado secundario á los fenómenos que no se pueden explicar razonablemente por tal doctrina.

116. El conducto intestinal, propiamente dicho, presenta en los tísicos alteraciones tan frecuentes, cuando menos, como las del estómago, y que en general han sido mas apreciadas y mejor descritas hasta el dia. En este punto nuestras propias observaciones no han pasado en lo general de ser confirmativas de las hechas anteriormente por Bayle y por otros observadores. Sin embargo, aun nos parece que hay algunas en las que no se ha fijado suficientemente la atencion, y en cuyo estudio insistiremos con especialidad, y otras, como los tubérculos intestinales, por ejemplo, cuya naturaleza es aun objeto de discusiones, siendo de consiguiente susceptibles de aclararse con hechos nuevos.

Ciertamente en el menor número de los tísicos se halla el conducto intestinal, desde el duodeno hasta el recto, en un estado totalmente sano. En otra parte (2) hemos dicho lo que entendiamos nosotros por dicho estado sano.

(1) *Precis elementaire de Physiologie.*

(2) *Clinica medica. Enfermedades del abdomen.* Desde que se ha publicado el resultado de estas investigaciones, nos hemos confirmado mas y mas, mediante las nuevas observaciones que hemos hecho, y las de algunos otros (M. Billard y d'Angers especialmente), en la idea de que el color blanco de la superficie interna de los intestinos es su estado sano. Esta opinion se encuentra tambien robustecida con las investigaciones que hemos emprendido acerca de la anatomia sana y morbosa del conducto intestinal de los caballos. No será tal vez ageno de este lugar presentar un extracto de dichas investigaciones. Para estudiar el estado sano, del conducto intestinal de los animales, hemos abierto los que han muerto por accidentes imprevistos, ó los que se han matado por haberlos inutilizado para el servicio una fractura, ó cualquiera otra violencia exterior, cuando se hallaban llenos de fuerza y gordura, y parecia que bajo todos los puntos de vista disfrutaban de una perfecta salud. Semejantes condiciones no son raras en el establecimiento donde hemos hecho nuestros estudios. En cuanto al tubo intestinal se nos ha presentado bajo las dos condiciones siguientes: en los unos se hallaba la digestion en plena actividad, ya en el estómago, ya en los intestinos delgados; los otros habian muerto fuera de la época de la digestion. Citaremos con especialidad los hechos siguientes:

Un caballo, que, segun la relacion de su dueño, disfrutaba de buena salud, se detuvo repentinamente tirando de un carro, y cayó muerto al cabo de al-

El primer grado de estado morbozo que nos ha presentado la mucosa intestinal de los tísicos, es una alteración de su

gunos segundos. Pocas horas después fue conducido, estando aun caliente, al establecimiento de M. Dussaussoy, donde por una feliz casualidad nos hallamos en aquel momento. La abertura del cadáver puso de manifiesto la existencia de una desgarradura del diafragma, causa de la muerte repentina. El estómago contenía una gran masa de materia alimenticia quimificada ya en su periferia. La membrana mucosa de la region pilórica tenía un color rojo-claro bastante pronunciado. La superficie interna de los intestinos, que contenían pocos materiales, se hallaba pálida en toda su estension, percibiéndose à penas de trecho en trecho algunos vasos llenos de sangre, que se ramificaban por debajo de la membrana mucosa. Además se distinguían con la simple vista, examinando la mucosa al sol: 1.º un gran número de velosidades, que la hacían aparecer erizada de filamentos, tan notables por su número, como por su extraordinaria pequeñez; 2.º folículos muciparos aislados ó aglomerados, que no se diferenciaban de los del hombre, sino por su mayor desarrollo; 3.º depresiones, especies de huecos, que parecían ser resultado de un simple hundimiento de la membrana mucosa, respecto de su nivel, y se diferenciaban de los folículos en que tenían la misma anchura en toda su superficie, al paso que estos ofrecían la entrada más estrecha que el fondo. Tales depresiones ya estaban aisladas, ya agrupadas en mayor ó menor número, sobre todo hácia la parte inferior de los intestinos delgados. Eran en un todo semejantes à las que ha descrito Everard Home en la especie humana; pero en el hombre no son perceptibles sino por medio del microscopio, al paso que en el caballo se descubren fácilmente con la simple vista.

Un caballo, que disfrutaba de buena salud, se fracturó uno de los miembros torácicos. Le mataron, y se le abrió tres horas después de la muerte: el estómago, casi vacío, estaba blanco en toda su estension; los intestinos delgados se hallaban llenos de materiales que sufrían la acción de la quimificación; su superficie interna, en vez de presentarse pálida y descolorida, como la de los intestinos del caballo precedente, ofrecía una ligera rubicundez uniforme, sin que se distinguiera debajo de la mucosa ninguno de los vasos gruesos; los folículos y las depresiones se hallaban en el mismo estado que en el caballo precedente; pero las velosidades eran en general más manifiestas. Muchas de ellas estaban rojas, parecían como ingurgitadas de sangre, cual si el acto de la digestión que se estaba verificando las hubiese colocado en un estado de erección; con el lente se comprobaba tal disposición, y entonces se veían ramificarse y arborizarse en las velosidades los ramos vasculares muy finos, verdaderamente capilares. Otras velosidades, en vez de presentar la tumefacción roja, de que acabo de hablar, estaban también entumecidas, pero tenían un color blanquecino; siendo notable que de la base de la especie de penacho que formaban muchas de ellas reuniéndose, salían vasos linfáticos llenos de quilo, que en seguida iban serpeando por entre las hojas del mesenterio, etc.

Esta observación puede dar una idea bastante exacta de las modificaciones que en el aspecto de los intestinos delgados induce el acto de la quimificación.

color, sin ningun otro cambio de sus cualidades fisiológicas. Muchas veces, por ejemplo, ofrece un color rojizo mas ó me-

A otro caballo se le mató, como al precedente, á causa de tener una fractura no consolidada en uno de los miembros: el estómago y los intestinos contenian poca materia alimenticia; los intestinos gruesos se hallaban distendidos por las heces. La superficie interna del estómago y de los intestinos delgados era de un blanco pálido; la misma blancura encontramos en el colon despues de desocuparle de las materias que le llenaban; el ciego, por el contrario, tenia un colorido mucho mas sonrosado.

Las tres observaciones precedentes nos manifiestan el estado sano del conducto alimenticio del caballo: 1.º cuando no se verifica la digestion (observacion III); 2.º al tiempo de la quimificacion (observacion I); y 3.º despues que esta se ha terminado y durante la quilificacion (observacion II.)

De estos hechos, y de otros análogos que hemos observado, deducimos las siguientes conclusiones:

1.ª El estado natural de la membrana mucosa del conducto alimenticio del caballo, despues de la muerte, es de un color pálido tan pronunciado y tan general como el de la piel de un cadáver humano. Su consistencia es bastante considerable; las vellosidades medianamente aparentes; las lagunas de Eversard Home muy manifiestas. En cuanto á los folículos pueden presentar en el estado sano diferentes grados de desarrollo, acerca de lo cual nos ocuparemos mas adelante.

2.ª El acto de la digestion enrojece las porciones de la membrana mucosa donde se verifica. Esta rubicundez, aun cuando siempre es ligera, se aproxima mas á la inflamatoria que ciertas inyecciones puramente mercuriales, pues tiene con especialidad su asiento en los vasos capilares, y los subyacentes á la mucosa no aparecen inyectados. En los intestinos delgados parece que las vellosidades son las que reciben ó retienen mayor cantidad de sangre, cuando se está verificando la digestion. En el intestino ciego, donde se efectua al parecer alguna absorcion de principios alimenticios, se enrojece tambien la mucosa, como la de los intestinos delgados, por la presencia de los materiales. En el colon, que no parece ser sino un órgano de transmision, la presencia de los materiales no produce el mismo efecto que en los demas puntos del conducto, y la rubicundez en tal sitio debe atribuirse á la irritacion mecánica producida por la permanencia demasiado prolongada de las materias.

Recientemente hemos tenido proporecion de examinar en el hospital de la Caridad el conducto intestinal de muchos individuos, que han muerto, hallándose en buen estado de salud, á consecuencia de violencias exteriores: la membrana mucosa gastro-intestinal estaba pálida en toda su estension. En una jóven de doce años, á quien cerca del hospital habia cojido una carreta, los intestinos delgados contenian materia quilosa; su superficie interna era sonrosada, y las vellosidades aparentes, en forma de laminas pequeñas, de un blanco mate, de cuya base se veian nacer los vasos linfáticos del mismo color (estaban llenos de quilo). Esta observacion es del todo análoga á la que hicimos en uno de los caballos de que hemos hablado. Ahora bien, los hechos referidos no serán concluyentes, si es cierto que se haya encontrado una rubicundez bastante viva en varios puntos del conducto alimenticio de sujetos

nos vivo; otras es parda, agrisada ó apizarrada; y otras, lo cual no es raro, se halla sembrada de una infinita cantidad de puntos negros, pequeños, prolongados y parecidos á líneas delgadas, que se trazáran en un papel blanco, pasando por él la estremidad sutil y como capilar de un pincel impregnado en materia colorante negra. Estos puntos son por otra parte diferentes de los que se observan á veces en el vértice de los folículos aislados ó conglomerados. Cuando aparecen muy multiplicados dan un colorido negro á la superficie interna de los intestinos; pero si son menos numerosos ó mas delgados, no alteran en nada el color, y es necesario buscarlos para encontrarlos. Examinándolos con un lente se halla que todos existen en las vellosidades intestinales, y especialmente en su vértice. La mayor parte de los sujetos, en quienes hemos comprobado la existencia de estos puntos negros en una gran estension, y que no presentaban ninguna otra señal de alteracion en los intestinos, tenían una diarrea crónica. No dudamos que constituyan un estado patológico, propio de las vellosidades intestinales.

117. En otros tísicos, que tambien han ofrecido por mas ó menos tiempo antes de la muerte indicios de irritacion intestinal, anunciada principalmente por la diarrea, se halla en general blanca en toda su estension la membrana mucosa de los intestinos delgados y de los gruesos. Si en tales circunstancias no se diese mas estension á las investigaciones, se podría con facilidad considerar como sano el conducto intestinal, y crear un flujo de vientre independiente de todo estado patológico apreciable de la membrana mucosa. Sin embargo, un exámen mas atento conduce con frecuencia á descubrir alguna alteracion, ya en la misma membrana mucosa, que ha conservado su color fisiológico, ya en los tejidos subyacentes. Con efecto, en muchos casos se halla sembrada la superficie libre de dicha membrana de numerosas granulaciones blancas ó agrisadas, que parecen ser los folículos mas numerosos, ó cuando menos mas engrosados que en el estado natural. Por otra parte, el color blanco se halla como interrumpido de trecho en trecho por círculos pequeños, rojos, pardos ó negros, que apenas son perceptibles, sino cuando se laba y seca cuidadosamente la mem-

que hayan muerto tambien á consecuencia de accidentes imprevistos, y en los animales sometidos á los experimentos fisiológicos; á no ser que esta rubicundez no constituya el estado sano, sino que indique, segun su naturaleza, una inflamacion; una simple congestion activa ó pasiva, ó una hemorragia submucosa, etc.

brana : en el centro de estos círculos existe con frecuencia un punto rojo ó negro, que muy probablemente será tambien un modo de alteracion de los folículos. Si en el hombre puede quedar alguna duda acerca del particular, se desvanecerá examinando tal modo de alteracion en el caballo, en quien es bastante comun : en este animal hay folículos muy manifiestos, que están muchas veces rodeados por un círculo semejante, rojo ó negro, que parece formado por vasos muy pequeños entrelazados de diversas maneras, existiendo al mismo tiempo otro círculo mas pequeño, rojo ó negro como el anterior, que corona en cierto modo los bordes de su orificio central. Los dos círculos se hallan formados por una reunion de vasos admirablemente inyectados.

La membrana mucosa de los intestinos puede, del mismo modo que la del estómago, haber conservado, ó á lo menos haber recobrado su color, y encontrarse reblandecida en términos de no constituir mas que una pulpa líquida. Todo lo que hemos dicho de los reblandecimientos de la mucosa gástrica, puede aplicarse á los de la intestinal.

Otras veces, por último, se halla esta membrana blanca y sana en la apariencia, pero elevada por serosidad que se acumula en el tejido celular interpuesto entre ella y la túnica carnosa. Tal edema sub-mucoso, mucho mas comun en los intestinos gruesos que en los delgados, coincide frecuentemente con un desarrollo anormal de los folículos en la superficie de la mucosa, y especialmente con la existencia de los círculos pequeños rojos ó negros, descritos hace poco.

En otros, conservándose siempre la mucosa blanca, se halla en vez de dicha infiltracion serosa, engrosamiento y endurecimiento del tejido celular submucoso, y ademas alguna hipertrofia de la membrana muscular.

148. Ya hemos designado algunos de los estados morbosos que presentan los folículos intestinales en los tísicos. En vez de ofrecer solo en la circunferencia y en el orificio central una doble corona de inyeccion, si nos es permitido espresarnos asi, se coloran con frecuencia uniformemente en toda su estension, y si al mismo tiempo se entumescen, que es lo mas regular, resultan especies de botones ó pústulas diseminadas en mayor ó menor número por la superficie interna de los intestinos. Al principio presentan diversas graduaciones de rubicundez, y despues se ponen blancos, en cuyo caso, haciendo una incision en su vértice, ó bien por su orificio dilatado espontáneamente en términos de ser perceptible á la simple vista, se da salida á una materia purulenta. Tal es en nuestra opinion el origen probable

de las especies de abscesos pequeños que hemos hallado algunas veces en los intestinos de los tísicos. ¿Podrá suceder que en ciertas circunstancias la materia purulenta segregada por el foliculo se modifique en su naturaleza, se ponga concreta, friable, de apariencia caseosa, en una palabra, se transforme en materia tuberculosa, conduciéndonos á admitir que los tubérculos intestinales tienen su asiento en los folículos mucosos inflamados crónicamente? Ciertamente mas de una vez hemos hallado en el caballo folículos intestinales llenos de una materia caseiforme, de apariencia tuberculosa. Para corroborar esta opinion acerca del origen probable de un gran número de tubérculos intestinales recordaremos las singulares variedades de secrecion que nos han ofrecido los folículos mucosos de los caballos, los cuales se encuentran á veces llenos de una materia sebácea, análoga á la que existe en las pecas de la piel, que segun sabemos, no son mas que los folículos cutáneos mas ó menos desarrollados. Recordaremos tambien que en los caballos las paredes de los folículos mucosos inflamados sufren á veces una transformacion notable de testura. Hemos visto desarrollarse masas de tegidos fibrosos ó cartilagosos, ya en el grueso de las paredes, ya en el tegido celular exterior á la prolongacion de la membrana mucosa que los constituye, resultando tumores voluminosos, cuyo orificio central, abierto en unos, indica su naturaleza, al paso que en otros parece haberse obliterado. Es visto, pues, que una vez cambiado el modo normal de nutricion en un tegido ó en un órgano, pueden estos sufrir las transformaciones mas variadas, y llegar finalmente á ser tan desemejantes á sí mismos, que venga á desconocerse enteramente su naturaleza: entonces con facilidad puede suponerse que hay un tegido de nueva formacion. ¿No habrá sucedido esto respecto de un gran número de tubérculos intestinales (1)?

Por otra parte estos tubérculos no se hallan casi nunca en los intestinos sin existir en los pulmones, y aun frecuentemente tambien en otros órganos. Lo que significa, como antes hemos dicho, que en virtud de la predisposicion individual, donde quiera que se desarrolla la congestion ó irritacion, es de una especie idéntica, y en todos los puntos da lugar á una secrecion de la misma naturaleza, cuyo producto es la materia que se ha llamado

(1) Muchos autores han emitido ya la opinion que consiste en considerar el asiento de los tubérculos intestinales en los folículos, y M. Billard la ha reproducido recientemente con hechos nuevos. (*De la membrane muqueuse gastro-intestinale dans l'état sain et dans l'état inflammatoire*, 1825.

tuberculosa. Del mismo modo en otros sujetos, donde quiera que se inflama una membrana mucosa, aunque no sea intensa la inflamación, se forman falsas membranas; en otros, por ligera que sea una irritación, ocasiona multiplicados abscesos, que ningún signo precursor anuncia; tan corta es la energía del acto patológico que ha sido suficiente para producirlos.

La terminación del yeyuno y del ileon son las partes de todo el tubo digestivo, donde con mas frecuencia se desarrollan los tubérculos. Menos número de veces los hemos hallado en el principio de estos intestinos y en el duodeno; aun son mas raros en el ciego y en el colon ascendente y transversal, y nunca los hemos visto en las demas porciones de los intestinos gruesos.

Los tubérculos intestinales se desarrollan principalmente, y tienen su asiento primitivo en la superficie esterna de la membrana mucosa, es decir, donde existen los folículos. A veces son muy pequeños, parecidos á puntos blancos, y apenas tienen el tamaño de una cabeza de alfiler chico; los mayores que hemos observado eran del volumen de un guisante. Sea el que quiera su volumen, se presentan en forma de masas redondeadas, de un blanco mate ó amarillento, aislados por lo regular unos de otros, y muy pocas veces aglomerados; forman una eminencia debajo de la membrana mucosa, que se halla generalmente sana á su alrededor. Pasando ligeramente por encima de ellos el corte de un escalpelo, se desprende la mucosa que los cubre, y se da paso á la materia tuberculosa, quedando en el lugar ocupado anteriormente por ella una pequeña cavidad, de bordes blancos, elevados y redondeados, que imita perfectamente una úlcera. Otras veces existe de un modo patente en el vértice del tubérculo una abertura pequeña, que parece ser el orificio dilatado de un folículo. Si á esta opinion se objetára que si tal orificio fuera natural debería hallarse en el vértice de todos los tubérculos, responderíamos citando los tumores foliculosos de la piel, cuyo orificio ha desaparecido del mismo modo, porque, ó bien se ha obliterado, ó cuando menos se ha borrado.

A veces no se halla en toda la estension del conducto mas lesion que estos tubérculos como los acabamos de describir; pero en el mayor número de casos existen á la vez ya diversas coloraciones de la membrana mucosa, ya úlceras de varias formas y tamaños, en cuyo fondo se perciben con frecuencia restos de la materia tuberculosa.

Llega una época en que esta materia cambia de consistencia, y se reblandece á imitación de la que constituye los tubérculos pulmonares. Del mismo modo que estos al reblandecerse deter-

minan la erosión, y destruyen las porciones de las paredes bronquiales con quienes se hallan en contacto, los intestinales inflaman la membrana mucosa que los cubre á medida que disminuye su consistencia, y llegando á producir la ulceración perforativa, se abren paso al exterior. En tales casos, tanto en el parenquima pulmonar como en la cara interna de los intestinos, existe una cavidad, cuyas paredes se inflaman y segregan una materia purulenta muy variable en cualidades y cantidad. En los intestinos llenos de tubérculos hemos visto muchas veces úlceras muy semejantes á las cavernas pulmonares, y que figuraban como estas cavidades sinuosas, que servían de inserción á bridas de forma irregular.

Algunas veces, al mismo tiempo que los tubérculos elevan la membrana mucosa, que tienden á destruir, se desarrollan también por el lado de la túnica carnosa, separando sus fibras, y se ponen en contacto con el peritóneo, que acaba por destruirse como la mucosa. Resulta una solución de continuidad de las paredes intestinales que da origen á una peritonitis que en breve produce la muerte, ó que se conserva tapada con una masa tuberculosa por un tiempo mas ó menos largo (1).

119. En los tísicos se observan la mayor parte de las alteraciones de textura que puede producir la enteritis crónica en la membrana mucosa intestinal: mas de una vez hemos visto elevarse de la superficie interna de esta membrana vejetaciones y fungosidades; en otros casos se han hallado tapizados con una

(1) Al paso que los tubérculos son muy frecuentes en los intestinos, se observan por el contrario muy rara vez en el estómago, siendo bajo este punto de vista digno de notarse el siguiente caso.

Entró en la Piedad con los síntomas de un derrame pleurítico en el lado izquierdo un jóven de diez y nueve años de edad. Un mes despues de su entrada en el hospital fué acometido de nuevos accidentes, que indicaban la invasión de otra pleuresía en el lado derecho, y murió.

Hallamos en la pleura derecha un derrame considerable (sero-purulento), y en la izquierda falsas membranas gruesas, y sembradas de tubérculos. En el vértice del pulmon izquierdo habia una masa tuberculosa en estado crudo, del tamaño de una nuez, hallándose sano el resto del parenquima pulmonar. En el higado, en el bazo, en la sustancia tuberculosa del riñon derecho, en los gánglios mesentéricos y en las paredes intestinales habia tambien tubérculos. Ademas la membrana mucosa gástrica, pálida y de consistencia normal en todos los puntos, se hallaba elevada hácia su pequeña curvadura por dos tubérculos, cada uno del tamaño de una avellana. Rebianderido uno de ellos en su centro habia destruido algo la membrana mucosa, resultando un principio de ulceración.

capa purulenta todos los intestinos gruesos, cuya mucosa estaba enrojecida é hinchada por debajo de la misma capa.

Hay una alteracion muy rara del canal intestinal, que hemos hallado en los tísicos, á saber, la gangrena muy estensa de la membrana mucosa. Uno de estos enfermos habia tenido diarrea tres meses antes de morir; padecia frecuentemente cólicos violentos, y habia perdido el apetito hacia mucho tiempo; no vomitaba, pero la ingestion de los alimentos en el estómago iba seguida de dolores epigástricos. Se halló de color oscuro la porcion pilórica del estómago; en los intestinos delgados habia gran número de úlceras, todas redondeadas y pequeñas. En muchos puntos se hallaba la membrana mucosa elevada por tubérculos, entre los cuales habia bastantes que presentaban un pequeño orificio hácia su centro. La superficie interna del colon ascendente, y la del transversal en el trayecto de cosa de seis pulgadas, tenían un aspecto como granujiento, de un color uniforme, negro subido, y exhalaba un olor fétido, verdaderamente gangrenoso. En el resto de los intestinos gruesos existian muchas úlceras con placas gangrenosas en algunos sitios. La gangrena no pasaba de la membrana mucosa.

120. Entre estas diversas alteraciones se ve que no hay mas que una verdaderamente propia de los tísicos: la presencia de los tubérculos debajo de la mucosa intestinal, bien dependan de una simple secrecion morbosa, verificada en las mallas del tegido celular, bien sean resultado de un estado morboso de los folículos.

121. No hay necesidad de decir que cualesquiera que sean las lesiones que tengan su asiento en la membrana mucosa, su término comun son las úlceras, que respecto de su número, de su forma, de la disposicion de sus bordes y de su fondo, presentan importantes variedades, para cuya descripcion remitimos al tomo primero. Nada mas comun que la existencia de estas úlceras hácia el fin de los intestinos delgados y el ciego en los tísicos que padecen diarrea crónica. Hemos observado que á su alrededor era donde se encontraba mayor número de tubérculos: á veces en sus intervalos apenas se notaban algunos vestigios de semejante materia, al paso que llenaba los bordes y fondo de las mismas.

122. Hasta ahora solo hemos visto en el conducto intestinal de los tísicos lesiones que pueden referirse á una irritacion mas ó menos evidente; pero tanto el estómago como el conducto intestinal nos han ofrecido á veces un estado enteramente opuesto. Sus paredes, considerablemente adelgazadas, parecen formadas tan solo por una capa mucosa muy delgada, y un tejido celular pá-

lido y transparente, en medio del cual no hay mas que algunas fibras descoloridas, vestigios de la túnica carnosa. En este estado, que esplicamos como el del estómago por una disminucion de la fuerza nutritiva, ó por una debilitacion de lo que los alemanes llaman *nisus formativus*, se dejan llenar y distender los intestinos por una gran cantidad de líquidos, como si atacadas sus paredes de inercia, y atrofiadas verdaderamente, no pudieran ejecutar sino de un modo imperfecto el movimiento peristáltico necesario para la espulsion de las materias.

123. Finalmente hay otro género de alteracion de la estrechidad inferior del conducto intestinal, cuya existencia se ha creido muy comun en los tísicos, á saber, la fistula del ano. Ignoramos cómo ha podido acreditarse la opinion generalmente estendida de que esta fistula es muy frecuente en los sujetos atacados de tubérculos pulmonares: nada es mas inexacto, segun nuestras propias observaciones, pues de cerca de ochocientos sujetos, tísicos indudablemente en diversos grados, solo en uno hemos observado la fistula del ano.

124. Las diversas alteraciones de que acabamos de hablar pueden producirse igualmente por una afeccion aguda ó por una crónica, excepto sin embargo los tubérculos, cuya formacion rara vez se verifica de un modo agudo, y el adelgazamiento de las paredes intestinales, que es precisamente resultado de una afeccion crónica. Las diferentes especies de lesiones, que segun el unánime consentimiento se refieren á la inflamacion, son sobre todo las que, segun las circunstancias, pueden sobrevenir del mismo modo con rapidez ó lentitud, de lo cual se originan sintomas muy variados.

Quando la inflamacion intestinal afecta un curso agudo, y al mismo tiempo tiene cierto grado de intensidad, acontece con frecuencia que la afeccion crónica del pulmon, que suponemos ya mas adelantada, cambia momentáneamente de fisonomía, si podemos espresarnos asi, bajo el doble aspecto de muchos de sus sintomas locales y generales. Unas veces se hace menos aparente: la tos es menos frecuente, la expectoracion mas escasa, y parece facilitarse mas la respiracion; otras por el contrario se exaspera la tisis, y la disnea sobre todo se agrava considerablemente. En este doble caso la irritacion intestinal obra al modo de los revulsivos, que segun muchas circunstancias mas ó menos apreciables, producen en unos un alivio notable de la enfermedad y la exasperacion en otros. Al mismo tiempo cambia de carácter el movimiento febril que ya existia anteriormente: dejan de observarse los recargos que terminaban por un sudor abundante: se suprime la transpiracion, la calentura se hace

continua, y la lengua, segun la intensidad de la flegmasia intestinal, se presenta ó bien blanca punteada de rojo, ó bien encendida en toda su estension. Mas adelante se seca, se pone parda, y se cubre de costras negras del mismo modo que los dientes y los labios; se meteoriza el abdomen, y hay diarrea ó astringencia pertinaz. Con mucha frecuencia se presentan tambien síntomas nerviosos: delirio intermitente ó continuo, saltos de tendones, movimientos convulsivos, incontinencia ó retencion de orina, etc. En una palabra se observa toda la serie de fenómenos que caracterizan las calenturas llamadas esenciales. Cuando se eleva á cierto grado semejante complicacion es causa bastante frecuente de la muerte prematura de los tísicos. En la inspeccion cadavérica no se encuentran muchas veces para esplicar tales síntomas mas que una viva rubicundez de la membrana mucosa intestinal, que por lo regular no ocupa sino una parte circunscrita del conducto, invadiendo tan solo en algunos casos raros la totalidad del mismo.

Bien diversos son los síntomas si la inflamacion intestinal afecta un curso crónico: entonces se halla reducida á solo sus síntomas locales, y aun estos muchas veces no estan bien marcados. Asi por ejemplo muchos tísicos cuyo conducto intestinal se encuentra inflamado, ulcerado, lleno de tubérculos, y aun profundamente desorganizado en una gran estension, no han sentido ningun dolor notable por parte del abdomen: este caso es el mas general. El vientre se conserva flojo, y no es dolorosa la presion. En unos hay tan solo algunos cólicos que preceden á cada evacuacion albina; en otros no antecede ni acompaña ninguna sensacion penosa á las cámaras. La materia de las evacuaciones se halla comunmente formada, ya por un líquido claro, seroso, que los enfermos comparan al agua teñida de amarillo ó verde, ya de mucosidades filamentosas, ora es semilíquida, agrisada, muy fétida, ora por último, aunque rara vez, está constituida por verdadero pus. Nos parece imposible referir cada una de estas evacuaciones á una alteracion determinada: lo único que indican es que los intestinos estan enfermos, y como de cada diez veces las nueve tal afeccion es resultado de una flegmasia, debe concluirse que la diarrea en los tísicos es en la misma proporeion el signo de una enteritis, ó de una colitis, y con frecuencia de ambas inflamaciones reunidas. La larga duracion de la diarrea es una probabilidad para creer que se hallan ulcerados los intestinos; pero respecto de esto nunca hay certidumbre. Nos ha parecido siempre muy notable que en los tísicos que hacia poco tiempo habian tenido una diarrea poco abundante, sin ningun otro síntoma por parte del

vientre, se hayan hallado muchas úlceras, ora en los intestinos delgados, ora en el ciego; al par que en otros cuya diarrea era muy antigua y mas copiosa, no se encuentran á veces sino una simple inyeccion de la mucosa. Una mujer atacada de una afeccion cancerosa del estómago, y que murió en el mes de agosto de 1823 en las salas del catedrático M. Fouquier, tenia hacia ya tiempo una diarrea bastante considerable (fenómeno que rara vez acompaña á los cánceres del estómago): la membrana mucosa intestinal no se hallaba inyectada, antes al contrario era de una notable palidez en toda su estension; habia conservado su consistencia ordinaria; sus folículos no estaban desarrollados; pero desde el duodeno hasta el fin de los intestinos gruesos habia una infiltracion serosa del tejido celular sub-mucoso: esta infiltracion era bastante considerable para elevar de un modo notable la membrana mucosa, y ser visible al través del grueso de la misma. De modo que en este caso la diarrea no era dependiente de ninguna alteracion actual apreciable de la membrana mucosa.

125. El conducto intestinal no empieza á afectarse siempre en la misma época de la tisis pulmonar. Bajo este punto de vista pueden dividirse los tísicos en cuatro clases: en la primera colocaremos aquellos cuya afeccion intestinal parece preceder á la del pulmon; en la segunda los sujetos en quienes las dos afecciones nacen y progresan á la vez; la tercera comprenderá los enfermos que por un tiempo mas ó menos largo han ofrecido únicamente signos de tubérculos pulmonares, y en los que la diarrea, ó los otros signos de afeccion intestinal, ocurren solo en una época adelantada de la tisis pulmonar; y la cuarta clase por último se reservará para los casos raros de morir algunos tísicos habiendo conservado constantemente sano el conducto intestinal. Presentemos el resumen de nuestras observaciones sobre estos diferentes casos.

Hemos visto en la Caridad sujetos, que cuando se han sometido á nuestra investigacion llevaban mucho tiempo padeciendo diarrea crónica. Se hallaban en un estado de marasmo mas ó menos adelantado, y tenian un movimiento febril continuo con recargos una ó dos veces al dia; por otra parte nunca habian tenido tos, la respiracion se hallaba libre, la auscultacion y la percusion anunciaban un estado sano del parenquima pulmonar. Podemos decir que tan solo habia *tisis intestinal*. Pero al cabo de un tiempo mas ó menos largo empezaba á presentarse algo de tos, se hacian imposibles las inspiraciones profundas, y acontecian hemotisis mas ó menos copiosas; por otra parte la percusion y la auscultacion no prestaban ningun

dato; pero la reunion de estos síntomas era suficiente para hacernos sospechar la presencia de tubérculos pulmonares, que desarrollados consecutivamente á la tisis intestinal constituian una funesta complicacion. Si los individuos morian en aquella época hallábamós efectivamente indicios de inflamacion crónica por parte de los intestinos, al paso que en los pulmones no habia aun sino tubérculos crudos y poco numerosos. Otras veces se prolongaba mas la existencia de los enfermos: hacia progresos los tubérculos pulmonares, y cuando sobrevenia la muerte se encontraban en el parenquima del pulmon cavernas, cuya existencia habia sido anunciada por la auscultacion.

En tales circunstancias una tos ligera puede ser el único fenómeno morboso que indique una afeccion del pulmon. Con demasiada frecuencia, preocupado el médico con la enfermedad primitiva de los intestinos, y atribuyéndola con justa razon el marasmo y todos los accidentes graves que se manifiestan, no presta atencion á la tos; la deja en cierto modo adquirir domicilio, y solo la autopsia le enseña que su causa residia en los tubérculos pulmonares. Convencidos por la observacion de que los sujetos afectos de una enteritis crónica tienen una funesta tendencia á la tisis pulmonal, creemos que nunca debe descuidarse el combatir con medios activos los catarros que padecen, por ligeros que sean al parecer. En este caso ha sido con mucha frecuencia funesta la contemporizacion; por ella de una ligera bronquitis se han ocasionado con rapidéz numerosos tubérculos, haciéndose desde entonces imposible toda curacion; pues en semejantes circunstancias no es posible que tenga lugar la cicatrizacion de las cavernas.

XXIII.^a OBSERVACION.

Síntomas de enterocolitis crónica precediendo á los de una afeccion pulmonar. Tubérculos en muchas visceras abdominales.

Hacia cinco meses que vivia en París un zapatero, de 28 años de edad, de estatura elevada, músculos bien desarrollados, piel blanca y cabellos negros.

Desde su llegada á la espesada ciudad tuvo una diarrea poco abundante, que se habia suspendido muchas veces, presentándose una tos ligera los ocho dias últimos.

Entró en el hospital á principios de marzo; aun estaba robusto, y parecia lleno de vida. Aparentaba tener tan solo una de esas irritaciones tan comunes de la mucosa intestinal, que sostenidas largo tiempo por el mal tratamiento, ó más bien por escesos continuos en el régimen, ceden al uso de simples tisanas diluyentes, al descanso y á la dieta. El pulso era frecuente, la piel no tenia calor aumentado. Se practicó una sangria de tres tazas (*tisana de cebada*). En todo el mes de marzo se reemplazaban alternativamente la tos y la diarrea: el enfermo se quejaba de tener la respiracion algo fatigosa, y su expectoracion era

como la de un catarro agudo. Perentido el pecho estaba muy sonoro; el ruido de la respiracion se percibia en todos los puntos mediante la auscultacion, sin mezcla de ningun estertor, y podia el paciente acostarse sin incomodidad horizontalmente en todas las posiciones. El abdomen no se encontraba dolorido; las cámaras eran acuosas, precedidas á veces de cólicos ligeros, pero nunca acompañadas de tenesmo. No habia disminuido la frecuencia del pulso, y habia sudores durante el sueño. En poco tiempo perdió el enfermo la robustez y las fuerzas, enflaqueciendo notablemente por momentos.

Esta afeccion, que al principio habia parecido poco grave, y que aparentaba consistir tan solo en una simple irritacion pasagera de la mucosa gastro-pulmonar, tenia evidentemente un carácter mas serio. ¿No era probable que reconociese por causa el desarrollo simultáneo de tubérculos en los intestinos y en los pulmones?

El enfermo tomaba bebidas dulcificantes y el cocimiento blanco de Sydenham, y se le sostuvo abierto un vejigatorio en el brazo. Por alimento se le daban solo caldos y algunas legumbres.

A principios de abril disminuyó la tos, y la diarrea se hizo mas copiosa. La sultura del vientre, la ausencia casi completa de dolores abdominales, la poca calentura que existia, y que solo se manifestaba durante el dia por la frecuencia del pulso; y finalmente la insuficiencia de los medios terapéuticos, tomados de la clase de los dulcificantes, inclinaron á M. Lermnier á combatir la diarrea por una fuerte revulsion. El 10 de abril se aplicó un estenso vejigatorio ambulante al vientre; el 13 era menor efectivamente la diarrea; pero la tos se habia aumentado de un modo considerable, y se presentó una opresion bastante intensa. Del 13 al 24 el mismo estado; expectoracion catarral; ruido respiratorio puro en todos los puntos.

El 24 volvió á aparecer la diarrea, persistiendo la tos esta vez. La cara se puso pálida; enflaqueció el enfermo con rapidéz, y perdió las fuerzas de un modo considerable, presintiendo ya la proximidad de la muerte. Se ensayaron los astringentes (dos vasos de catecú al dia) que al parecer ni aumentaron ni disminuyeron la diarrea.

En los primeros dias del mes de mayo se añadieron al catecú pildoras preparadas cada una con dos granos de alumbre, y otros dos de extracto de ratania, de las cuales se administraron cuatro diariamente desde luego, doblando la dosis á los cinco dias. Sin embargo, se hizo mas copiosa la diarrea: del 12 al 16 las evacuaciones eran sanguinolentas; parecian formadas por una especie de papilla rojiza; el calor de la piel se habia aumentado. Nada, a pesar de todo, anunciaba el próximo fin del paciente: el dia 16 se habia levantado muchas veces sin apoyo para mover el vientre; por la tarde era satisfactorio el estado de su inteligencia, y estuvo hablando con los enfermos inmediatos á él, que se sorprendieron al verle sucumbir repentinamente sin agonía hacia las cuatro de la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Veintiocho horas despues de la muerte.)

Examinado cuidadosamente el cerebro, no presentó ninguna lesion apreciable; los ventriculos contenian la serosidad necesaria para distenderlos ligeramente.

Torax. Los pulmones se hallaban sembrados de una multitud de granulaciones miliares, de un blanco agrisado, semi-transparentes, y algunas de ellas mas gruesas, duras, y de un blanco mate que parecian estar pasando al estado óseo. El tejido pulmonar interpuesto entre las mismas estaba perfectamente sano; ni aun siquiera se encontraba ingurgitado. En el vértice del pulmón izquierdo habia una masa tuberculosa del tamaño de una nuez gruesa. La mucosa de la tráquea y de los bronquios, tanto en las ramificaciones grandes como en las pequeñas, tenia una intensa rubicundez. Nada de particular existia en la laringe: hago notar este hecho, porque la muerte repentina del enfermo podia inducir á sospechar la introduccion de un cuerpo extraño en las vias aéreas.

El corazón era proporcionado á la estatura del sugeto: las cavidades derechas contenian cuajarones fibrosos blancos que se estendian á la arteria pulmonar y á las venas cavas; las cavidades izquierdas estaban casi vacias, y en la aorta tan solo se hallaba una corta cantidad de sangre negra y liquida.

Abdomen. En el peritóneo se hallaba derramada bastante cantidad de serosidad cetrina.

Existian masas tuberculosas en la cavidad posterior del epiploon, detras del píloro, en las cercanias del lóbulo pequeño del hígado, y encima del pancreas, que aun cuando sano, era muy voluminoso.

La superficie interna del estómago estaba blanca; su mucosa del grueso y consistencia ordinarias.

Abiertos en toda su estension los intestinos delgados no ofrecieron nada notable: de trecho en trecho se observaba una inyeccion bastante viva del tejido submucoso. La cara interna de los intestinos gruesos, desde el ciego hasta el recto inclusive, estaba sembrada de una gran cantidad de puntos negros, aislados unos de otros, y rodeados de una ligera hinchazon de la mucosa: estado análogo al que se nota en los folículos cutáneos muy desarrollados. ¿Serian lesiones de las criptas mucosas? En ocho ó diez parages, en vez del punto negro, se observaba una pérdida de sustancia rodenda de la misma hinchazon: por último, en otros tres sitios habia tres úlceras pequeñas, que tenían el tamaño de un real de vellón, y cuyo fondo y bordes estaban negros. ¿No son las referidas alteraciones una misma en diferentes grados? En los intervalos estaba la mucosa blanca y sana hasta el intestino recto; en el cual tambien se hallaba blanca, pero tenia una blandura estremada, reduciéndola á pulpa el mas ligero roce. Se encontraba cubierta de una especie de papilla rojiza, análoga á la que se habia arrojado durante la vida.

El hígado contenia en su interior algunos pequeños tubérculos crudos, hallándose por lo demas sano. En el espesor de las paredes de la vegiga de la biel existia un tubérculo del grueso de una avellana.

Entre el parenquima del bazo habia tambien tubérculos numerosos y gruesos. Algunos empezaban á reblandecerse, y todos se hallaban colocados en cavidades, de donde se los sacaba con facilidad, sin desgarrar el tegido de la viscera.

Por último, tambien se encontraron tubérculos en el parenquima de los dos riñones, donde guardaban la misma disposicion que en el bazo.

El órgano, que durante la vida parecia hallarse mas gravemente afecto en este enfermo, era el conducto intestinal. En

razón á la antigüedad de la diarrea, á su abundancia y al enflaquecimiento que la acompañaba, podíamos esperar hallar en el conducto digestivo alteraciones mucho más graves, pues las que se encontraron no eran tan considerables que pudieran percibirse con facilidad sin un exámen atento. En último resultado se limitaban á un desarrollo morboso de los folículos de los intestinos gruesos, á tres ó cuatro úlceras muy pequeñas, que al parecer habían tomado origen en el seno de un folículo, y por último á un reblandecimiento blanco de la membrana mucosa del recto. Pero además había en las vísceras abdominales lesiones graves, cuya existencia no había podido sospecharse por ningún síntoma: tales son los tubérculos desarrollados en muchos ganglios linfáticos, en el hígado, en el bazo y en los riñones. Sin duda debió ser una de las causas del enflaquecimiento del enfermo el haber sido invadidos los espesados órganos por la materia tuberculosa, y la acción patológica que debió seguirse.

Respecto de los pulmones, la pequeña masa tuberculosa reblandecida, colocada en el vértice de uno de ellos, y las numerosas granulaciones que ofrecían, notables por su dureza, y sin haber pasado todavía al estado tuberculoso, no se conocieron durante la vida; pudo sospecharse su presencia por los síntomas generales; pero ningún fenómeno morboso local daba certeza de que existieran. La afección abdominal fué, pues, la predominante, y á ella debió durante la vida atribuirse la causa de los síntomas que se sucedieron, y que llevaron al enfermo lentamente al sepulcro (1).

(1) También hemos abierto el cadáver de una joven de doce años que durante los dos últimos de su vida había tenido una diarrea constante. Llegó gradualmente al último grado de marasmo, y tan solo durante los tres ó cuatro últimos meses de su existencia empezó á tener un poco de tos, y aun esta ligera y de tarde en tarde. En la autopsia encontramos la membrana mucosa del ileon, del ciego y del colon surcadas por numerosas y extensas ulceraciones; los ganglios mesentéricos muy voluminosos y transformados en masas tuberculosas gruesas. El hígado había sufrido la degeneración adiposa del modo más evidente. En el lóbulo superior del pulmón derecho había una docena de tubérculos muy pequeños, que apenas tenían el tamaño de un grano de mijo. No ofrecía ninguna otra lesión el aparato respiratorio.

En este caso es probable que los tubérculos pequeños y poco numerosos, que estaban diseminados en el vértice del pulmón derecho, tuviesen una fecha posterior á la de las úlceras intestinales y tubérculos mesentéricos. Si la enferma hubiera muerto algunos meses antes, no se hubieran hallado probablemente más que los últimos; de modo que en tales circunstancias había empezado el desarrollo de los tubérculos en puntos lejanos del pulmón, afectando después á este órgano.

En esta observacion encontramos tambien un ejemplo notable de las muertes repentinas que sobrevienen antes de tiempo, si es permitido espresarse asi, y que por comunes que sean en las enfermedades crónicas, no se han explicado todavia.

Por poco considerables que parezcan ser las lesiones intestinales, debe notarse que la diarrea con que se hallaban enlazadas se agravó con la administracion de los remedios tónicos y astringentes.

A veces los tubérculos pulmonares preceden á la enteritis crónica; pero al paso que una vez desarrollada esta no deja de hacer progresos, aquellos se conservan estacionarios, de modo que puede decirse que tienen una pequeña parte en la produccion de los síntomas. En tales ocasiones sin un conocimiento exacto de las circunstancias antecedentes, nos inclinariamos naturalmente á pensar que la tisis pulmonar es posterior á la intestinal, no siendo asi como ha procedido la naturaleza. La siguiente observacion nos presenta un ejemplo de este género.

XXIV.ª OBSERVACION.

Tisis pulmonar, que se conservó estacionaria al parecer, y cuyos síntomas desaparecieron al tiempo de manifestarse una gastro-enteritis crónica, que debió su origen á la administracion del purgante *Le Roy*, y fue la principal causa de su muerte.

Un comisionista, de treinta y cinco años de edad, contrajo en 1820 un catarro pulmonar, durante el cual tuvo en diferentes épocas copiosas hemotisis. En el año siguiente le continuó la tos, enflaqueció y expectoró aun muchas veces sangre. Con el fin de curarse el catarro tomó grandes dosis del purgante *Le Roy*. Desde entonces, diarrea abundante, que persistió hasta el mes de abril de 1824, época de la entrada del enfermo en la Caridad. Entonces presentaba el estado siguiente: enflaquecimiento estremado, diarrea con ligeros cólicos antes de cada evacuacion, poca tos, expectoracion catarral, pecho sonoro en todos los puntos, ruido respiratorio en general fuerte y limpio, no habia disnea, el pulso estaba frecuente, y la piel seca y caliente por lo regular. Segun el cuadro de los síntomas actuales, la enfermedad principal parecia tener su asiento en el tubo digestivo; sin embargo, la antigüedad de la tos y las hemotisis que habian sobrevenido, hacian temer que existiesen tambien tubérculos pulmonares; pero en este punto no habia mas que simples probabilidades. El enfermo se debilitó mas y mas, y murió el 16 de junio de 1824.

Al abrir el cadáver se halló solo un corto número de tubérculos erudos y poco voluminosos colocados hácia el vértice de uno y otro pulmon, cuyo parenquima entre los mismos tubérculos se hallaba sano. Los bronquios estaban medianamente enrojecidos. La membrana mucosa del estómago existia únicamente en forma de placas aisladas, mas ó menos estensas, separadas por espacios blancos, en los que estaba al descubierto el tejido laminoso subyacente. La terminacion del ileon y el ciego no presentaban en su superficie interna

sino una sola y estensa úlcera con coloracion negra en el fondo, que aparecia formado por el tejido celular submucoso, considerablemente engrosado. En tres puntos del fondo de esta grande úlcera se veian algunos restos de la membrana mucosa en forma de fungosidades blancas y rojizas, semejantes á las yege-taciones que se hallan en la superficie interna de ciertos estómagos inflamados crónicamente, y que se han llamado tejido encefaloideo. Alrededor del ciego habia masas enormes de ganglios linfáticos transformados en tubérculos.

Es probable que existieran en este sugeto los tubérculos pulmonares cuatro años antes; pero habian permanecido estacionarios, y solo habian tenido una parte muy secundaria en el enflaquecimiento y la muerte. La causa bajo cuya influencia se desarrolló la gastro-enteritis crónica es bien evidente.

Hemos visto que en muchas personas el desarrollo de los tubérculos vá precedido de la reunion de síntomas, que constituyen la *calentura mucosa* de muchos nosólogos. Han entrado en la Caridad, en un estado de languidez general, sugetos que disfrutaban habitualmente buena salud, pero de una constitucion débil, de temperamento linfático, y al parecer predispuestos á las escrófulas. Su rostro era pálido, su vista apagada, su fisonomia inmóvil, su inteligencia entorpecida y su locomocion lenta y perezosa, tenian un movimiento febril bien pronunciado y continuo. ¿Se buscará en una afeccion local la causa de estos síntomas? Nada se hallaba respecto de los órganos torácicos, y tan solo parecia afectado el aparato digestivo. Pero semejante lesion tenia algo de especial, que se apartaba de los caracteres de una gastro-enteritis ordinaria: asi es que la lengua no ofrecia señal alguna de rubicundez; estaba cubierta por una capa blanquecina muy gruesa, y toda la membrana mucosa bucal segregaba una gran cantidad de mucosidades. El abdomen se hallaba blando é indolente; estaba completamente perdido el apetito, sin que por otra parte hubiese náuseas ni vómitos; alternaban la diarrea mucosa y la astringencia de vientre. Sin embargo, estos enfermos enflaquecian cada vez mas; luego empezaban á toser; su expectoracion, mucosa al principio, se hacia purulenta; se les formaban en los pulmones cavernas que eran anunciadas por la auscultacion, y morian tísicos. Al abrir los cadáveres se hallaban en los pulmones tubérculos en diversos estados, y en el tubo digestivo vestigios indudables de inflamacion; reblandecimiento rojo de la mucosa gástrica, y úlceras mas ó menos multiplicadas en el resto de los intestinos. Aqui pues, la inspeccion cadavérica manifestaba lesiones del todo semejantes á las que se encuentran en otros individuos, que durante la vida han ofrecido síntomas del todo diferentes.

Tan cierto es que en razon de la variedad de los temperamentos y de las disposiciones individuales, un mismo modo de alteracion orgánica puede ocasionar los desórdenes funcionales mas desemejantes! En los sugetos cuya historia acabamos de trazar, la inflamacion atacó tal vez desde luego y principalmente los folículos mucosos de la totalidad del tubo digestivo: á lo menos en la boca se los veia afectos especialmente de un modo positivo. Tal vez de su destruccion resultaron mas adelante las úlceras intestinales. Sea lo que quiera, esta inflamacion (pues necesario es llamar con esta voz genérica á la accion patológica que produce las úlceras, aun cuando reconozcamos que no debe confundirse con otras que se anuncian con síntomas diferentes) esta inflamacion, repetimos, limitada por mucho tiempo á la membrana mucosa digestiva, se propagó á la bronquial, y á causa del temperamento y de la predisposicion de los enfermos, fue seguida de la formacion de los tubérculos en los pulmones.

Estudiemos ahora otros casos en que la doble afeccion del pulmon y de los intestinos parecen originarse al mismo tiempo, hacer progresos simultáneos, y contribuir del mismo modo á la muerte de los enfermos. Estos son mas comunes que los precedentes: el principio de la enfermedad suele muchas veces á primera vista no anunciar nada grave: se observan por un tiempo de variable duracion alternativas continuas de tos y diarrea, como si la irritacion se trasladára sucesivamente de la membrana mucosa de los bronquios á la intestinal; cuya temible disposicion parece que cesa bajo la influencia de un tratamiento conveniente; pero vuelve á presentarse por el menor exceso en el régimen, por la mas ligera causa ocasional. Al principio se altera poco la salud general; pero á medida que se reproducen los catarros y los flujos de vientre, disminuye la gordura del mismo modo que las fuerzas. Finalmente, llega una época en que no alternan la bronquitis y la enteritis, sino que existen simultáneamente: entonces empiezan á aparecer los síntomas mas graves, sino se emplea y sigue con constancia un tratamiento conveniente; y aun muchas veces, á pesar del tratamiento, se manifiestan por una parte signos de tubérculos pulmonares, y por otra la persistencia y la abundancia de la diarrea anuncian que vá en incremento la afeccion intestinal; de lo cual se originan con frecuencia síntomas de una tisis aguda, y una terminacion mortal, que no se hace esperar mucho.

Debe considerarse por el contrario como una circunstancia favorable, que la tisis pulmonar corra sus primeros periodos sin ir acompañada de signos de irritacion intestinal. Esto acon-

tece en algunos casos, poco numerosos desgraciadamente. En efecto, hay tísicos en quienes ya existen escavaciones tuberculosas en los pulmones, sin que nunca les haya molestado la diarrea, teniendo por el contrario habitualmente astricción de vientre. Pero llega por último una época en que bajo la influencia de causas mas ó menos apreciables, sobreviene la diarrea, que poco considerable al principio, é intermitente muchas veces, se aumenta mas y mas; se hace continua, y contribuye de un modo poderoso á acelerar la muerte.

Finalmente, hemos dicho que hay tísicos que sucumben sin haber presentado ningun fenómeno morboso por parte de los intestinos, y en los que se hallan estos efectivamente en un estado sano. Tales casos deben mirarse como los mas raros de todos, sobre todo si se tienen en consideracion los hechos que acabamos de referir, y que prueban que no puede juzgarse que se halle en estado sano un intestino, solo porque la membrana mucosa presente un color blanco. La anatomía patológica ha progresado considerablemente en estos últimos tiempos, y á pesar de todo puede asegurarse que no hace mas de dos años que todos los flujos de vientre, y en especialidad los de los tísicos, pueden referirse á una lesion apreciable de los intestinos. En cuanto á la naturaleza de esta lesion, parece ser inflamatoria en el mayor número de casos.

§. III.

Enfermedades de los órganos anejos del aparato digestivo.

126. Comprendemos en esta denominacion: 1.º el peritóneo: 2.º los vasos linfáticos que toman el quilo en el canal intestinal, y los ganglios mesentéricos donde terminan; y 3.º las varias glándulas que preparan líquidos, que se depositan en la superficie interna del tubo digestivo, á saber: las glándulas salivares, el hígado y el pancreas.

127. No es rara en los tísicos la afeccion del peritóneo: puede presentarse en el estado agudo y en el crónico.

A veces sobreviene la peritonitis aguda de los tísicos sin causa conocida; pero con mucha frecuencia es debida á una perforacion intestinal, accidente que en los tísicos es mas general de lo que á primera vista se cree, en razon á la frecuencia con que se forman úlceras en su conducto intestinal. Aun las mismas úlceras sin perforacion, son frecuentemente causa de la peritonitis, como acontece cuando se estienden en profundi-

dad, y constituye su fondo la membrana carnosa puesta á descubierto. Si se observa entonces el perit6neo se encontrar6 muchas veces inyectado, rojo y aun cubierto de una exudacion purulenta; á veces se estiende tambien la flegmasia parcial á otra porcion del perit6neo, que pertenece á otra asa intestinal, puesta en contacto con aquella en que se encuentra la úlcera: entonces pueden establecerse adherencias entre las dos asas intestinales, y si en lo sucesivo la ulceracion se hace perforativa, tales adherencias constituyen una barrera ventajosa, que circunscribe el derrame. Hemos observado muchas veces este procedimiento de la naturaleza, que recuerda involuntariamente el empleado por el catedrático M. Dupuitren para obtener la curacion de los anos preter-naturales.

Las peritonitis parciales y limitadas, como hemos enunciado, á las proximidades de una ó mas úlceras, no ocasionan por lo regular ningun accidente especial que pueda revelar su existencia; pero con frecuencia se hacen mas ó menos generales, y entonces se hallan caracterizadas por los síntomas ordinarios de estas temibles inflamaciones. Sin embargo, algunas veces, aun cuando la inflamacion del perit6neo que invade á los t6xicos afecte un curso agudo, y ocupe una gran estension, no se anuncia por el dolor vivo, que es uno de sus signos mas característicos. Tal era en particular el caso de un jóven de diez y ocho años, que entró en la Caridad ofreciendo todos los síntomas de una tisis pulmonar con existencia de cavernas, y que tenia al mismo tiempo una diarrea abundante; por lo demas se presentaba el vientre perfectamente blando, sin dolor. Repentinamente fue acometido de v6mitos de una materia verdosa; su fisonomía se alteró en poco tiempo de un modo notable; el pulso adquirió una estremada frecuencia, y el vientre se puso tenso, pero sin dolores. Murió al tercer dia de la aparicion de estos nuevos síntomas. Al abrir el cadáver se hallaron escavaciones tuberculosas en los pulmones, úlceras numerosas en los intestinos, y un derrame purulento en el perit6neo.

Hemos visto un caso, en que al mismo tiempo que se hallaba perforado un intestino, se habia establecido un trayecto fistuloso, que tenía uno de los orificios en la cavidad del intestino y el otro en la piel. Recayó en una mujer de 50 años, que ademias presentaba todos los signos de la tisis pulmonar: en las paredes abdominales existian muchas aberturas fistulosas, al través de las cuales salian materiales semejantes á los que contienen ordinariamente los intestinos. Faltaban la pared anterior del ciego y de la terminacion del ileon. Estos intestinos formaban solo una cavidad como una estensa cloaca, cu-

yas paredes se hallaban constituidas por bridas celulares, que unian intimamente el peritóneo parietal á los intestinos. Varias de estas bridas tenian una consistencia escirrosa. En esta cloaca se abrian las fistulas de las paredes abdominales. Los pulmones contenian numerosos tubérculos.

En cierto número de tísicos se observa tambien la inflamacion crónica del peritóneo, que como la de la mucosa intestinal, ó bien precede al desarrollo de los tubérculos, ó bien se manifiesta solo en diversos periodos de su existencia. En uno y otro caso su principio vá algunas veces acompañado de sintomas tan poco marcados; es con frecuencia tan del todo indolente, que su diagnóstico puede ofrecer dificultades. Por otra parte como ella por si sola puede producir la calentura héctica; el marasmo y cierto grado de disnea, es mas de una vez imposible determinar, cuando es primitiva, la época en que se complica con los tubérculos pulmonares; de modo que en ciertos casos no se descubre la existencia de estos sino mediante la inspeccion cadavérica. ¿Qué signos pueden entonces darlos á conocer? Ciertamente no hay otros mas que los deducidos de la espectoracion y de la auscultacion; pero en tanto que los tubérculos se conservan en el estado de crudeza, tales signos no pueden proporcionar sino vagas conjeturas.

En medio de las adherencias del peritóneo se desarrollan con frecuencia en los tísicos masas de materia tuberculosa que, como en la pleura, son evidentemente resultado de la secrecion morbosa que se verifica en la membrana serosa atacada de flegmasia. A beneficio de un exámen atento podemos ver que en este sitio se confunden por graduaciones insensibles las simples concreciones membraniformes con lo que se llama materia tuberculosa. En algunos casos las primeras se parecen á esta solo por su disposicion, constituyendo asi las pequeñas granulaciones redondas, aisladas ó aglomeradas que parecen como depositadas en la superficie del peritóneo. Otras veces no solo tienen la forma de tubérculo, sino que poco á poco adquieren sus propiedades físicas; la materia que las constituye se hace friable, como caseosa, ó bien las mismas falsas membranas segregan y depositan en los intervalos que las separan un pus concreto, semi-sólido, que constituye tambien una de las variedades de lo que tan vagamente se ha llamado materia tuberculosa. Concluyamos pues de estos hechos, que en el peritóneo, como en otros muchos órganos, el tubérculo no es mas que el resultado de una secrecion morbosa, verificada en la superficie ó en el parenquima de un órgano inflamado de un modo mas ó menos manifiesto.

En algunos tísicos, cuyo abdomen habia estado entumecido sin dolor durante el último periodo de su vida, no hemos hallado en el peritóneo sino una simple acumulacion de serosidad transparente, sin que existiera ningun vestigio de inflamacion, y sin que tampoco pudiera explicarse esta ascitis por ninguna lesion apreciable, ni en el hígado, ni en la vena porta, ni en el corazon. En otro lugar tendremos ocasion de insistir acerca de este hecho, que tan solo indicamos aquí por la relacion que pueda tener con la historia de la tisis.

De los hechos referidos precedentemente resulta que en los casos en que no hay mas que afeccion de la membrana mucosa intestinal, no experimentan los tísicos dolores abdominales notables, salvo algunas escepciones, y que solo se hacen vivos los dolores cuando la inflamacion invade al peritóneo. Por último, no debe olvidarse que la peritonitis considerada en particular como complicacion de la tisis pulmonar, puede manifestarse del todo indolente, tanto en el estado agudo como en el crónico. En un tísico hemos observado una vez un dolor abdominal que tenia todos los caracteres del dolor de la peritonitis, y que sin embargo era producido por otra causa: la rareza de este caso nos obliga á referirle sucintamente:

XXV.ª OBSERVACION.

Tabérculos pulmonares. Derrame sanguíneo entre las fibras de los músculos rectos del abdomen. Síntomas de peritonitis aguda.

Un hombre de 40 años habia llegado al último grado de tisis cuando entró en la Caridad el año de 1849. Habia mucho tiempo que tenia diarrea. El abdomen, que hasta entonces se habia conservado blando é indolente, se puso repentinamente tenso, y se presentaron con especialidad debajo del ombligo dolores que se exasperaban con la menor presion. Se caracterizó el mal de invasion de una peritonitis, debida tal vez á una perforacion intestinal. Este diagnóstico pareció confirmarse por los vómitos de color perráceo que acontecieron en la mañana siguiente. Persistencia de los dolores por ocho dias mas, pasados los cuales murió el enfermo. La abertura del cadáver manifestó cavernas en los pulmones, y úlceras en los intestinos. *No habia ningun vestigio de peritonitis.* Tan solo en la porcion del peritóneo que tapiza los músculos rectos, existia un gran epuimosis que se estendia desde la proximidad del ombligo hasta el pubis; en todo el resto de su estension tenia la membrana serosa su transparencia y grueso ordinario, y no ofrecia inyeccion alguna; pero entre las fibras de los músculos rectos habia derramada sangre negra coagulada en parte, que parecia haberlos disecado.

El dolor y demas síntomas locales de la peritonitis parecen haber sido consecuencia de este derrame sanguíneo, que se hallaba en contacto con la membrana serosa sin inflamarla.

128. Los ganglios mesentéricos padecen generalmente en los tísicos en proporcion directa de la afeccion del mismo conducto intestinal. Esta regla sin embargo sufre numerosas escepciones: asi hemos hallado mas de una vez enormes masas de ganglios en el mesentérico, á lo largo de la columna vertebral, y aun hasta en las proximidades del conducto torácico, aunque los intestinos estuviesen ligeramente afectados. Otras veces por el contrario se han encontrado estos muy ulcerados, y apenas entumecidos los ganglios. No deduzcamos como consecuencia de tales hechos que la afeccion de los ganglios es independiente de la de los intestinos, ni tampoco procuremos destruir por medio de escepciones una ley general; mas bien debemos reconocer en dichos casos escepcionales el efecto de la disposicion individual, en virtud de la que tal sistema de órganos se afecta con mas ó menos facilidad que los demas. Del mismo modo una ligera erisipela en el brazo basta para determinar en unos la ingurgitacion, y aun la supuracion de los ganglios axilares, al paso que en otros casi los deja intactos un estenso flemon del miembro superior.

La naturaleza de las alteraciones de los ganglios mesentéricos en la tisis pulmonar es de tres especies: 1.º presentan una simple tumefaccion de su tejido con coloracion roja, parda, negruzca, y aun á veces solo gris pálida: 2.º se encuentran llenos de pus, ya infiltrado, ya constituyendo focos; de modo que por la estension de estos puede el ganglio hallarse reducido solo á la membrana que le cubre, y cuyo destino entonces es formar las paredes de un absceso: 3.º por último, en vez de secrecion de pus puede producirse una materia mas sólida llamada tuberculosa, y aun esta misma puede modificarse á su vez, de modo que en el centro del ganglio haya masas cretáceas, verdaderas concreciones petrosas. Hay casos en que puede seguirse bien la formacion de materia tuberculosa en un ganglio mesentérico entumecido, rojo ó inflamado de un modo manifiesto: al principio se la vé en cierto modo disponerse en forma de granos pequeños de un blanco amarillento que cada vez se engruesan, multiplican y estienden mas y mas.

Se ha considerado como estado tuberculoso de los ganglios á uno que, segun nuestro dictámen, difiere mucho de él. En el estado á que nos referimos, en vez de contener una materia amarillenta, friable, que se deshace fácilmente con la presion de los dedos, son los ganglios mas voluminosos que de cos-

tumbre, de un blanco mate ó brillante como el de los cartilagos; tienen elasticidad, y á veces consistencia: en este estado se desmenuzan fácilmente. Tal disposicion nos parece ser la simple terminacion de una ganglionitis por induracion blanca, que puede compararse á la que acontece en ciertas porciones del tejido celular, y con especialidad del sub-mucoso y sub-seroso. Es probable que en estos casos el tejido celular intermedio á los vasos linfáticos sea el que se engruesa y endurezca. Es lo que muchos médicos consideran equivocadamente, segun nuestro dictámen, como un tejido de nueva formacion (tejido escirroso).

129. No solo se encuentran en los tísicos afectados con frecuencia los ganglios mesentéricos, sino que tambien los mismos vasos linfáticos, que desde los intestinos van á terminar á estos ganglios, nos han presentado á veces un estado morbozo muy notable, y que tenia su asiento ora en los líquidos que contenia el vaso linfático, ora en las paredes del mismo vaso. Por cuatro ó cinco veces hemos visto á los linfáticos que tomaban origen de las úlceras intestinales, ocupados en una gran estension de su trayecto por una materia purulenta, semi-concreta, semejante á la de los tubérculos que empiezan á reblandecerse. Como el vaso se hallaba ocupado con desigualdad, resultaban dilataciones, especie de nudosidades mas ó menos aproximadas, en cuyos intervalos el vaso linfático ofrecia su transparencia, ó tenia un tinte blanquecino. Lo que habia en tales circunstancias digno de notarse, es que en tanto que el linfático caminaba aun por las paredes del intestino, las pequeñas dilataciones redondeadas, formadas por la materia blanca y semi-concreta que le llenaba con desigualdad, eran exactamente parecidas á los tubérculos que se desarrollan por lo regular en el espesor de las paredes intestinales, bajo la forma de granulaciones. Al presente seria prematuro ensayar el caracterizar la naturaleza, y asignar el origen de la materia tuberculosa que hemos hallado en los linfáticos. ¿Se habria formado en estos vasos mismos? ¿Habria sido introducida por medio de la absorcion?

Otros vasos linfáticos que nos han presentado un aspecto semejante á los precedentes, habian sufrido ademas otra especie de alteracion. No se hallaba contenida en su interior una materia estraña; sus mismas paredes eran las que engrosadas y endurecidas de trecho en trecho producian por intervalos dilataciones mas ó menos pronunciadas. Tanto estos vasos como los precedentes, ó se perdian en el mesentérico despues de haber corrido cierto trayecto, ó podian seguirse hasta las glándulas linfáticas entumecidas y tuberculosas.

Estos hechos, como los demas relativos á ciertas alteraciones del conducto torácico, que hemos citado en otro lugar, nos parecen dignos de interés por lo que ilustran acerca de la conexión de los tubérculos con ciertos estados morbosos de los vasos linfáticos. Hasta ahora se ha hablado mucho de esta relación sin demostrarla por ningun hecho directo.

130. So o diremos algunas palabras de las enfermedades de las glándulas anejas al tubo digestivo. En ningun tísico nos han parecido afectadas las glándulas salivales. El hígado no ha ofrecido mas alteraciones que las que ya hemos descrito. Entre ellas unas pueden considerarse como propias de los tísicos: tal es el estado grasiento del hígado, cuya existencia hemos comprobado en una tercera parte de los enfermos que han muerto tísicos en las salas de M. Lermnier. Este estado, cuya naturaleza y causas son tan oscuras, nos ha parecido que no se anuncia por ningun síntoma particular que nos induzca á sospechar su existencia. Creemos que no tiene mas coincidencia con el estado morbooso que con el sano del duodeno. Sin embargo, advertiremos que una de las mas graves alteraciones que hemos hallado en el duodeno, existia en un individuo cuyo hígado habia sufrido en alto grado la degeneración grasienta. En efecto, en este enfermo el duodeno rojo en toda su estension presentaba en sus dos últimas porciones un gran número de úlceras pequeñas, redondeadas ú oblongas, confluentes, y que en cierto modo tenían acerbillada la membrana mucosa; su fondo era negruzco, color importante de notar, porque parecia indicar la antigua permanencia de las úlceras.

Otra alteracion del hígado particular á los tísicos es la presencia de tubérculos en su parenquima. Sin embargo, de cada cincuenta enfermos es raro observarlos una vez en los adultos, siendo mas frecuentes en los niños. A veces hemos visto tambien desarrollarse estos tubérculos en los anejos del hígado y á su alrededor. Asi los hemos hallado en el espesor de las paredes de la vegiga de la hiel, sin haber alteracion en su circunferencia; otros se han desarrollado en el trayecto de los diversos canales biliares, obliterando en parte su cavidad, y dando lugar á la ictericia: solo en dos tísicos hemos observado esta especie de complicacion ocasionada por la causa mecánica de que acabamos de hablar: en uno de ellos el hígado estaba grasiento; en el otro se encontró sano. Por otra parte solo estas dos veces hemos visto la ictericia en los tísicos.

Tambien pueden invadir el aparato hepático de los tísicos otras especies de alteraciones, de las que no nos ocuparemos aqui, porque siendo enteramente accidentales, y no particula-

res, como la degeneracion grasienta del hígado, pueden existir aisladas, ó coincidir con todas las especies de enfermedades, y seria traspasar nuestro objeto.

Casi es tan raro que se afecte el pancreas en los tísicos, como las glándulas salivares. Solo una vez le hemos hallado en estado morbosó, y aun en este caso no se habian alterado sus granulaciones, sino que se habian desarrollado en el tejido celular que las une dos ó tres tubérculos pequeños del tamaño de un guisante.

§. IV.

Enfermedades del aparato urinario.

131. ¿Qué necesidad hay de repetir aqui en cuanto al aparato urinario lo que se halla escrito en todas partes, á saber; que en los tísicos presenta tubérculos, ora en los riñones, ora en el mismo espesor de las paredes de la vejiga? En los riñones como en los diferentes órganos parenquimatosos rodea por lo general á los tubérculos un tejido muy sano; sin embargo, á veces la sustancia del órgano está roja, reblandecida é inflamada. Hemos visto en una circunstancia, limitada exactamente la sustancia tuberculosa á los conos que no habian conservado mas que la forma.

Esceptuando los tubérculos no hemos observado en el aparato urinario ninguna lesion que se halle en relacion con la tisis, y de que no haya la misma ocasion de hablar cuando se trate de las demas enfermedades. Sin embargo, no debemos dejar pasar en silencio un hecho, que sirve para aclarar la etiología de los tubérculos. En un hombre, que murió en la Caridad en las salas del catedrático M. Fouquier, hallamos una notable alteracion de las vias urinarias: la membrana mucosa de la vejiga presentaba un color negro con numerosas úlceras y notable engrosamiento de los tejidos subyacentes; cerca del cuello habia una abertura al través de la que pasaba la orina para penetrar y permanecer en un saco, donde cabia cuando menos una manzana pequeña: este saco accidental se habia formado en el tejido celular interpuesto entre la vejiga y el recto; su superficie interna se hallaba tapizada por una capa lisa y negruzca, que ofrecia un aspecto del todo semejante á la misma mucosa vesical. Ademas, y este es el hecho en que deseamos fijar mas particularmente la atencion, las paredes del saco de que acabamos de hablar, estaban sembradas de un gran núme-

ro de cuerpos pequeños, blanco-amarillentos, irregularmente redondeados, que se quebrantaban con facilidad entre los dedos, y que presentaban, en una palabra, todos los caracteres de la materia tuberculosa. Aquí el principio de la formación de esta materia fué de un modo manifiesto la acción inflamatoria; pero en cuántos sujetos no han sido seguidas de la producción de los tubérculos semejantes lesiones! Es necesario recurrir también á la predisposición individual para explicar tal diferencia.

§. V.

Enfermedades del aparato locomotor.

132. En los tísicos son poco numerosas. Sin embargo, llamaremos la atención de los observadores sobre la disminución del volúmen, la verdadera atrofia que sufren los músculos en estos enfermos. La decoloración de la fibra carnosa y el adelgazamiento de los haces que la constituyen, están en relación con el estado de la sangre, en el que debe reconocerse *a priori* que la cantidad del suero escede en mucho á la de fibrina y materia colorante. Estos hechos, admitidos generalmente, pueden conducirnos al conocimiento de la verdadera naturaleza de muchas lesiones que presentan los órganos internos en los tísicos. La especie de atrofia que sufren algunos de estos (el corazón y el conducto digestivo en particular), su disminución de consistencia (el corazón, los intestinos, los centros nerviosos) ¿no pueden depender como en los músculos de una simple modificación del acto nutritivo, enlazada con un vicio de la hematosi, sin necesidad de admitir para muchos de tales casos un acto inflamatorio antecedente?

Rara vez hemos encontrado tubérculos en los músculos, y aun en los casos en que los hemos hallado no estaban situados en la misma fibra muscular, sino mas bien en el tejido celular situado ya entre los diferentes músculos, ya entre los haces de uno mismo.

133. Solo en cuatro tísicos hemos visto una alteración notable de los huesos. En dos de ellos parecían ser los tubérculos pulmonares la afección principal; en los otros dos habian solo representado un papel secundario en la producción de los síntomas y la muerte.

XXVI.^a OBSERVACION.

Tubérculos en la tibia.

Un joven de 20 años presentaba todos los síntomas de una tisis pulmonar con existencia de cavernas en los dos pulmones; los ganglios del cuello se hallaban entumecidos y doloridos; la piel que los cubria estaba roja en algunos pinitos. Este enfermo padecia al mismo tiempo una diarrea crónica, y ademas, inmediatamente encima del tobillo interno del lado derecho, tenia una tumefaccion mal circunscrita de la piel, con dos ó tres tumores pequeños fistulosos, de donde salia pus agrisado y fétido. Creia que este último mal reconocia por origen una cox de caballo que habia recibido en la parte inferior de la tibia. Antes de este accidente tuvo síntomas de tisis pulmonar. Al abrir el cadáver se hallaron en los pulmones tubérculos en todos los grados, habiéndolos tambien en los ganglios axilares, cervicales y mesentéricos. En los ganglios de los bronquios no se vió ninguno. La membrana mucosa intestinal estaba ulcerada en una porción de puntos. Se examinó cuidadosamente la parte inferior de la pierna derecha: la piel estaba desprendida en una gran estension encima y alrededor de los malcúlos. El hueso se hallaba en todo comprendido por este desprendimiento denudado de periostio, y presentaba una superficie rugosa y desigual. Ademas en la parte interior de la tibia el hueso aparecia oradado por una cavidad redondeada, donde cabia una nuez; y que contenia una materia de un blanco amarillento, sólida aun en su circunferencia, que se desmenuzaba con la presión de los dedos como la leche cuajada, y transformada en el centro en una papilla blanquecina que parecia compuesta especialmente de dos partes, una mas líquida como serosa, y otra formada de pequeños grumos blancos, y que nadaban en la primera.

Esta observacion presenta un ejemplo notable de tubérculos desarrollados simultáneamente en muchos órganos. Es digna de atención la causa primera, bajo cuya influencia pareció tomar origen la afeccion de la tibia: en efecto, á consecuencia de una violencia exterior se estableció en el hueso un dolor vivo, en el mismo punto donde sufrió la contusion, y empezó á entumecerse el extremo inferior de la pierna; entonces existian ya los tubérculos en los pulmones, de modo que la misma disposicion que habia determinado su produccion en este órgano, y en los ganglios linfáticos de las diversas partes del cuerpo, favoreció tambien su desarrollo en el punto donde momentáneamente se habia establecido un acto de irritacion. Nos parece que nunca debe dejar de recordarse la infinita variedad de fenómenos que puede producir una misma causa, segun la idiosincrasia de los individuos en quienes ejerce su influencia.

XXVII.^a OBSERVACION.

Tubérculos en el cuerpo de las vértebras, y en el sacro.

Un hombre de cosa de 40 años murió en el de 1824 en las salas de M. Fouquier en la Caridad. Los pulmones contenían numerosos tubérculos. Debajo del cuerpo de las últimas vértebras lumbares y del sacro existía una estensa coleccion purulenta, debajo de la que se hallaban desnudados los huesos y puestos á descubierto. En el espesor del cuerpo de las dos últimas vértebras lumbares existian cuatro ó cinco cavidades pequeñas, irregularmente redondeadas, que teniendo todas poco mas ó menos el mismo tamaño; podian admitir una avellana. Unas comunicaban con la coleccion purulenta; otras se hallaban en medio del cuerpo de la vértebra, y no tenian todavia ninguna relacion con el exterior. Cada una de estas cavidades contenia una materia blanca, friable, del todo semejante á la tuberculosa de los ganglios bronquiales. A la parte esterna de los dos primeros agujeros del sacro habia otra cavidad mas considerable que las precedentes, y que solo tenia restos de tubérculos en forma de masas granulosas, suspendidas en medio de una materia purulenta.

La presencia de verdaderos tubérculos en las vértebras es un hecho raro de anatomía patológica, pues á lo menos nó se hallan con frecuencia en el estado de crudeza que permite reconocerlos fácilmente. En la mayor parte de los casos en que hay lo que se llama *caries* de las vértebras (término vago y mal definido), no se encuentra sino su destruccion mas ó menos completa, un reblandecimiento pultáceo de una ó muchas vértebras, y aun varias veces tan solo simples desigualdades ó rugosidades de la superficie exterior de su cuerpo, que se halla privado del periostio y bañado de pus. La siguiente observacion nos ofrece un caso de este último género, notable por su estension, y observado en un individuo cuyos pulmones empezaban á presentar el desarrollo de tubérculos.

XXVIII.^a OBSERVACION.

Coleccion de pus delante del cuerpo de todas las vértebras dorsales y lumbares. Destruccion de su periostio, y alteracion de la capa superficial del hueso.

Un hombre de edad media no presentó, durante su permanencia en el hospital, mas fenómenos morbosos que los correspondientes á la diarrea crónica. Efectivamente, despues de la muerte se hallaron numerosas úlceras en sus intestinos; pero ademas se notó una fesion que estábamos distantes de sospechar: delante y en las partes laterales del cuerpo de las primeras vértebras lumbares y de todas las dorsales, existian tumores recientes, separados unos de otros, y como estrangulados al nivel de cada fibro-cartilago inter-

vertebral por una especie de canales. Cortado cada uno de estos tumores, cuyas paredes se hallaron formadas por una mezcla de tejido fibroso y celular condensado, salió una gran cantidad de pus blanquecino y espeso. El cuerpo de las citadas vértebras estaba despojado de su periostio, y el hueso, en contacto inmediato con el pus, ofrecía una superficie erizada de numerosas asperezas; generalmente tenía un color agrisado, y á mayor profundidad no parecía haber sufrido ninguna alteracion. Todo los fibro-cartilagos inter-vertebrales habian conservado su estado normal. Escepto algunos tubérculos miliares esparcidos en el pareúquima de los pulmones, se hallaban estos órganos sanos.

XXIX.ª OBSERVACION.

Destruccion parcial de muchos huesos; derrame de materia de apariencia tuberculosa en los puntos donde el hueso se hallaba destruido.

Entró en el hospital de la Caridad una mujer de 20 años en un estado muy adelantado de demacracion. Decía tener dolores en el dorso á lo largo de la columna vertebral en diversos puntos de las paredes torácicas, y en los miembros. En las partes laterales del esternon se observaban tumores irregularmente redondeados, que tenían una fluctuacion oscura, y que no ofrecían ni calor, ni cambio de color en la piel. En la cara posterior del antebrazo izquierdo habia otro tumor de la misma naturaleza. Esta mujer tenía calentura continua, y diarrea abundante. Se debilitó mas y mas, y falleció (1).

ABERTURA DEL CADAVER.

Cortados desde luego los tumores de las paredes torácicas se vió correr un líquido blanquecino, purulento, en medio del cual nadaban una porcion de grumos pequeños de un blanco mas mate, y de mayor consistencia; podian tomarse por la materia que llena ordinariamente las escavaciones tuberculosas de los pulmones. Faltaban las tres ó cuatro últimas costillas verdaderas que debían ocupar el fondo de este vasto foco, lleno del referido líquido, habiendo sufrido una verdadera destruccion en el espacio de cuatro traveses de dedo de su longitud. El extremo que habia quedado de estos huesos era fragil, y estaba erizado de asperezas. En medio del líquido habia algunas esquirras huesosas, y en el sitio que debieron ocupar los huesos destruidos se presentaba la pleura separada del pus por una capa de tejido celular condensado y engrosado; la pleura parecia haber conservado su grueso natural.

La cara anterior del esternon, cerca de su articulacion con la clavícula izquierda, estaba cubierta en una estension de tres á cuatro pulgadas en todos sentidos, por una materia purulenta, semejante á la que acabamos de des-

(1) Esta historia, notable tan solo respecto de la anatomia patológica, hubiera ofrecido mayor interés, si en vez de haberla empezado á formar en un periodo tan adelantado, hubiéramos podido notar el tiempo que duraba la enfermedad, sus síntomas antecedentes, su principio y causas.

cribir. Donde quiera que el hueso se hallaba en contacto con el pus, estaba despojado de periostio y muy rugoso.

En la parte posterior, á lo largo de cada canal vertebral, y al nivel de las vértebras lumbares y de las últimas dorsales, existían tumores pequeños con el mismo aspecto que los precedentes. Contenían materia grumosa mas espesa y consistente, como si la tuberculosa se encontrase en ellos menos reblandecida. Las apofisis espinosas se hallaban destruidas en parte, y en su lugar existían fragmentos irregulares, parecidos á los estremos de un hueso fracturado. Las láminas vertebrales estaban rugosas y ásperas al tacto.

En la parte anterior de la misma columna vertebral, desde la estremidad inferior del sacro, hasta la altura de las últimas vértebras cervicales, se manifestaban delante y á los lados del cuerpo de cada vértebra tumores renitentes, cuyas paredes estaban formadas por tejido celular condensado y fibroso en muchos puntos, y los cuales contenían el mismo liquido que los descritos precedentemente. El cuerpo de todas las vértebras, excepto las primeras cervicales, se hallaba del mismo modo que la cara anterior del sacro, erizado de numerosas asperezas; los cartilagos inter-vertebrales, que se habían conservado sanos, se desprendían con facilidad del cuerpo de las vértebras correspondientes.

En la parte inferior de uno de los antebrazos aparecía otro tumor semejante al del pecho, respecto de la forma, de la conservacion del color natural de la piel, y de la naturaleza del liquido que le llenaba. En el espacio correspondiente á este tumor, es decir, en la longitud de tres dedos, habia cesado de existir el rádio, que en la parte superior de la solucion de continuidad terminaba por una estremidad rugosa y desigual, y ofrecia solo en la parte inferior un pequeño fragmento; que se articulaba con los huesos del carpo.

En la palma de la mano derecha habia una alteracion, que se diferenciaba en algo de las precedentes: cerca de la articulacion metacarpo-falangiana del dedo anular se observaba una abertura de bordes redondeados, capaz de admitir un guisante pequeño. Era el orificio esterno de un trayecto fistuloso que se extendía hasta la articulacion, por el que salia un liquido negruzco é inodoro. Se hallaba en parte destruida la estremidad superior de la primer falange del dedo anular. Su superficie ofrecia un gran número de desigualdades, notables por su aspereza; estaba negra, y su aspecto se parecia bastante al de un hueso formado de sustancia esponjosa que se hubiera roto. Esta alteracion se extendía á una pulgada, hallándose sano el hueso en su parte inferior. La estremidad inferior del hueso metacarpiano habia conservado su forma redondeada; estaba lisa y compacta, pero ofrecia un color negro y mucha fragilidad: en medio de este color negro habia tres manchas pequeñas rojas, que parecían resultar de una viva inyeccion vascular de la sustancia huesosa. El cuerpo del hueso se encontraba sano.

Inmediatamente encima de la clavícula izquierda se halló un ganglio linfático grueso, tuberculoso: era el único que estaba en tal estado; pero la totalidad de los ganglios habia aumentado de volumen, y estaba enrojecida. Nada notable se halló en el canal torácico.

La única alteracion que tenían los pulmones consistía en un pequeño número de tubérculos miliares, aglomerados en su vértice. El conducto intestinal estaba enrojecido en diversos puntos de su estension.

§. VI.

Enfermedades del sistema nervioso.

134. El encéfalo y sus dependencias son de los órganos que mas constantemente hemos hallado sanos en los tísicos, ó á lo menos los mas exentos de lesiones apreciables á nuestros sentidos. Este aserto es solo aplicable á los adultos, pues se sabe que en los niños existen con mucha frecuencia tubérculos en el cerebro. Apenas los hemos hallado en los primeros cuatro ó cinco veces entre las numerosas autopsias de tísicos que hemos hecho en el espacio de mas de quince años. En ninguno de los casos que hemos observado, habian dado lugar estos tubérculos á accidentes celebrales. Se hallaban poco desarrollados, y á su alrededor no parecia estar alterada la pulpa nerviosa; todo lo cual prueba, cuando menos, que son raros. En cuanto á las meninges la pia-madre aparece con mucha frecuencia notablemente infiltrada de una serosidad transparente, ó poco turbia, sin que pueda referirse ningun síntoma morboso á esta infiltracion, que se halla en un gran número de individuos de los que mueren de enfermedades crónicas. Si efectivamente se observa en general sano el cerebro de los tísicos despues de la muerte, esta falta de lesion se halla de acuerdo con la ausencia general de síntomas por parte del sistema nervioso, que se advierte en ellos. Las diversas funciones de la vida animal se conservan por lo comun intactas hasta la muerte, ó solo sufren disminucion de energía: sin embargo, en algunos sobreviene delirio varios dias antes del término fatal; pero no nos ofrecen para explicarle ninguna lesion constante, ni el cerebro ni sus dependencias; ya se halla mas inyectada que habitualmente la pia-madre, y presenta la sustancia cortical de la superficie de los hemisferios un tinte rosáceo; ya aparece derramada una notable cantidad de serosidad, bien en los diferentes ventrículos, ó mas bien en la base del cráneo; ya por último hemos hallado el cerebro y sus membranas decoloradas, sin derrame en los ventrículos ni en ningun otro punto, y teniendo la sustancia nerviosa una consistencia regular; en una palabra, sin ninguna lesion que pudiera dar razon del delirio. Nunca debe sin duda dejarse de insistir en multiplicar las investigaciones, que tienen por objeto el referir cada desórden funcional del cerebro á una alteracion apreciable del mismo órgano; ya estos trabajos han dado por fruto los mas brillantes é importantes descubrimientos; pero asegurar que en todos los casos en que hay trastorno de las

funciones del cerebro, debe hallarse necesariamente una lesión de los centros nerviosos, es adoptar una opinion desmentida por numerosos hechos. Ciertamente debe existir esta lesión, pues en sana fisiología no puede admitirse el trastorno de una funcion, sin que se halle alterado el órgano donde se verifica: pero es necesario reconocer que en el sistema nervioso, sobre todo, la alteracion se nos oculta completamente en el mayor número de casos.

Si apartáramos mucho de nuestro objeto, creemos poder referir en este lugar una observacion de un tísico, á propósito para confirmar las aserciones precedentes.

XXX.^a OBSERVACION.

Síntomas de apoplejia con hemiplegia del lado derecho en una mujer atacada de tubérculos pulmonares. Ninguna alteracion apreciable en los centros nerviosos.

Una mujer de treinta y cinco años, vendedora de pescados en la plaza, es el objeto de esta observacion. Tres meses antes de entrar en la Caridad fue acometida de una estincion de la voz que nunca se la corrigió. Cuando se presentó á nuestro exámen parecia predominar la afeccion de la laringe, y podia sospecharse un estado tuberculoso de los pulmones. En los dos meses siguientes no se pronunciaron mas los síntomas de tisis pulmonar. En la tarde del 14 de mayo de 1825, cayó repentinamente y sin causa conocida en un estado comatoso. El 15, á la hora de la visita, ofrecia el siguiente estado: ojos cerrados, fisonomia inmovil; no respondia á las preguntas; cara muy pálida, miembros estendidos, que cuando se elevaban caian como una masa inerte. Se pellizcó fuertemente la piel, sin que la enferma diese indicios de experimentar dolor alguno. En el lado izquierdo al contrario, si se pellizcaba algun miembro le retiraba al punto, y contraía la cara: elevándolos, caian poco á poco y parecian sostenidos por la accion muscular. No era dudosa la existencia de una hemiplegia derecha. El pulso estaba frecuente, la piel caliente. La respiracion era libre; pero pasado el medio dia se trastornó, y sobrevinieron el estertor y la muerte á las once de la noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

(Nueve horas despues de la muerte.)

Las meninges no se hallaron ni mas pálidas ni mas injectadas que lo regular. La pia-madre exterior no estaba infiltrada de serosidad. La sustancia gris de la periferia del cerebro no era sonrosada, y tenia la consistencia ordinaria. La sustancia blanca de los hemisferios presentó solo un corto número de puntos rojos, pero no estaba ingurgitada de una cantidad excesiva de sangre. Los ventriculos laterales contenian serosidad transparente, pero no con

tal abundancia que los distendiese; tambien habia una mediana cantidad del mismo liquido en la base del cráneo. Por lo demas, examinada con el mayor cuidado la sustancia del encéfalo, no ofreció ninguna alteracion á que pudiera referirse la hemiplegia, ni los demas sintomas nerviosos. La médula espinal de la porcion cervical se halló exenta de toda lesion apreciable. Solo existia en el vértice de uno de los pulmones una escavacion tuberculosa poco considerable. En el resto de su estension contenian dichos órganos un gran número de tubérculos miliars, alrededor de los que estaba sano el parenquima. Las cuerdas vocales estaban ulceradas. La membrana mucosa gástrica, que conservaba en toda su estension su consistencia fisiológica, ofrecia hacia el fondo una rubicundez punteada del tamaño de dos duros reunidos. El resto del tubo digestivo presentaba solo en algunos puntos una ligera inyeccion submucosa. El útero, que se elevaba dos dedos por encima del pubis, contenia un feto.

En esta observacion vemos que el cerebro, alterado sin duda en su organizacion de un modo inapreciable; se inhabilitó repentinamente para el cumplimiento de muchas de sus funciones: la hemiplegia demostró, que cualquiera que fuese la alteracion, era mas considerable en un punto que en otro. La muerte en tal caso aconteció como en un gran número de afecciones cerebrales consecutivamente á la cesacion, ó cuando menos al decremento de la influencia nerviosa en la respiracion.

135. En tales circunstancias han muerto los tísicos por el cerebro, y no se ha hallado despues de la muerte ninguna lesion apreciable en este ni en sus dependencias. En otros, cuyo sistema nervioso no habia presentado ningun desórden funcional aparente, hemos hallado por el contrario en el encéfalo una lesion muy notable de sus partes centrales. El cuerpo calloso estaba reblandecido en parte de su estension; pero sobre todo, el septo lucido y la bóveda de tres pilares existian verdaderamente en forma de papilla blanquecina, que se separaba como una sustancia liquida, y dejaba descubierta la membrana corioidea. Este reblandecimiento, ó mas bien esta verdadera licuacion de la bóveda, terminaba en la parte posterior al principio de cada cuerpo frangeado, y por delante en la bifurcacion del pilar anterior, cuyas divisiones podian seguirse como en el estado sano hasta los tubérculos mamilares, que habian conservado su aspecto natural. En uno de estos casos, la sustancia blanca que forma la cubierta exterior de los tálamos ópticos, habia participado del reblandecimiento pultáceo de la bóveda, hallándose destruida en parte, y dejando descubierta la sustancia gris. Otras veces, por último, hemos encontrado en los tísicos reblandecida, licuada y destruida del

mismo modo en muchos puntos la especie de corteza blanca que cubre la sustancia gris interior de los cuernos de ammon.

Repetimos que en estos diferentes individuos no se habia notado ni delirio, ni ningún trastorno aparente de las diversas funciones de la vida animal. Tampoco habian presentado la exaltacion de la sensibilidad de la piel del tronco, designada recientemente por un distinguido observador, el doctor M. Senn de Génova (1), como uno de los signos característicos del reblandecimiento de las partes blancas centrales del cerebro. Podemos afirmarlo con tanta mayor seguridad, cuanto que auscultados y percutidos muchos de estos enfermos pocos dias antes de la muerte, no se nos hubiera escapado tal aumento morboso de sensibilidad.

El reblandecimiento de que acabamos de hablar, no presenta por otra parte bajo el punto de vista anatómico ningún carácter inflamatorio: no se halla ni á su alrededor ni en los puntos donde existe ningún vestigio de inyeccion vascular, nada que pruebe que la sustancia reblandecida está infiltrada de pus, pues conserva su color natural. En una palabra, no hay mas cambio que de consistencia. Un razonamiento fundado en analogias muy admisibles puede conducirnos ciertamente á admitir, que este cambio de consistencia basta para probar la existencia de una inflamacion. Pero tal opinion se apoya solo en probabilidades, y ningún hecho demuestra su exactitud rigurosa. Por nuestra parte nos inclinamos á aproximar el reblandecimiento cerebral particular, de que nos ocupamos en este lugar, á los del corazon, de los músculos de la vida animal y de las paredes del estómago, cuya naturaleza no es un hecho demostrado para nosotros, y que tal vez dependen, como nos lo hemos preguntado sin afirmarlo (113), de la alteracion mas ó menos profunda, que necesariamente debe sufrir en todos los tejidos el gran fenómeno de la nutricion, cuando la sangre no se modifica ó repara convenientemente bajo la influencia de cierto número de enfermedades crónicas. Sea lo que quiera, recojamos los hechos, y no pretendamos interpretarlos prematuramente. Es dar un gran paso en las ciencias el saber suspender el juicio sobre muchos puntos, cuya solucion parece clara despues de haber hecho un estudio superficial.

(1) *Recherches sur la meningite, etc.*

§. VII.

Enfermedades de los órganos genitales.

136. Nos ha parecido que estos órganos se hallan rara vez alterados en los tísicos. Sin embargo, no eluden la ley, por la cual una vez creados los tubérculos en los pulmones, tienden á reproducirse en los demas puntos. Asi es que los hemos encontrado en los testiculos, en las paredes de las vesículas seminales, en el tegido del útero, en los ovarios, y hasta en el espesor de las trompas uterinas. Estos casos son raros, y los órganos genitales en uno y otro sexo deben, á pesar de todo, ser colocados en el número de aquellos que en los tísicos son con menos frecuencia el asiento de la afección tuberculosa.

Por otra parte, no debe creerse que estos órganos pueden hallarse invadidos de tubérculos en el solo caso en que muchas partes lo hayan sido del mismo modo; se ha observado lo contrario: en una mujer de 29 años, cuya trompa uterina derecha era exteriormente de un rojo vivo y de un volúmen considerable, estaba llena de abolladuras, y contenia en sus paredes masas gruesas de materia tuberculosa; habia estensas cavernas en los dos pulmones, aparecieron los intestinos ulcerados, y en ningun otro punto se hallaron tubérculos.

Durante la vida apenas presentan los órganos genitales mas fenómeno digno de notarse que el desarreglo de la menstruacion en las mujeres. Es difícil establecer respecto de esto principio alguno que no esté sujeto á muchas escepciones: hay mujeres, cuyos menstrosos se suspenden desde que empiezan á toser, y otras que continuan teniéndolos hasta una época muy adelantada de la enfermedad. Sin embargo, en el mayor número de casos persisten las reglas por mucho tiempo despues de la aparicion de los primeros síntomas; y solo en la época en que comienzan á reblandecerse los tubérculos, ó en que se establece el movimiento febril, se empiezan á desarreglar, para suspenderse despues definitivamente.

CAPITULO VI.

CURSO Y DURACION DE LOS TUBERCULOS PULMONARES.

137. Portal, Bayle y otros autores han designado ya las numerosas variedades que presenta la tisis con respecto á su curso y duracion. El espacio de dos años nos parece ser su término medio de duracion en los sujetos sometidos á nuestra observacion en los hospitales. Pero fácilmente se concibe que no puede compararse respecto á su curso la tisis pulmonar que invade á los pobres, á los jornaleros, en quienes la falta de los cuidados necesarios tiende á acelerar el término fatal; con la que acomete á las personas acomodadas. En igualdad de las demas circunstancias debe en estas ser de mas larga duracion.

138. Sin embargo, en los hombres tratados en los hospitales es en quienes suele á veces prolongarse la tisis por mucho tiempo, y aun afectar un curso notable por su lentitud absolutamente hablando. Así es que hay muchos enfermos que tosen desde bastantes años antes, cuando se someten por la primera vez á nuestro exámen. Las hemotisis abundantes que han experimentado, y la dificultad de respirar á que constantemente han estado sujetos desde una época muy remota á la en que refieren el principio de su tos, el estado valetudinario habitual que han conservado desde la misma época, todo parece indicar que hace mucho tiempo existen en ellos los tubérculos pulmonares cuya presencia demuestra la abertura del cadáver. Probablemente se han aumentado estos tubérculos en número y volumen con mucha lentitud; ninguna complicacion ha apresurado su curso, y sobre todo á causa de una feliz disposicion del sujeto, no han producido á su vez una reaccion temible en ningun órgano importante; de lo que se origina la larga ausencia, ó cuando menos la benignidad de los sintomas, bien locales, bien generales. Tal era, por ejemplo, el caso de un viejo de setenta y seis años de edad, que tosia y espectoraba algunas veces sangre hacia ya treinta años, y en el que mediante la necropsia comprobamos la existencia de tisis tuberculosa.

139. Otras veces, por el contrario, afecta la tisis pulmonar un curso muy rápido, y entonces puede considerarse verdadera-

mente como una afeccion aguda. Pero aun en este caso se presentan muchas formas que vamos á indicar sucesivamente.

140. La tisis puede manifestarse con sus síntomas habituales, y sucederse estos síntomas con una rapidez admirable. En tal circunstancia debe establecerse una subdivision: ó la enfermedad es aguda desde su principio, ó por el contrario adquiere esta agudeza en un periodo mas ó menos adelantado. Citaremos ejemplos de esta primer forma de la tisis aguda y de sus dos variedades.

XXXI.ª OBSERVACION.

Tisis pulmonar aguda; muerto á las tres semanas.

Entró en la Caridad un jóven con síntomas de enteritis aguda, que cedió pronto á la dieta y al uso de tisanas diluyentes. Hasta entonces no habia presentado ningun síntoma que pudiera hacer sospechar la existencia de tubérculos pulmonares. Al tiempo de ir á salir del hospital se resfrió, y á los pocos dias apareció la calentura, el enflaquecimiento y la alteracion de la fisonomia. Tres semanas despues de sufrir la tos le sobrevinieron sudores abundantes, como los que existen en el último periodo de la tisis; llegó al último grado de marasmo, y se percibian pectoriloquia evidente y gorgoteo debajo de la clavícula derecha. Murió á la cuarta semana. En el lóbulo superior del pulmon derecho habia una estensa caverna.

XXXII.ª OBSERVACION.

Tisis pulmonar aguda; muerto á las cinco semanas.

Un quinquillero de 18 años de edad habia disfrutado de buena salud hasta principios de marzo de 1822; antes de esta época no habia nunca tosido, ni expectorado sangre, ni sentido molestia en la respiracion; solo alguna vez habia experimentado dolores entre la clavícula izquierda y la tetilla del mismo lado. Hacia el 6 de marzo se resfrió. El 15 del mismo mes tuvo opresion y disminucion notable de las fuerzas, reapareciendo el dolor debajo de la clavícula izquierda: se le aplicaron un gran número de sanguijuelas á este punto, y un vegigatorio al brazo. Sin embargo, se agravó el estado del enfermo de dia en dia, y entró en la Caridad el 1.º de abril. En esta época habia calentura héctica bien caracterizada, esputos purulentos, gorgoteo fuerte en toda la parte anterior del lado derecho del torax, y diarrea desde algunos dias antes (*liquen, cocimiento blanco*). Muerte el 16 de abril, unas cinco semanas despues de la aparicion de la tos. El pulmon izquierdo estaba lleno de escavaciones tuberculosas.

XXXIII.ª OBSERVACION.

Tubérculos pulmonares que en muchos años solo habían dado lugar á los síntomas de la tisis en el primer grado. Formacion rápida de una caverna, y muerte en once dias.

Un hombre de edad de 30 años no presentó, cuando entró en el hospital, mas que los síntomas de un catarro pulmonar poco intenso. A pesar de haber tenido desde la edad de 15 años muchas hemotisis ligeras, carecia de calentura, y conservaba bastante robustez. Nada nos indicaron la percusion y la auscultacion en los diez primeros dias. Pasado este tiempo arrojó por primera vez esputos estriados, que M. Lermnier consideró como formados por una mezcla de materia tuberculosa y moco. En el mismo dia se reconoció mediante la auscultacion un gorgoteo muy pronunciado debajo de la clavícula derecha. Parecia, pues, que desde la vispera se habia abierto paso un tuberculo al través de los bronquios. Al otro dia por la mañana era aun mas caracteristica la expectoracion, y la pectoriloquia que habia reemplazado al gorgoteo anunciaba que la caverna se habia vaciado en parte. Durante los ocho dias siguientes percibimos sucesivamente en muchos puntos al rededor y encima de la caverna principal un gorgoteo que nos anunció el reblandecimiento de otros tubérculos y su comunicacion, ora con los tubos bronquiales, ora con la primera escavacion. El enfermo, que hasta entonces habia conservado su robustez y fuerzas, enflaqueció con notable rapidez, y murió á los once dias de haberse reconocido la existencia de una caverna por medio de la auscultacion. En el vértice del pulmon izquierdo se halló una escavacion tuberculosa, en la que se abrian otras pequeñas cavidades anfractuosas.

141. Repetidas veces hemos visto tisis pulmonares que tenían un curso mas ó menos lento, las cuales de pronto se han hecho agudas consecutivamente á una pulmonía intereurrente, á una copiosa hemotisis, y aun á causa de una inflamacion aguda del estómago, ó de cualquier otro órgano. La edad critica de las mujeres es tambien una época en que muchas veces la tisis pulmonar, que hasta entonces se habia anunciado por síntomas poco graves y mal delineados, cambia repentinamente de carácter, y afecta un curso agudo. En efecto, despues del periodo de la vida de diez y ocho á treinta años, designado por Hipócrates como aquel en que la tisis es mas comun, nos parece que en las mujeres es la edad critica, la época en que arrebatá mas víctimas, bien sea que entonces adquiriera un grado temible de agudeza, cuando se ha manifestado desde mucho tiempo antes, bien que en tal época empieze á presentarse en mujeres, que por su constitucion parecen haber tenido solo predis-

posicion á padecerla, ó bien que se manifieste en las que hasta el tiempo del periodo que nos ocupa nada hacia temer su invasion.

142. Otra forma de tisis aguda es aquella en que no solo son los síntomas que produce notables como en la precedente por su rápida sucesion, sino tambien por no ser los mismos que caracterizan ordinariamente la presencia de los tubérculos en el pulmon.

Hemos visto sugetos, que teniendo por mucho tiempo una tos ligera, han sido acometidos de repente de calos-frios, seguidos de calentura continua muy fuerte, con opresion considerable, y dolor vivo á veces en uno de los puntos del torax, particularmente debajo de una de las clavículas. Estos síntomas parecian pertenecer con especialidad á una pulmonia ó á una pleuresia. Muchos de los sugetos que los han presentado han muerto rápidamente, y hemos hallado ya en el vértice del pulmon, ya en otro punto de este órgano, una masa tuberculosa gruesa, mas ó menos completamente reblandecida; pero que no se comunicaba todavia con los brónquios. Probablemente existia ya en estos sugetos la masa tuberculosa en estado de crudeza desde un tiempo mas ó menos largo. La agudeza de los accidentes debió depender de su repentino reblandecimiento. En otros sugetos, despues de haberse manifestado desde luego accidentes análogos con la misma intensidad, se han calmado, recobrando la tisis su curso ordinario.

Otras veces el desarrollo rápido y simultáneo de una gran cantidad de tubérculos miliares en los pulmones, se anuncia solo por una sofocacion cada vez mayor, por una especie de asma agudo. Ya hemos citado una observacion de esta especie, á la que nos remitimos (46).

143. Hay, por último, enfermos en quienes el rápido desarrollo de los tubérculos pulmonares no se anuncia por ningun síntoma local. Tienen tos ligera con expectoracion catarral ó ninguna. Es notable que la respiracion no parezca dificultada, que percutiendo el pecho se halle sonoro en todos los puntos, y que por medio de la auscultacion se perciba el ruido respiratorio grande y sonoro en toda la estension del torax. Sin embargo, hay calentura continua con sudores copiosos todas las noches; enflaquece rápidamente el enfermo, y en poco tiempo llega al último grado de marasmo, sucumbiendo muchas veces antes que la alteracion del pulmon se haya hecho mas manifiesta. En semejantes casos la consideracion aislada de los síntomas conduciria á admitir la existencia de una calentura héctica esencial, de un marasmo nervioso ó *sin materia*, como decian los antiguos; pero la inspeccion cadavérica demuestra la existencia de

un gran número de tubérculos pequeños y crudos, desarrollados en el parenquima pulmonar. El estado muy sano de este entre los tubérculos da la razón por qué la percusión y la auscultación no proporcionan ningún dato. La rápida multiplicación de los tubérculos explica suficientemente la calentura, la alteración profunda de la nutrición, y la prontitud de la muerte. Pero ¿por qué en este caso se conserva libre la respiración, cuando en otros absolutamente semejantes respecto de la naturaleza de la alteración y rapidez de su desarrollo es la disnea el síntoma predominante? Sin duda es muy difícil de explicar esta gran diferencia de fenómenos producidos por la misma causa, y que es un hecho en cierto modo primitivo que hallamos sin cesar en el estudio de las enfermedades, y del que deduciremos uno de los principios más importantes en patología, que verdaderamente sirve de apoyo á todo el arte del diagnóstico, á saber: que de una misma lesión pueden resultar los síntomas más variados, según los individuos en que se manifieste, aunque las demás circunstancias sean iguales. No podemos explicar esta inconsistencia de relación entre la causa y el efecto, sino invocando la predisposición individual, la idiosincrasia.

144. La larga duración de la tisis pulmonar depende con frecuencia de que afecta un curso intermitente: de tiempo en tiempo se ven desaparecer más ó menos completamente los síntomas que la anuncian, luego vuelven á manifestarse para aliviarse de nuevo, reproducirse en seguida, y así sucesivamente. Así pues esta enfermedad nos ofrece un ejemplo bien comprobado de una lesión constante, que en razón de circunstancias más ó menos apreciables, da tan solo lugar á síntomas intermitentes. Parece que durante la suspensión completa ó incompleta de los síntomas se conservan los tubérculos estacionarios en su desarrollo, y que en virtud de una especie de hábito no se irrita por su presencia el parenquima pulmonar, á la manera que otros órganos soportan la presencia de un cuerpo extraño sin trastorno de sus funciones. Pudiera preguntarse qué prueba hay de que en el estado, que nosotros llamamos estacionario de los tubérculos, existen estos realmente en el pulmón; pues la mayor parte de los síntomas de la tisis pulmonar son á veces producidos por una simple bronquitis. Desde luego podemos asegurar que cuando esta simula la tisis tuberculosa es de larga duración y continua, al paso que la frecuente reproducción de catarros pulmonares persistiendo cada uno poco tiempo, depende la mayor parte de las veces de la presencia de tubérculos en los pulmones. Si se replicase que tales bronquitis no se suspenden de esta suerte sino en tanto que no hay

todavía formación de tubérculos, y que una vez que estos existen se hacen continuas, nosotros invocariamos pruebas mas directas, y para demostrar la posibilidad de suspenderse el curso de la tisis en sus diversos grados recurriríamos: 1.º á la abertura de los cadáveres: 2.º á signos que pertenecen de un modo tan característico á dicha enfermedad que de su sola existencia podemos concluir de un modo cierto que el pulmon contiene tubérculos.

1.º Pruebas que se obtienen por la abertura de los cadáveres.

XXXIV.ª OBSERVACION.

Muchas bronquitis precedidas ó no de hemotisis; en los intervalos ningun sintoma por parte de los órganos respiratorios mas que una ligera disnea. Cesacion completa de la tos muchos meses antes de la muerte. Tubérculos pulmonares.

Un pasamanero de 29 años de edad, que siempre habia sido flaco y de constitucion débil, fué acometido á los 24 años de una abundante hemotisis que cesó á los quince ó veinte dias. Por el espacio de seis meses continuó el enfermo con tos, y enflaqueció mas y mas; se le hicieron muchas sangrias, y se le cubrió de vejigatorios. Proximamente al año tuvo una segunda hemotisis, y volvió á aparecer de nuevo la bronquitis, que duró todo el invierno, cesando en la primavera.

Al cabo de este tiempo disminuyó primero la tos y en seguida cesó, reaparecieron las fuerzas, el enfermo volvió casi al mismo estado en que se hallaba antes del catarro, como él decia, y se entregó á sus ocupaciones. Pasaron dos años sin que por parte del pecho se presentara ningun nuevo accidente: tan solo la respiracion era habitualmente un poco fatigosa, y el sistema muscular tenia poca energia. Despues de cumplir el enfermo 28 años contrajo un nuevo catarro, que sin empezar como los precedentes por una hemotisis, duró de cuatro á cinco meses, cesando en seguida tambien y tan cumplidamente como los otros.

En los ocho meses que precedieron á la entrada del enfermo en la Caridad no tuvo tos, la respiracion se conservaba bastante libre, y nada indicaba un estado morbozo de los órganos torácicos. Finalmente, le invadió una gastro-enteritis aguda poco intensa; entró en el hospital, y entonces nos dió los precedentes detalles. Desde que apareció la afeccion abdominal volvió á toser; pero la tos era ligera, y parecia tan solo un sintoma secundario. La auscultacion permitia oír el ruido respiratorio limpio en todos los puntos, pero muy fuerte (*Sanguijuelas al ano, tisana de cebada*). En los tres dias siguientes; persistencia de la calentura, de la rubicundez de la lengua, de la sensibilidad epigástrica y de la diarrea; posteriormente presentó de repente el abdomen un dolor que exasperaba la menor presion, y se puso duro, tenso y entumecido; la cara se volvió pálida y contraída; el pulso adquirió una estremada frecuencia, y sobrevinieron vómitos continuos; estos sintomas de peritonitis se aumentaron mas y mas, y condujeron al enfermo al sepulcro á los cinco dias de su aparicion. La inspeccion cadavérica manifestó en los dos pulmones numerosos tubérculos muy pequeños, blancos ó agrisados,

á quienes rodeaba un parenquima muy sano. Derrame sero-purulento en el peritoneo; inyeccion arborescente de la membrana mucosa del estómago en su porcion esplénica, de la cuarta parte inferior de los intestinos delgados y del ciego; algunas pustulas rojizas con ulceracion del vértice de una de ellas, un poco por encima de la válvula ileo-cecal.

Es evidente que en este caso existian los tubérculos en el pulmon antes que apareciera la enfermedad abdominal aguda, de que murió el enfermo; sin embargo hacia algunos meses que no tosia, y aunque de una constitucion débil, disfrutaba de buena salud. Es probable que los tubérculos empezasen á desarrollarse en los pulmones de este sugeto casi en la época en que se manifestó la primera hemotisis; tambien es factible que cada vez que tendian á multiplicarse, y que adquiria actividad la accion que los habia dado origen, reapareciesen la tos, los esputos de sangre y los demas síntomas de la tisis pulmonar, desapareciendo cuando la accion de formarse los tubérculos permanecia estacionaria. Ademas la auscultacion no podia en este caso procurar ningun dato en razon de la naturaleza de los tubérculos. Sin embargo observemos que la gran intensidad del ruido respiratorio anunciaba un obstáculo cualquiera á la libre entrada del aire en las vesículas pulmonares.

2.º *Pruebas que se obtienen por los signos deducidos de la auscultacion.*

Aun en los casos que se hallan ya establecidas cavernas en el parenquima del pulmon puede suspenderse tambien por un tiempo mas ó menos largo el curso de la tisis, y desaparecer los síntomas generales, verificándose de este modo que un individuo que tiene escavaciones en aquel órgano vuelve momentáneamente á un estado de salud bastante bueno. Asi lo hemos observado en algunos casos en que nos habia anunciado la existencia de una caverna en uno ú otro pulmon un gorgoteo muy pronunciado y exactamente circunscrito, presentándose ademas en alto grado los demas síntomas de la tisis pulmonar. Al cabo de cierto tiempo desaparecia poco á poco el gorgoteo, reemplazándole una especie de soplo muy pronunciado en cada movimiento inspiratorio, como si durante cada uno de estos penetrase por un orificio estrecho en una cavidad ancha una masa de aire bastante considerable. Donde se oia el soplo habia pectorilóquia evidente. Por otra parte tales fenómenos no dependian de una induracion pulmonar, pues percutiendo el pe-

cho resonaba bien y con igualdad en todos los puntos. Al mismo tiempo que se manifestaban estos nuevos fenómenos, la tos se hacía mas rara, cesaba el movimiento febril, perdía su aspecto purulento la expectoración, se restablecían las fuerzas y la gordura. ¿Qué era pues lo que sucedía en el pulmon?

Creemos deber admitir con Laennec que revestidas las paredes de las cavernas por una membrana fibrosa ó cartilaginosa habian cesado de segregar pus, constituyendo uno de los casos en que se aclara admirablemente el diagnóstico por el método de la auscultacion. Si cesan al mismo tiempo los síntomas de la tisis, deduciremos como consecuencia que en el resto del pulmon deben existir pocos ó ningun tubérculo. Pero en la mayor parte de los casos de este género la curacion de la tisis es solo momentánea, pues no se halla destruida la predisposicion que produjo los tubérculos, y es de temer que mas adelante los vuelva á producir, ó dé un nuevo grado de actividad á la tos que ya existe. Esto es en efecto lo que casi siempre se observa. Volveremos á ocuparnos de ello al hablar de la terminacion, no pudiendo al presente dispensarnos de indicar la tendencia de ciertas cavernas á la cicatrizacion, como una de las causas bajo cuya influencia puede la tisis pulmonar retrogradar y aun suspenderse por un tiempo mas ó menos largo cuando ha llegado ya á su último grado.

143. Muchas causas evidentes contribuyen á que cese el estado estacionario de los tubérculos pulmonares. Las principales son las enfermedades que invaden el pulmon, y aun otros órganos. A consecuencia de una pulmonía, por ejemplo, vemos hacerse manifiestos y caminar con una funesta rapidez los tubérculos pulmonares que hasta entonces no habian dado pruebas de su existencia sino por signos muy equívocos. Así muchas veces basta la mas ligera bronquitis para despertar en cierto modo la accion del desarrollo de los tubérculos, é imprimirla un grado extraordinario de actividad. Muchos individuos parece que llevan el gérmen de una tisis pulmonar que se anuncia solo por síntomas poco graves, y no hace progresos sensibles: sobreviene una calentura eruptiva, se presenta una inflamacion gastro-intestinal, y en consecuencia de estas enfermedades se declaran los síntomas mas pronunciados de la tisis. Ya hemos insistido en muchos de estos casos, por lo cual nos limitaremos á reasumirlos en este lugar.

Se ha dicho que bajo la influencia del embarazo se conservan generalmente estacionarios los tubérculos del pulmon: este hecho que nos hallamos lejos de negar, no está de acuerdo con lo que hemos notado en nueve mujeres, que de un modo evi-

dente se encontraban tísicas y ademas embarazadas. En cinco no nos pareció que la afeccion del pulmon se modificase en bien ni en mal por el embarazo; en las otras cuatro la tisis que se hallaba poco adelantada cuando se manifestaron los primeros signos de preñez, llegó á su último término mientras duró esta: dos de las últimas murieron antes de parir, las otras dos poco tiempo despues. Por lo demas no pretendemos deducir una conclusion general de este corto número de hechos particulares (1).

(1) Despues de escrito esto en la primera edicion de nuestra clinica, nos hemos podido convencer por observaciones mas multiplicadas de que en el mayor número de casos se suspenden, ó cuando menos se conservan estacionarios los sintomas de la tisis durante el curso del embarazo; pero apenas termina este, la afeccion pulmonar recobra repentinamente una actividad de las mas notables, y las enfermas sucumben rápidamente. Sin embargo, entre los hechos observados recientemente hay algunos que confirman las aserciones contenidas en el párrafo á que se refiere la presente nota. En efecto, poseemos la observacion de una mujer, cuyo padre murió tísico, y que se habia conservado simplemente delicada y predispuesta á resfriarse hasta la edad de 23 años, época en que se hizo embarazada. Llegó sin accidente hasta el cuarto mes de preñez, y entonces fué acometida de una copiosa hemotisis, que se reprodujo muchas veces hasta el momento del parto. Apenas terminó este, sobrevinieron de nuevo espustos de sangre, se presentó una calentura ardiente, y se desarrollaron todos los signos de la tisis pulmonar mas aguda, cesando de existir la enferma á los diez y ocho dias del alumbramiento.

CAPITULO IV.

CICATRIZACION DE LAS ESCAVACIONES TUBERCULOSAS DEL PULMON.

146. Una vez desarrollados los tubérculos en el parénquima pulmonar, tienden en el mayor número de casos á reblanquearse y abrirse paso al través de los bronquios, dejando en el lugar que ocupaban una escavacion mas ó menos considerable, que se agranda reuniéndose con otras semejantes. Por lo regular estas cavidades no ofrecen indicio alguno de tender á la aproximacion de sus paredes; la secrecion purulenta que se verifica en ellas es para los enfermos una poderosa causa de aniquilamiento, y su presencia en el parénquima pulmonar produce la muerte al cabo de un tiempo de variable duracion. Tal es el caso mas comun, el que ha sido tambien descrito por muchos escritores modernos, y sobre el que por consiguiente creemos supérfluo insistir. Pero en estos últimos tiempos ha manifestado Laennec que las escavaciones tuberculosas del pulmon son susceptibles de curarse mediante una cicatrizacion mas ó menos análoga á la que presentan muchos abscesos, úlceras ú otras soluciones de continuidad. Sin embargo, á pesar de las preciosas observaciones publicadas sobre este objeto por Laennec, muchos médicos han negado la realidad de la cicatrizacion de las cavernas pulmonares, ó cuando ménos la han colocado entre los fenómenos no comprobados suficientemente. Nos parece pues útil dar á conocer el resultado de nuestras observaciones acerca de este punto. Citaremos desde luego algunos hechos particulares, y en seguida procuraremos darles la interpretacion que nos parezca mas justa. Cualquiera que sea esta última, los hechos no serán perdidos para la ciencia.

A. Una mujer de cerca de 50 años murió con todos los síntomas de una tisis pulmonar. Los lóbulos superior y medio del pulmon derecho presentaban una induracion roja con mezcla de coloracion negra en forma de puntos, manchas ó líneas sinuosas. En medio de este tegido endurecido habia algunos tubérculos crudos y poco voluminosos; ademas existian cinco ó seis cavidades grandes, llenas de pus grumoso, que probablemente provenian del reblanqueamiento y evacuacion de masas tuberculosas. El pulmon izquierdo parecia sano á primera vista en toda su estension, sin embargo en su mismo vértice, en un espacio que apenas seria del tamaño de una nuez, se observaba esteriormente un color negro, una dureza y un ensogimiento manifestado. Caminaban hácia este punto dos bronquios gruesos, y se abrian en una pequeña

cavidad oblonga, de paredes lisas, y en la que apenas cabia una avellana. La superficie interna de esta cavidad llena de un liquido como seroso, estaba cubierta por una membrana densa, celulo-fibrosa, al rededor de la cual el parenquima pulmonar aparecia negro y duro como hemos indicado: inmediatamente encima de la misma membrana existia el encogimiento visible al exterior.

La cavidad que acabamos de describir, parece ser el resto de otra mayor, como concurren á probarlo: 1.º la especie de depresion que habia sufrido el pulmon encima de ella: 2.º la falta manifiesta de relacion que existia entre el diámetro de la cavidad, y el de los bronquios que en ella se abrian. Observemos ademas que esta cavidad se hallaba situada donde se encuentran por lo regular las escavaciones tuberculosas.

B. Los dos pulmones de un hombre de 52 años contenian un gran número de tubérculos crudos ó reblandecidos; el vértice del derecho estaba negro, duro y frunció esteriormente. Haciendo una incision hallamos á algunas lineas de su periferia una cavidad irregularmente redondeada, donde cabia una nuez, y que se comunicaba por un corto trayecto fistuloso con otra mas pequeña y atravesada por una brida. Una y otra se hallaban llenas de una especie de serosidad rojiza. Alrededor de estas cavidades, y en la estension de algunas lineas, existia un tejido blanco, homogéneo, verdaderamente cartilaginoso, que contribuia á formar sus paredes, las cuales ademas estaban tapizadas por una membrana muy fina y delgada. Lo mas notable sobre todo es que hácia el tejido cartilaginoso se dirigian tres bronquios gruesos, y que al llegar á él se obliteraban de repente, pareciendo que se confundian con el mismo. Un cuarto bronquio, al encontrarse al nivel de las cavidades, disminuia de volumen, y quedaba formado por un pequeño conducto que se abria en la mayor de ellas, pareciendo en cierto modo que el resto se perdia en el tejido cartilaginoso accidental.

En este caso hallamos las mismas circunstancias que en la observacion precedente, y ademas una disposicion anfractuosa de las cavidades, como la de la mayor parte de las escavaciones tuberculosas, un tejido cartilaginoso de nueva formacion desarrollado entre ellas, y lo que es mas, y constituye una circunstancia importante, cuatro tubos bronquiales de un diámetro notable, que convergian hácia dos cavidades pequeñas, y se obliteraban en gran parte en el tejido cartilaginoso que las rodeaba. ¿No será pues muy probable que en una época mas ó menos lejana de aquella en que examinamos los pulmones, comunicasen todos los bronquios con una ó muchas cavidades que habrian disminuido poco á poco, dejando como vestigios de

su existencia : 1.º las dos pequeñas cavidades descritas; y 2.º un tejido cartilaginoso de nueva formacion ?

C. Murió de una pulmonia aguda un hombre de 40 años. La mayor parte de su pulmon derecho se hallaba en estado de infiltracion purulenta. Hacia la parte superior del lóbulo inferior del mismo habia un sitio en que el parenquima pulmonar se hallaba reemplazado por un tejido blanco, de apariencia fibro-cartilaginosa. Este tejido accidental ocupaba un espacio oblongo, cuyo mayor diametro se dirigia perpendicularmente al ege del cuerpo; tendria unas dos pulgadas y media de longitud por dos de latitud; por todas partes se continuaba con el tejido del pulmon de un modo intimo, excepto en un punto donde se hallaba separado por una cavidad pequeña, oval, que ocupaba menos espacio que el tejido accidental, y estaba llena de materia purulenta. A este punto del pulmon se dirigia un bronquio grueso, que provenia casi directamente del tronco bronquial principal del lóbulo inferior del pulmon derecho. Al llegar este bronquio á la masa cartilaginosa desaparecia en parte, y por el resto del conducto que presentaba, estaba en comunicacion con la pequeña cavidad interpuesta entre el tejido cartilaginoso y una parte del parenquima pulmonar. En el resto de los pulmones no habia vestigios de tubérculos.

Es presumible que si hubiera vivido mas tiempo este enfermo, la masa cartilaginosa hubiera llegado á invadir toda la cavidad llena de pus, de la cual probablemente encontramos solo un resto.

D. En otro individuo, cuyos pulmones contenian tubérculos en diversos grados, hemos hallado efectivamente en uno de los lóbulos superiores una produccion tambien de naturaleza cartilaginosa; pero sin ningún vestigio de cavidad ni alrededor de ella (C), ni en su centro (B). El mayor diametro de esta produccion tenia la direccion de la altura del pulmon, y ofrecia tres pulgadas de largo, y cinco ó seis líneas de ancho. Un bronquio grueso que terminaba en esta masa cartilaginosa se confundia con ella, obliterándose de repente.

En este último caso la disposicion del bronquio es el único indicio que puede conducirnos á admitir que habia existido una cavidad, donde al presente hallamos solo una masa cartilaginosa.

E. En vez de una masa cartilaginosa hemos hallado en un caso tan solo una simple linea, una especie de interseccion fibrosa, y en otro una especie de lamina de la misma naturaleza, terminando igualmente en dichos puntos

muchos bronquios considerables: estos al llegar al sitio donde existia el tejido accidental, se obliteraban y confundian con él.

Uno y otro caso se comprenden en el precedente (D). La única diferencia es la forma de la produccion accidental.

F. En pulmones que ofrecian muchos vestigios de inflamacion crónica con ó sin existencia de tubérculos, hemos hallado masas ó intersecciones celulo-fibrosas, fibrosas ó cartilaginosas en todo semejantes á las que acabamos de citar; pero que se diferenciaban notablemente de las mismas en la ausencia de ramos bronquiales que se confundiesen con ellas. Cuando falta esta última circunstancia, no pueden deducirse las mismas conclusiones de la presencia de tales producciones accidentales; nada inclina á pensar que ocupen entonces el lugar de una cavidad, y puede admitirse que se forman de un modo primitivo, como el tubérculo ó la melanosis. En los pulmones de los caballos hemos encontrado alguna vez semejantes masas fibrosas ó cartilaginosas, no demostrándonos, ni aun haciéndonos sospechar signo alguno que hubiesen reemplazado á una cavidad. Por otra parte en muchos casos tales producciones tienen un asiento, que es fácil de determinar en el hombre, y aun mas bien en el caballo: no se hallan por lo regular colocadas en el parenquima mismo de los lobulillos pulmonares, sino en el tejido celular interlobular. En este puede hasta seguirse su formacion gradual. Asi en algunos casos se encuentra simplemente condensado el tejido celular, siendo entonces mas denso, mas aparente que en el estado normal, y hallándose separados unos de otros los lobulillos pulmonares por intersecciones blancas ó grises. En otro grado presentan estas intersecciones un aspecto manifiestamente fibroso; y por último, otras veces se ensanchan mas y mas, y de simples lineas que eran al principio, llegan á constituir poco á poco masas regulares, fibrosas ó cartilaginosas que comprimen entonces los lobulillos pulmonares.

G. Un hombre de 24 años, que parecia estar tísico en el último grado, murió á los dos dias de su entrada en el hospital.

Los dos pulmones estaban llenos de tubérculos crudos ó reblandecidos. Además el vértice del pulmon derecho estaba duro y rugoso al exterior, como deprimido. Hecha una incision en este punto, su tejido presentó muchas masas negras, en el centro de las cuales habia tubérculos de consistencia gredosa. De diferentes puntos convergian hácia este algunos bronquios, y en el sitio en que penetraban en la sustancia de la melanosis, se estrechaba repentinamente su calibre, desaparecia su cavidad, y parecia que se transformaban en cordones ligamentosos.

En este caso como en los precedentes vemos que se terminan de repente por la obliteracion de su cavidad tubos bronquiales gruesos en porciones del pulmon, que son impermeables al aire mucho tiempo antes. Pero en vez de producciones cartilaginosas, solo hallamos algunos tubérculos cretáceos con induracion negra á su alrededor. En otro artículo hemos dicho

cómo puede considerarse esta especie de tubérculo: entonces hemos enumerado muchos hechos que nos movieron á admitir que su existencia anunciaba en gran número de casos la disminución del volumen de los tubérculos, ó cuando menos un período estacionario de estos cuerpos. ¿La coincidencia que aquí observamos entre la repentina obliteracion de los tubos bronquiales y la existencia de las concreciones cretáceas, no robustece tambien nuestra opinion acerca de la naturaleza de estas, opinion de que participa tambien Laennec?

H. En una mujer de 50 años hemos hallado las siguientes lesiones en los pulmones.

Pulmon derecho. Un bronquio grueso que provenia casi directamente de la principal division bronquial de este lado, se abría en una pequeña cavidad situada en el lóbulo superior. Esta cavidad de paredes delgadas, transparente, de una textura casi análoga á la de las paredes bronquiales, se hallaba ocupada por una concrecion cartilaginosa, herizada de asperezas, y libre de toda adherencia. Tal masa de cartilagos es muy probable que estuviese unida al principio al parenquima pulmonar, del que se separaria mas adelante. Tal vez con el tiempo hubiera podido ser arrojada con la expectoracion, dando lugar á que se aproximasen las paredes de la cavidad que la contenia.

En el mismo vértice del pulmon de que nos ocupamos, en medio de un tejido muy duro y de un gris parduzco, existian dos cavidades pequeñas, cada una de las cuales podia contener una avellana, que se comunicaban por un trayecto fistuloso corto, y estaban atravesadas en diferentes sentidos por bridas delgadas y rojizas. Sus paredes se hallaban tapizadas por una membrana muy fina, rojiza como las bridas, y de aspecto celulo-seroso. Una de las cavidades comunicaba con un bronquio grueso. En el vértice del mismo pulmon habia arrugas, y una depresion manifiesta.

Pulmon izquierdo. El lóbulo superior estaba tambien endurecido con mezcla de coloracion gris, parda y negra. En él existia una produccion cartilaginosa oblonga, y bastante semejante por su forma y tamaño á la descrita precedentemente (D). Llegaba hasta ella un bronquio que se obliteraba repentinamente. Próxima á esta produccion habia una cavidad pequeña, redondeada, cuyas paredes formadas por una membrana cartilaginosa, tenian muchas líneas de grueso; se abría en ella un bronquio de considerable calibre. En el mismo vértice de este lóbulo habia un bronquio considerable, sin salida, en medio de un tejido endurecido, y sin ninguna otra produccion accidental. ¿Existiria en este punto una simple dilatacion de un bronquio?

Por último, en lo interior del pulmon izquierdo existian esparcidas muchas masas redondeadas pequeñas, de naturaleza cartilaginosa, y que no tenian con los bronquios ninguna conexion aparente.

Este último caso es notable porque nos parece presenta

reunidas la mayor parte de las lesiones contenidas por separado en cada una de las observaciones precedentes; además ofrece la existencia de una concrecion cartilaginosa libre, en medio de una cavidad donde se abría un bronquio.

De la reunion de los hechos que acabamos de citar, nos parece deducirse que pueden disminuir de un modo notable, y aun obliterarse completamente, las cavidades accidentales mayores ó menores que hayan existido en cierta época en el parenquima pulmonar:

Laennec ha descrito bien las circunstancias de esta obliteracion, siendo respecto á este punto nuestras observaciones confirmativas tan solo de las suyas. Una vez bien probada la obliteracion de dichas cavidades, puede preguntarse si son con efecto escavaciones tuberculosas. A esta cuestion es lícito responder afirmativamente: 1.º porque generalmente las únicas cavidades que se hallan en el parenquima pulmonar son resultado del reblandecimiento de los tubérculos: 2.º porque casi en todos los casos, en que hemos hallado indicios de disminucion ú obliteracion de una cavidad, habia al mismo tiempo tubérculos, ya en el mismo pulmon, ya en el otro (A): 3.º finalmente, porque cuando no se hallan estos últimos, hay tal vez una razon mas para admitir mayor facilidad de obliterarse una escavacion tuberculosa preexistente. En efecto, se concibe que esta debe tender naturalmente á cesar en la secrecion de pus (cesacion, que es la primera circunstancia indispensable para la cicatrizacion) cuando parece que deja de obrar, ó á lo menos no manifiesta su accion mediante la formacion de nuevas producciones morbosas, la causa que produjo el tubérculo á que sucedió la cavidad. Es por otra parte incontestable que en ciertos casos se ha hallado un solo tubérculo en la totalidad de los pulmones. Recientemente abriendo el cádaver de una mujer ya adelantada en edad, hemos hallado hácia la base del lóbulo superior de uno de los pulmones, cerca de su superficie, un solo tubérculo, que tenia próximamente el tamaño de una avellana gruesa. A su alrededor el parenquima pulmonar estaba sano.

Aunque reconozcamos que pueden cicatrizarse las escavaciones tuberculosas, confesamos que en el mayor número de casos apenas es útil al enfermo tal cicatrizacion, en razon de la existencia simultánea de otros muchos tubérculos. La obliteracion de una caverna no sería ventajosa sino cuando existiera un solo tubérculo, como en el hecho que acabamos de citar, ó bien si siendo los demas tubérculos en corto número y rodeados de parenquima sano, se conservasen estacionarios en su desarrollo consecutivamente á la cicatrizacion de la caverna. No

debe pues confundirse la curacion bien cierta de un solo tubérculo por la cicatrizacion de la caverna, con la curacion de la misma afeccion tuberculosa.

Hablando del curso de la tisis pulmonar, hemos citado observaciones en las que se trazan los signos, por cuyo medio se puede reconocer durante la vida que una escavacion tuberculosa tiende á cicatrizarse (141).

Hay por otra parte casos en los que la consideracion de los sintomas puede dar grandes luces en la cuestion que nos ocupa. Se han visto individuos que despues de haber presentado todos los signos racionales de una tisis pulmonar, han vuelto sin embargo á disfrutar de un buen estado de salud, y en quienes la abertura del cadáver ha demostrado la existencia de alguno de los estados del pulmon que acabamos de enumerar. Citaremos en particular el siguiente caso, cuyo conocimiento debemos á la comunicacion que de él ha tenido á bien hacernos nuestro colaborador y amigo M. Regnaud.

Murió á la edad de cuarenta años una mujer en consecuencia de una afeccion cancerosa del estómago. Muchos años antes habia tenido todos los sintomas de una tisis pulmonar que habia hecho temer por su vida. Sin embargo, contra la esperanza de los médicos que entonces la asistian, se disiparon poco á poco tales sintomas, y hasta cesó completamente la tos. En los años siguientes empezó á delinearse la afeccion del estómago, pero la enferma no tosia, y con especialidad en el último año de su existencia no presentó ningun fenómeno morboso por parte de las vias respiratorias.

M. Baumez, interno en el hospital de la Caridad, hizo la abertura del cadáver en presencia del catedrático M. Chomel, médico de cabecera de la enferma, y de M. Reinaud. Habia en el estómago un cáncer, de que es inútil ocuparnos aqui.

Los pulmones se hallaban sanos en casi toda su estension, teniendo su vértice adherencias á las costillas, y presentando en este punto ambos á dos un color negruzco y un fruncimiento notable. Cortado el vértice del pulmon derecho ofreció debajo de la pleura, y en una pequeña estension, una induracion de color gris negruzco. Inmediatamente debajo de esta habia un cuerpo de forma redondeada, de consistencia cretácea y adherido en todos sentidos al parenquima pulmonar que lo rodeaba y estaba sano. Cerca de este cuerpo, y confundiendo con la induracion pulmonar, aparecian dos masas tuberculosas pequeñas, notables por su friabilidad y sequedad.

En el vértice del pulmon izquierdo existia una induracion semejante á la del derecho, respecto de la estension y el color: en medio de la porcion endurecida se vió una pequeña cantidad de materia tuberculosa, dura, friable y contenida en una cavidad. No habia como en el lado derecho tubérculo cretáceo, propiamente dicho.

De este hecho pueden deducirse muchas consecuencias importantes. Desde luego demuestra que puede existir una indu-

racion negra poco estensa del parenquima pulmonar con presencia de un tubérculo cretáceo en medio de ella, sin provocar la tos ni la disnea. Pero si nos elevamos á las circunstancias antecedentes, tendremos que mirar este estado del pulmon como un vestigio de la afeccion pulmonar grave que padeció la enferma algunos años antes. Nos parece muy probable que donde se halló un tubérculo cretáceo con induracion negra alrededor, hubiese en otra época existido una masa tuberculosa mucho mas considerable, que determinase los síntomas de la tisis observados en la enferma, bien durante su formacion, ó bien en el periodo del reblandecimiento. Que fuese absorbida ó evacuada esta masa, la cavidad que ocupaba se habia estrechado sobre si misma, produciendo el fruncimiento del vértice del pulmon; lo que quedaba de la cavidad se habia en cierto modo amoldado sobre un resto de tubérculo que ya habia sufrido una notable modificacion en sus propiedades físicas, tendiendo á transformarse en concrecion calcárea.

SECCION CUARTA.

OBSERVACIONES ACERCA DE DIVERSAS PRODUCCIONES

ACCIDENTALES, DESARROLLADAS EN EL PULMON.

147. En la seccion precedente, ocupándome de la tisis pulmonar, he tenido ocasion de hablar acerca de otras muchas especies de tisis admitidas por Bayle: en efecto, he citado casos relativos á la tisis con melanosis, á la granulosa y á la calculosa. Bayle habia admitido ademas una tisis producida por el desarrollo de masas cancerosas en el mismo parenquima pulmonar. Tambien yo he hallado muchas veces en el pulmon producciones escirrosas y encefaloideas; pero lo que mas me ha llamado la atencion en los casos de este género observados por mí, es que al mismo tiempo existian producciones semejantes en otras partes del cuerpo; de modo que en la manifestacion de los síntomas no era la lesion pulmonar la que se presentaba en primer término, ni por consiguiente habia ningun signo característico que la revelase entre los multiplicados fenómenos morbosos que indicaban el padecimiento de muchos órganos. Con-

signaré aquí un caso de este género, y luego citaré algunas observaciones de hidatides desarrolladas en los pulmones.

1.ª OBSERVACION.

Masas cancerosas desarrolladas en muchos órganos, y con especialidad en el pulmón, en un joven de veinticuatro años.

Un hombre de veinticinco años, de cabellos negros, piel morena y velluda, músculos medianamente desarrollados y talla regular, había padecido en los años precedentes dolores vagos, que le atacaron sucesivamente los miembros superiores e inferiores, y que por último se fijaron en la región lumbar. El enfermo dijo haber experimentado por cerca de un año dolores en esta región, que se aumentaban por la progresión, por la flexión lateral ó anterior, y desaparecieron mediante la aplicación de un estenso vejigaterio á la región lumbar. En febrero de 1820, cosa de dos ó tres meses después de haber cesado los dolores, los empezó J... á sentir vagos y pasajeros en el vientre. Desde entonces se halló estreñido, pasaban muchos días sin mover el vientre, y tenía con frecuencia necesidad de lavativas. A los primeros síntomas se agregaron bien pronto borbórigmos incómodos, náuseas de cuando en cuando regurgitaciones frecuentes, y á veces eructos ácidos, pero nunca vómitos. A pesar de adquirir cada día los síntomas enunciados mayor intensidad, continuó el enfermo trabajando. Hacia el mes de abril echó de ver un tumor al lado izquierdo del apéndice xifoides, que no le dolía á no hacer en él una presión algo fuerte. El enfermo, por otra parte, no pudo indicar ni la época fija ni el modo de desarrollarse este tumor, pues le atormentaban é inquietaban mucho mas la astringencia de vientre, los pujos y los continuos borborismos. Por último entró en la Piedad, y segun dijo, fue tratado por dolores reumáticos. Salió casi en el mismo estado. Continuó experimentando la misma reunion de síntomas, presentándose por intervalos movimientos febriles, que al parecer no guardaban regularidad alguna ni en los accesos, ni en el tipo. Segun manifestó había enflaquecido poco. Entró en la Caridad el 15 de julio de 1820, hallándose el 16 por la mañana en el estado siguiente:

Cara pálida, espresion natural de la fisonomía, bastante bien conservadas las fuerzas musculares, intactas las funciones intelectuales y sensoriales.

A la izquierda del apéndice xifoides presentaban una prominencia notable las paredes abdominales. En este sitio existía un tumor duro, sin cambio de color en la piel; que dolía comprimiéndole con alguna fuerza; que en el lado derecho estaba limitado por el apéndice xifoides; que se extendía por el hipocóndrio izquierdo, y por debajo de las costillas falsas de este lado; que por la parte inferior se prolongaba hasta dos ó tres dedos por debajo del ombligo, y que presentaba una superficie lisa y una forma redondeada con irregularidad; al lado derecho se percibía que terminaba de repente con un borde obtuso, mas no se le podía circunscribir tan fácilmente en el lado izquierdo. El resto del vientre se conservaba completamente blando.

La lengua estaba ligeramete blanca, la sed era normal, la anorexia completa, y la deglucion libre. Introducidos en el estómago los alimentos sólidos ó líquidos no determinaban ninguna sensacion penosa; habia eructos frecuentes y ruido de tripas continuo, de que el enfermo se quejaba mucho,

con especialidad en las proximidades del tumor, donde decia percibir un hervidero. Tenia astricción pertinaz de vientre, pujos violentos y respiracion libre; en el pulso no habia alteracion, y el calor de la piel era mediano; las orinas, escasas y encendidas, salian con dificultad, y ocasionaban un vivo dolor en el canal de la uretra. (*Se prescribieron dos dracmas de saponaria con acetato de potasa; lavativa lavante por la mañana, y emoliente por la tarde; fomentos emolientes al vientre.*)

El 17 de julio movió por la mañana el vientre con lavativa; el resto del día se halló atormentado con frecuentes deseos de verificarlo, pero no los pudo satisfacer; sentia un calor quemante en el ano; fueron tambien frecuentes los borborignos, tuvo náuseas sin vomitos, no habia frecuencia en el pulso. (*La misma prescripción, ademas medio julepe por la tarde, tres sanguiuélas.*)

Sentado en el sillico à media noche para defecar, y haciendo violentos esfuerzos, fue acometido de dolores atroces en todo el vientre, que subsistieron despues.

En la mañana del 18 se le halló acostado sobre el lado derecho, dando continuos gritos, y no atreviéndose à ejecutar el menor movimiento por temor de que se aumentaran los dolores. Le era especialmente imposible el decúbito dorsal; sin embargo, el vientre conservaba su blandura, y aun cuando el dolor se aumentaba con la presión, era menos que con el movimiento. La fisonomia estaba alterada, y espresaba el padecimiento. Grande ansiedad general, la palabra entrecortada, la respiracion acelerada y corta, el pulso pequeño y frecuente, el calor de la piel quemante. El enfermo arrojó por la boca gran cantidad de liquido viscoso; no habia movido el vientre desde la media noche. (*Veinte sanguiuélas al vientre, cocimiento de cebada dulcificado, lavativas de simiente de linaza, fomentos emolientes al abdomen, dieta absoluta.*)

A las tres de la tarde se hallaba mas calmado el enfermo. Se conservaba sentado, y temia acostarse de miedo que se reprodujeran los dolores. De cuando en cuando los sentia vivos alrededor del ombligo. En consecuencia de la lavativa arrojó una gran cantidad de un liquido viscoso, amarillento, que comparó à las lavaduras del pescado.

El 19 habia menos dolores abdominales, la compresion era soportable, y no habia vuelto el paciente à mover el vientre desde que lo hizo la vispera, à beneficio de la lavativa. No sentia la continua necesidad de defecar, como los dias anteriores; tambien era menor la sensacion de calor quemante que sentia en el ano; el vientre estaba tenso, el pulso apenas frecuente, habia poco calor en la piel, y nada de náuseas ni vomitos. (*Cebada dulcificada nitrada, fomentos emolientes, dos lavativas de cocimiento de linaza, dos caldos, y julepe por la tarde.*)

El 20, no habia movido el vientre sino con las lavativas, con las cuales espelió pocas materias fecales. Las evacuaciones se hallaban casi esclusivamente formadas del agua de la lavativa teñida de amarillo. Dolor vago en el lado izquierdo del pecho: habia desaparecido un dolor en el hombro, de que se quejaba el dia antes: vientre poco dolorido à la presión y medianamente tenso, pudiéndose circunscribir bastante bien el tumor. (*La misma prescripción, tisana con jarabe de las cinco raices.*)

El 21, la expresion de la cara era natural; la lengua estaba húmeda y blanquecina; en el vientre, mas blando que los dias precedentes, solo sentia

dolores el enfermo con una presión bastante fuerte; hizo diez á doce deposiciones líquidas y amarillentas, sin tenesmo ni dolor en el ano: el pulso se presentó fuerte y de una mediana frecuencia; el calor de la piel natural. (*Comimiento de cebada nitrada y dulcificada con jarabe de las cinco raíces, julepe, fomentos emolientes, lavativas de simiente de linaza, dos caldos.*)

El 22, estaba un poco dolorido el vientre; algunas náuseas, dos cámaras. (*La misma prescripción, y además dos sopas de arroz.*)

Un divieso algo voluminoso en la parte superior esterna del muslo de recho.

El 23, el abdomen se presentó indolente y blando; no hubo ningún movimiento de vientre; el pulso estaba desarrollado y algo frecuente. El enfermo se quejaba de palpitations de corazón. (*La misma prescripción.*)

El 24, se quejó de dolor en el hipocondrio izquierdo, estando indolente el resto del vientre, hizo dos deposiciones duras antes de la lavativa. (*La misma prescripción.*)

El 27, expectoró sin toser algunos grumos pequeños de un blanco mate, reunidos por medio de un moco transparente. (*Cebada nitrada, jarabe de las cinco raíces, lavativas emolientes, fomentos emolientes, tres sopas de arroz, dos caldos y un huevo.*)

El 28, el mismo estado, se quejaba de desarrollo de gases. (*Una onza de aceite de ricino en un caldo de yerbas.*) Por lo demás el mismo estado.

El 29, el aceite había ocasionado muchas deposiciones; no se hallaba el enfermo atormentado por los gases. Se quejaba de que hacía muchos días que espelía una materia viscosa, blanquecina, gelatiniforme, tan adherente á veces al ano, que tenía que desprenderla con los dedos. Esta materia era inodora, sin mezcla de heces, y el pulso estaba siempre frecuente.

En los dos días siguientes, poco mas ó menos el mismo estado. El 31 comió mucho el enfermo, y se le produjo una indigestion, teniendo todo el día diarrea abundante. El 1.º de agosto se hallaba bastante bien; cámaras con viscosidades, dolores vivos, lancinantes en el hipocondrio izquierdo, percusion dolorosa en las costillas falsas izquierdas, poco calor en la piel y el pulso sin frecuencia.

En los siguientes días enflaqueció el enfermo con rapidez, y murió sin agonía el 12 de agosto de 1820.

ABERTURA DEL CADAVER.

Primer grado de marasmo, ojos muy hundidos en las órbitas, miembros delgados.

Se percibía bien en el hipocondrio izquierdo el tumor cuya existencia se había reconocido durante la vida.

Abierto el abdomen se halló toda la masa intestinal parduza al exterior, y en la cavidad peritoneal una pequeña cantidad de serosidad rojiza.

Inmediatamente debajo del borde cartilaginoso de las costillas falsas, y detras del fondo del estómago, que estaba colocado hacia delante, existía un tumor voluminoso, duro, renitente, de forma regular, que ocupaba la parte anterior izquierda de la columna vertebral. Este tumor tocaba al riñon del mismo lado, y se adelantaba por la parte inferior hasta cerca de la bifurcacion de la aorta. Por la parte anterior y de arriba abajo se hallaba en relación con el estómago y el arco del colon, á quienes elevaba, y con la masa de los

intestinos delgados que le ocultaban à la vista. Por el lado izquierdo estaba en contacto con el riñon. Por el derecho se hallaba limitado por el duodeno, cuya tercera porcion, en vez de estar colocada transversalmente delante de la columna vertebral, bajaba muy oblicua de arriba abajo, y de derecha à izquierda, adhiriéndose por el lado izquierdo al tumor, que la hacia cambiar de posicion. Por la parte superior se encontraba limitado el tumor por el pancreas, que se habia conservado sano.

Cortando el tumor salia de él por la presion una serosidad icerosa, y ofrecia un tegido algo opaco, atravesado por una multitud de vasos pequeños, rojos, que se cruzaban en mil sentidos diferentes, dejando entre sí espacios irregulares y poco considerables. En medio de este tegido duro aun (materia encefaloidea en el estado de crudeza) habia masas pequeñas blanco-amarillentas, friables y sin coherencia (materia tuberculosa.) Completamente reblandecido en otros puntos presentaba el tumor un aspecto en todo semejante al cerebro del feto cuando experimenta ya un principio de putrefaccion: este detritus agrisado é inodoro se hallaba en varias partes mezclado con sangre derramada (materia encefaloidea reblandecida.)

La aorta pasaba por enmedio del tumor: su calibre se hallaba estrechado, à punto que apenas admitia el dedo pequeño; por lo demas estaban intactas sus paredes.

Levantando la gran corvadura del estómago para buscar el bazo se encontró un gran depósito, de donde salió mucha sangre liquida, semejante à las heces del vino. En seguida se estrajeron tres cuajarones considerables, duros y sólidos de sangre negra. Enjugadas cuidadosamente las paredes de la cavidad, se reconoció que estaban formadas por una materia en todo semejante à la del tumor precedente, no siendo de consiguiente mas que otro tumor análogo, pero mas adelantado y reblandecido en mayor estension; el cual se prolongaba por debajo del higado, estendido en forma de lengüeta muy delgada, hasta el hipocòndrio izquierdo, y ocupaba el sitio del bazo, que rechazado por él se hallaba reducido à un pequeño volumen, pálido, exangüe, duro, pero sano por lo demas.

En la cisura transversal del higado habia un tercer tumor semejante à los precedentes. Pero en este sitio habia sido invadido el mismo tegido de la vesicera, y transformado en materia encefaloidea reblandecida una gran parte del lóbulo derecho. Los vasos contenidos en la cisura conservaban su diámetro y aspecto ordinarios. La vegiga biliaria estaba llena de una hiel verdosa y liquida, y aparecia libre su orificio.

El riñon izquierdo estaba sano. El derecho no presentaba ninguna alteracion en su tegido; pero sus cálices tenian cuando menos un volumen triplicado del que ofrecen en su estado ordinario. El ureter del mismo lado estaba muy dilatado desde su origen hasta dos ó tres pulgadas encima de la sinfisis sacro-iliaca. En tal sitio pasaba por enmedio de otra nueva masa cancerosa, que ocupaba una parte de las paredes lateral y posterior de la escavacion de la pequeña pelvis, constaba de los mismos tegidos que las precedentes, apenas ofrecia algunos puntos reblandecidos, y abundaba mucho de materia tuberculosa. El estómago y el resto del tubo digestivo estaban sanos; los intestinos gruesos llenos de materias fecales amarillentas y trabadas.

En el mesenterio habia muchos ganglios linfáticos endurecidos y degenerados, y algunos otros que tan solo estaban mas abultados y enrojecidos que lo regular.

El verumontano en el canal de la uretra formaba una eminencia mayor que de ordinario, hallándose duro, y pareciendo haber sufrido la degeneracion escirrosa. La vegiga estaba sana, y distendida por una gran cantidad de orina.

En el testiculo derecho habia dos masas cancerosas gruesas, semejantes por su forma y circunscricion á las del higado. Tocando exteriormente este testiculo se le hallaba muy duro, como se observa en el sarcocele. Las glándulas de la ingle estaban sanas.

Pecho. El corazon tenia el tamaño regular. El ventrículo izquierdo estaba hipertrofiado, y su cavidad era casi nula.

En el vértice de los dos pulmones habia una masa cancerosa, análoga en un todo á los tumores abdominales, la cual ofrecia el tejido encefaloideo en los dos estados de crudeza y reblandecimiento, como los hemos descrito precedentemente, mezclado con la materia tuberculosa en cantidad mucho menor. Cada una de estas masas, muy semejantes entre si, tenia el tamaño de una manzana. Parecian haberse desarrollado entre la pleura y el pulmon, cuyo tegido no aparentaba estar interesado en este punto; á lo menos se aislaban con facilidad los tumores del parenquima. En toda la superficie esterna de los dos pulmones existian tumores semejantes á los espresados por su estructura y disposicion; pero mucho mas pequeños; tenian por término medio el tamaño de una avellana. Por último, en el interior de los pulmones se encontraron masas cancerosas que ofrecian en un todo el aspecto de las del higado; eran cinco ó seis en cada pulmon, y cada una del tamaño de una castaña próximamente. Estaban formadas de un modo evidente por el tegido encefaloideo, duro en algunos sitios, y empezándose á reblandecer en otros, tal cual le hemos descrito en el primer tumor. Cierto que semejante tegido no puede confundirse con la materia tuberculosa.

El tegido del pulmon se hallaba ingurgitado, parduzco, aunque sano y crepitante.

Estaban adheridas entre sí las pleuras costal y pulmonar por bridas celulares antiguas.

El canal torácico sano, ocupado como de costumbre por una pequeña cantidad de serosidad transparente. Los gánglios linfáticos que le rodeaban se hallaban cancerosos.

El cerebro sano y muy blando. En sus ventriculos laterales existia un poco de serosidad.

Citemos ahora algunos casos en que hemos hallado en el pulmon otra especie de productos morbosos, á saber, hidatides.

148. Los casos de hidatides, observados en el pulmon del hombre, son poco numerosos. Hemos creído, pues, que en una coleccion, cuyo objeto principal es reunir materiales para la ciencia, podemos consignar el corto número de hechos relativos á las hidatides pulmonares, que hemos observado en la Cañidad. Nos limitaremos por otra parte á ser simples historiadores

ras: nos parece que la ciencia no se halla bastante adelantada para ensayar el establecer la etiología de este género de producciones, ya en el pulmón, ya en otras partes. Solo pretendemos agregar algunos hechos á los que ya se poseen.

En un número de cerca de seis mil enfermos recibidos en las salas de M. Lermoiér por espacio de seis años, tan solo hemos visto cinco veces desarrollarse las hidatides en el pulmón, debiéndose notar que en uno de estos cinco casos se estableció el diagnóstico solo en presencia de los síntomas. Las únicas hidatides ó entozoarios vesiculares que hemos observado en el pulmón, son los acefalocistes. En tres casos se alojaban estos seres en una cavidad formada en medio del parénquima pulmonar, en el cuarto llenaban las venas pulmonares, y en el quinto no pudo comprobarse donde se hallaban situadas, por no haber sobrevenido la muerte.

En uno de estos casos se habían desarrollado los acefalocistes en un pulmón lleno de tubérculos, sin haber revelado su existencia ningún signo característico. En otros dos constituían la única afección que padecían los pulmones, produciendo en uno los síntomas de la pulmonía crónica doble, y no apareciendo en el otro que los pulmones padeciesen durante la vida. Por último en el enfermo, en quien los acefalocistes se habían desarrollado en las venas pulmonares, se observaron únicamente los síntomas de una afección del corazón que realmente existía.

Así es que en ninguno de estos casos determinaron las hidatides accidente especial que pueda servir para reconocer otras veces su existencia. Lo mismo, por otra parte, se observa en las hidatides desarrolladas en los diferentes órganos. Tales entozoarios pueden nacer y adquirir un volúmen considerable, sin producir dolor, sin alterar el movimiento nutritivo general, y sin ocasionar mas accidentes que los que resultan de su presencia en un órgano, cuyo parénquima puede hallarse mas ó menos comprimido y replegado sin perjuicio de sus funciones. En efecto, hemos visto desarrollarse en el hígado kistes hidálicos considerables, sin que apareciese alterada en manera alguna la salud. Del mismo modo los hemos hallado en el bazo, sin que ningún síntoma los anunciara durante la vida.

II.ª OBSERVACION.

Acefalocistes en el lóbulo inferior de los dos pulmones. Síntomas de pulmonía crónica.

Un hombre de edad media entró en el hospital en un estado de consunción muy adelantado. Hacía mucho tiempo que tosía, y tenía corta la respiración. Percutiendo el pecho producía un sonido macizo en casi toda la extensión de

las paredes torácicas correspondiente al espacio ocupado por el lóbulo inferior de uno y otro pulmón. En la misma estension no se oía el ruido respiratorio en ninguno de los dos lados. Este individuo murió poco despues de entrar en el hospital.

El lóbulo inferior de los dos pulmones se habia transformado en un estenso saco de paredes delgadas, formadas por el parenquima pulmonar replegado, y tapizadas por una membrada blanquecina fibro-celulosa. Cada uno de estos sacos se hallaba completamente lleno con una hidatide acefalociste voluminosa, que contenia otras dos ó tres mas pequeñas en su interior. Las hidatides aparecian, como siempre, ocupadas por un liquido inodoro, transparente como el agua filtrada.

Los síntomas observados durante la vida se esplican bien por la existencia de las dos hidatides en uno y otro pulmón, y por la compresion que ejercian en el parenquima pulmonar.

III.^a OBSERVACION.

Acefalocistes desarrollados simultáneamente en un pulmón lleno de tubérculos y en el ligado. Síntomas ordinarios de la tisis pulmonar.

Un carretero de 26 años de edad presentó, al entrar en la Caridad, todos los fenómenos morbosos que caracterizan la existencia de una tisis pulmonar bastante adelantada: hemotisis copiosas hacia un año; dolores vagos y pasajeros en diversos puntos de las paredes torácicas; tos con expectoracion puriforme; respiracion anhelosa; gorgoteo debajo de la clavícula izquierda; sudores abundantes, diarrea y estremado enflaquecimiento. Adelantose la muerte por la complicacion de un derrame pleurítico.

Ambos pulmones contenian un gran número de tubérculos en diversos estados. Al cortar la parte media del lóbulo inferior del pulmón izquierdo se vió salir por los lados de la hoja del escalpeo un liquido puriforme, verdoso, bastante consistente, aunque diverso de la materia que llena por lo regular las escavaciones tuberculosas: parecia pus de un absceso flegmonoso. Este pus salia de una cavidad labrada en medio del parenquima pulmonar, bastante capaz para que cupiese en ella una nuez grande; sus paredes formadas por el tegido pulmonar replegado estaban tapizadas por una capa de pus concreto. Semejante cavidad aparecia ocupada por un acefalociste único, y libre por todos lados. La superficie interior del saco que formaba el entozoario, se hallaba sembrada de una infinita cantidad de granulaciones pequeñas, blancas, cuya mayor parte tenian el tamaño de la cabeza de un alfiler muy pequeño, y algunas eran de un blanco mate y del volumen de un guisante. Estaba lleno de un liquido semejante al agua filtrada. El tegido que constituia sus paredes era liso, suave al tacto, y bastante análogo al de la cornea transparente cuando macerada en agua se empapa de este liquido.

En la cara superior del lóbulo derecho del hígado, cerca de la insercion del ligamento suspensorio, se percibia una mancha blanca de doble tamaño que un duro. En toda la estension de la mancha se percibia por medio del tacto una resistencia que indicaba la presencia de un liquido; la misma sensa-

cion se experimentaba palpando la cara inferior del hígado al lado derecho de la vejiga de la hiel, apareciendo prominente en los referidos puntos el tegido del órgano. Hecha una incision en la mancha blanca salió con fuerza un liquido transparente e incoloro como agua filtrada, contenido en un acefalociste, semejante al del pulmon, pero mayor, y que se distinguia en la presencia de una membrana fibrosa que le separaba del mismo tegido del hígado.

IV.ª OBSERVACION.

Acefalocistes en el lóbulo inferior del pulmon derecho. Mayor ruido respiratorio en este lado, sin ningun otro signo de afeccion pulmonar.

Murió de un cancer uterino una mujer de cerca de 45 años; Sometida á nuestra observacion en los dos últimos meses de su vida, nunca nos ofreció ningun sintoma por parte del pecho. La respiracion se hallaba libre; no habia tos; tan solo se oia con mas fuerza el ruido respiratorio en el lado derecho que en el izquierdo; pero percutiendo el pecho sonaba bien en todos los puntos. Era bastante pronunciada la desigualdad de intensidad del ruido respiratorio para llamar nuestra atencion; pero ¿de qué dependia? ¿existia la alteracion en el lado en que el ruido respiratorio era mas débil, ó al contrario en el que era mas fuerte? Podian establecerse muchas congeturas probables sin llegarse á formar ningun diagnóstico cierto.

La abertura del cadáver manifestó la existencia de una lesion en el aparato respiratorio, que por ser tan rara ni siquiera habiamos sospechado. El pulmon derecho, es decir, aquel en que el ruido respiratorio se oia con mas intensidad, contenia un acefalociste situado hácia el centro del lóbulo inferior, del volumen de una nuez, y que ofrecia en su interior otros muchos mas pequeños. La superficie interna del mas grueso estaba tapizada de granulaciones blanquecinas á manera de botones. Estos entozoarios se hallaban encerrados en una cavidad, cuyas paredes estaban cubiertas de una membrana fibro-celulosa. Entre esta y el hidatide habia interpuesta una corta cantidad de materia rogiza, cenagosa, bastante parecida á las heces del vino. El tejido pulmonar aparecia en toda su estension sano y crepitante.

Al parecer se habia establecido en este enfermo una especie de respiracion supletoria en el pulmon, en que el kiste habia rechazado y comprimido una pequeña porcion haciéndola impermeable al aire (1).

(1) ¿No existiria mas bien en este caso un grado de respiracion bronquial?

V.ª OBSERVACION.

Acefalocistes en las venas pulmonares. Aneurisma del corazon.

Un hombre de 55 años se alimentó mal por el espacio de uno, y muchas veces estuvo sujeto á las aflicciones de la miseria. Durante su permanencia en la Caridad no presentó más fenómeno que los sintomas ordinarios de una afeccion del corazon: se oian los latidos con ruido, pero sin impulsión, en toda la estension del esternon y debajo de las dos clavículas; el pulso era regular; la cara estaba abotagada y violácea; habia infiltracion de los miembros, y un estado habitual de ortopnea; en muchos sitios de las paredes torácicas se percibia el estertor bronquial húmedo; en otros faltaba completamente la respiracion. Sin embargo, se aumentó mas y mas la dificultad de respirar, y murió el enfermo en un estado de asfixia.

Los dos pulmones se hallaron llenos de un gran número de hidatides. Creimos desde luego que tenian su asiento en el mismo parenquima; pero bien pronto una diseccion mas atenta nos hizo descubrir un hecho, que hasta el presente tiene muy pocos analogos en los anales de la ciencia, á saber; la existencia de hidatides en las venas pulmonares. M. Breschet tuvo la complacencia de examinar la pieza con nosotros.

Muchas de estas hidatides estaban alojadas en sacos de superficie lisa, que al pronto no parecieron kistes. Otros sacos vacios, y aun á veces replegados sobre si mismos, se hallaban contenidos en conductos estrechos, cuya forma prolongada habian adquirido. Tenian los últimos la superficie interna lisa como los sacos grandes, y se ramificaban como los vasos. Por último, pronto reconocimos que en cada saco terminaba un vaso, que para formarle sufría una dilatacion mas ó menos considerable. Entonces disecamos las venas pulmonares desde su entrada en el corazon, y las seguimos hasta los pulmones: cuando llegamos á sus divisiones casi capilares, empezamos á ver que muchas de trecho en trecho tenian numerosas dilataciones llenas de hidatides; despues de haberse dilatado la vena recobraba su calibre primitivo; mas adelante volvía á dilatarse de nuevo, y asi sucesivamente. Los sacos mas considerables podian admitir una nuez gruesa; en los mas pequeños apenas cabía un guisante. Existian igualmente en uno y otro pulmon. Los hidatides contenidos en ellos tenian todos los caracteres de acefalocistes; muchos presentaban en su espesor puntos pequeños de un blanco mate; otros ofrecian en su superficie interna un gran número de granulaciones miliars. La mayor parte estaban rotos. El tejido pulmonar de su alrededor se hallaba en muchos puntos sano y crepitante, en otros muy ingurgitado y aun hepaticado.

Un kiste hidatifero estenso de paredes cartilaginosas, y en el que cabía una naranja gruesa, existía en medio del higado, cuyo parenquima habia replegado, y en su interior contenía ocho ó diez acefalocistes. Es la segunda vez que comprobamos la existencia de hidatides simultáneas en los pulmones y en el higado.

Las cavidades derechas del corazon se hallaban considerablemente dilatadas, y algo hipertrofiadas las paredes del ventriculo derecho.

No es este lugar oportuno de recordar los casos bien comprobados y poco numerosos hasta el día, en que se han encontrado entozoarios de diversas especies en los vasos arteriales y venosos, ora en el hombre, ora en los animales. Rudolphi los ha reunido en su interesante obra: cita ejemplos de sronglios, de filiares, de distonios, etc. observados en los vasos; pero ni él, ni ninguno de los otros helmintólogos dicen haber hallado gusanos vesiculares en las vías de la circulación.

La presencia de tan gran número de hidatides en las venas pulmonares debió necesariamente dificultar la circulación. ¿Habrá contribuido á la considerable dilatacion que habian experimentado las cavidades derechas del corazon?

VI.ª OBSERVACION.

Restos de acefalocistes espectorados. Hemotisis.

Hacia cuatro meses que tosia cuando entró en la Caridad un vinatero de 23 años de edad. Desde la misma fecha habia tenido muchas hemotisis, y sentia un dolor habitual debajo de la tetilla izquierda. Le hallamos en el siguiente estado.

Rostro pálido; enflaquecimiento; respiracion corta; el dolor le impedia acostarse del lado izquierdo; tos frecuente, con la que arrojaba esputos formados por un moco opaco y verdoso; percutiendo el pecho se percibia el mismo sonido en todos los puntos; habia estertor bronquial en los dos lados de la parte posterior; apirexia. Todo inclinaba á persuadir que en este enfermo habia tubérculos pulmonares. Al tercer día de su entrada espectoró un estenso fragmento de membrana arrollada sobre sí misma, que tenia el aspecto característico del tejido de los acefalocistes, aspecto que es imposible confundir con ningun otro. Estendida esta membrana tenia próximamente el tamaño de la palma de la mano, lo cual nos demostraba de un modo evidente que no se habia formado en los bronquios, debiendo provenir necesariamente, ó de una cavidad tuberculosa, ó de una donde existiera un kiste hidatidico, de lo que nos han ofrecido ejemplos las precedentes observaciones. La última opinion nos pareció la mas probable. En los siguientes dias espectoró el enfermo mucha sangre, y esta hemotisis cesó á beneficio de copiosas sangrias. Hallándose luego mas aliviado abandonó el hospital.

La presente observacion debe agregarse á las que ya se hallan consignadas en los autores sobre espectoracion de hidatides. Se concibe que su espulsion total puede ser seguida de la curacion, con tal que la disposicion que las dió origen no produzca mas; que no se hallen complicadas con ninguna otra afeccion

del pulmon, como hemos visto sucedia en el individuo que forma el objeto de la tercera observacion; y por último, con tal que la cavidad donde se hallaban alojadas desaparezea despues de su espulsion, y no se transforme en una úlcera incurable, lo cual cabe en lo posible. El catedrático M. Fouquier ha tenido la complacencia de comunicarnos verbalmente la observacion de un sugeto, en quien habian existido todos los síntomas racionales de una tisis pulmonar muy adelantada, y que habia recobrado su salud despues de espectorar una gran cantidad de hidatides rotas. Muchos autores han citado casos análogos: en las *Transacciones filosóficas de Londres* leemos la historia de una mujer de 49 años, que hacia algun tiempo experimentaba un dolor en el lado derecho del pecho, tos incómoda, y dificultad estremada de respirar. Sobrevino una espectoracion de materia gelatinosa, en medio de la que nadaban algunas hidatides, estando adheridas entre sí y rotas las primeras que fueron espelidas. Continuó arrojando algunas diariamente por cosa de cuatro meses. Entonces (era en verano) la disnea y la tos disminuyeron notablemente, y sin embargo de cuando en cuando se presentaban algunas hidatides en los esputos. En el mes de enero adquirieron nueva intensidad todos los accidentes, espectorando la enferma de una vez gran cantidad de hidatides, despues de lo que tardó poco en recobrar la mas perfecta salud. Habia arrojado con la espectoracion esta enferma mas de cien hidatides: de estas las mayores tenian el tamaño de un huevo de gallina, y estaban rotas, y el mayor número apenas llegaba al volumen de una nuez moscada, y habian salido enteras.

A continuacion de estos diferentes casos relativos á hidatides pulmonares, colocaremos otro de espectoracion de los mismos entozoarios, observado y redactado por el doctor Mr. Smith, que lo comunicó hará cosa de tres años á una sociedad de medicina de Paris.

VII.^a OBSERVACION.

Hidatides arrojadas con la espectoracion.

Magdalena Vivois, de 20 años de edad, dedicada á recoger yerbas medicinales, y con la apariencia de temperamento sanguíneo, cuyo padre vive todavía disfrutando de buena salud, y cuya madre habia muerto tísica de edad de 30 años, tenía una hermana de 17, que no empezó á hablar hasta los 15, hallándose por lo demas sana. Magdalena Vivois padeció en su infancia las viruelas, el sarampion y la coqueluche, y desde entonces no sufrió ninguna enfermedad grave. Su habitacion y alimentos fueron siempre sanos; la menstrua-

cion no habia aparecido hasta seis meses antes; pero desde su presentacion habia continuado de un modo regular, y aunque en corta cantidad, sin ningun accidente.

Esta joven experimentó en los primeros dias de noviembre de 1825, sin causa aparente, malestar general, y lijeros calos-frios en el dorso y miembros, que al principio no eran seguidos de calor. Por las mañanas se hallaba la lengua con una lijera capa blaquecina, siendo el sabor un poco amargo; tenia algo de cefalalgia supra-orbitaria, disgusto y algunas náuseas. Casi al mismo tiempo se presentó tos fuerte, sin dolor en el pecho; la expectoracion era simplemente mucosa, y habia astringencia de vientre. Estos sintomas se exasperaron gradualmente hasta el día 12 en que se les agregó la calentura. En tal época la enferma, que hasta entonces no habia abandonado sus ocupaciones habituales, se puso en cama. Adquirió la fiebre mayor intensidad, dando lugar á exacerbaciones por las tardes; se presentó dolor en el epigastrio, se renovaron las náuseas, y en la noche del 16 al 17 hubo vómitos de materiales mucosos y biliosos. El 17 por la mañana encontré á la enferma en el estado siguiente.

La era indiferente la posición; el sueño casi nulo; habia integridad de los sentidos y de las funciones intelectuales; tenia la cara encendida; los ojos vivos, algo inyectados, cefalalgia supra-orbitaria muy fuerte; la lengua cubierta de una capa amarillenta bastante gruesa; amargor de boca, y un lijero tinte amarillento alrededor de los labios y de las alas de la nariz; la voz estaba ronca; percutiendo el pecho resonaba bien en todas partes, sin ofrecer ningun punto dolorido; habia tos frecuente y penosa, siendo la expectoracion poco abundante, y de materiales mucosos y filamentosos; el epigastrio estaba dolorido, y se percibia en él una lijera resistencia, en la que fijé entonces poco la atencion. Desde el último vómito habia habido aun algunas náuseas; faltaba el apetito; la sed era bastante viva; desde muchos dias antes estaba estreñido el vientre; la orina presentaba un color muy subido; la piel estaba caliente; el pulso era regular, pero algo mas acelerado que en el estado natural; habia debilidad general, laxitud de los miembros, y enflaquecimiento poco notable.

Persuadidos de que esta enfermedad consistia únicamente en un catarro pulmonar complicado, con un embarazo gástrico, prescribimos un vomitivo, una tisana pectoral, y una pocion oleosa.

En los dias sucesivos disminuyeron los sintomas del embarazo gástrico y del catarro pulmonar; pero comprimiendo el epigastrio llamó mas nuestra atencion la resistencia que se encontraba en él. Reconocí de un modo manifesto un tumor casi exactamente semi-circular, colocado en la linea media, y formando una eminencia cosa de pulgada y media debajo del apéndice xifoideo, y del borde cartilajinoso de las costillas. Comprimiéndole se determinaba un dolor mas vivo que en los dias anteriores. Sin embargo, no habia dolor en los hipocondrios, y era indiferente el decúbito. Sospeché que habia podido inflamarse aisladamente el lóbulo izquierdo del higado, y formarse el tumor de que nos ocupamos en consecuencia de la hinchazon inflamatoria que existia en el referido órgano: por este medio podian esplicarse de un modo satisfactorio la tos, tan frecuente en las afecciones del higado, los signos de embarazo gástrico, y los demas que se habian manifestado hasta entonces. *(Se aplicaron pues el 21 de noviembre doce sanguijuelas al epigastrio, y continuó el uso de la tisana pectoral, y pocion oleosa). Disminuyó el volumen del tu-*

mor, del mismo modo que la sensación de dolor ocasionada con la presión, reapareció el apetito; volvió el pulso á su estado natural, no quedando sino un poco de tos y una ligera é insignificante expectoración. Creyendo asegurada la convalecencia dejamos de ver á la enferma el 1.º de diciembre. Por una casualidad volvimos á su casa el 7 del mismo mes á las nueve de la mañana, y la hallamos en un abatimiento estremo, con la cara pálida y enflaquecida, los ojos llorosos, y el pulso débil. Véase lo que habia acontecido.

Después de haber Magdalena Vivois disfrutado de una salud bastante regular por espacio de cuatro dias, volvió á toser con mas fuerza que los dias precedentes.

El 5 de diciembre, hácia el medio dia, sintió repentinamente en la parte anterior, inferior y derecha del pecho un dolor agudo acompañado de una tos muy fatigosa y de una sensación de ahogado bastante considerable. A pesar de haberse calmado el dolor algunos instantes después, no tardaron en aparecer las náuseas y en seguida los vómitos. Los materiales arrojados consistian únicamente en mucosidades amargas, y en el resto del dia se repitieron muchas veces tales vómitos. La enferma sentia un malestar general y un calor interno muy incómodo, que agregados á la tos, no la dejaron descansar.

Todo el dia 6 fue muy violenta la tos, y la expectoración simplemente mucosa; pero en la tarde del mismo dia, en medio de los esfuerzos de una tos muy penosa, empezó la enferma á expectorar mucosidades sanguinolentas, con las que se mezclaron al poco tiempo algunos cuerpos pequeños, vesiculares redondeados y ovoideos. Tal expectoración, acompañada del enriamiento de las estremidades, y de una sofóración tan considerable, que muchas veces hizo temer por la vida de esta jóven, continuó toda la noche, y no cesó hasta las cinco de la mañana próximamente. Un sueño de una hora reparó entonces algo sus fuerzas, y después que hubo despertado, expectoró tan solo mucosidades espesas y sanguinolentas.

El producto de la expectoración desde la vispera por la tarde ocupaba medio orinal. Se conocia con facilidad que los pequeños cuerpos vesiculares, redondeados ú ovoideos, de que hemos hablado, eran hidatides. Los kistes de estos animalillos eran transparentes en una parte de su estension, siendo el resto blanco, opaco y como cartilaginoso. No todos los hidatides ofrecian la misma magnitud: los unos tendrian el volúmen de una avellana gruesa y estaban rotos; otros, y era el mayor número, presentaban menos volúmen, habiéndose algunos de ellos conservado enteros; y finalmente los restantes, mas pequeños, se hallaban casi todos integros. Abriendo los que no estaban rotos se daba salida á un fluido sin color. En medio de las materias expectoradas se veian tambien pedazos bastante considerables de membranas, que podian muy bien ser restos de un kiste general, que contuviese á todos los pequeños kistes hidatídicos. Magdalena Vivois me aseguró que en los dias precedentes habia arrojado tres de estos kistes pequeños.

A pesar de la gran debilidad de la enferma no parecia hallarse su vida en peligro; el pulso, aunque débil, no era pequeño; la piel estaba caliente y matorosa; el tumor del epigastrio habia disminuido notablemente, y se hallaba menos dolorido, sin que en el pecho que sonaba bien en todos los puntos, se sintiese dolor alguno. La enferma se quejaba solo de cefalalgia bastante viva y de un gusto de sangre muy incómodo en el fondo de la boca; su lengua estaba cubierta de una capa amarillenta en la parte media, y roja en la

punta; durante la noche habia tenido una evacuacion de vientre de materias fecales liquidas.

Conservò aun por algunos dias la cefalalgia y el gusto de sangre que tenia en la boca. La lengua se limpiò poco à poco, y volviò el apetito; disminuyeron progresivamente la tos, que habia sido muy penosa por muchos dias, y la expectoracion, que al principio era muy abundante; los esputos, que antes eran mucosos y casi puriformes, se convirtieron bien pronto en simples mucosidades claras. El 13 de diciembre expectorò la enferma tres hidatides pequeñas. Su salida fue precedida de accesos de tos muy fatigosos, que no volvieron à presentarse. El 16 sintió en el lado derecho del pecho un dolor bastante fuerte, que cesò por la tarde para no reaparecer. El tumor del epigastrio continuò disminuyendo de volumen, sin disiparse à pesar de todo completamente, dejando al poco tiempo de doler sino se le comprimia. Llegò hasta desaparecer completamente el dolor, pero tan solo por algunos dias. El 24 arrojò la paciente con los escrementos una lombriz, ascaride lumbricoide, de cerca de un pie de larga. Muy luego recobró Magdalena Vivois las fuerzas, la gordura y su color natural, hallándose hácia mediadas de enero de 1816 en estado de volver à sus ocupaciones habituales. En aquella época conservaba solamente algo de tos y una ligera expectoracion; se percibia aun un poco el tumor del hipogastrio, que apenas dolia al tocarle, y la voz estaba algo roaca.

Desde dicha época he encontrado muchas veces à esta jóven que parece disfrutar de buena salud: sin embargo, su voz no ha recobrado el timbre que tenia antes de la enfermedad.

¿Se habian formado en el pulmon las hidatides espectradas por la enferma? Puede dudarse, y no es inverosimil que su asiento se hallára en el tumor reconocido por M. Smith en la parte derecha del epigastrio, tumor que parece pertenecer al hígado. Es muy posible que las hidatides contenidas en él se hayan fraguado paso al pecho al través del diafragma, llegando por este medio à los bronquios. En favor de este modo de ver milita la observacion de un hombre de unos cincuenta años de edad, que murió asistiéndole nosotros en la casa real de sanidad, despues de haber presentado una ictericia y otros sintomas de una afeccion del hígado. Hallamos en este organo un vasto saco hidatídico, que comunicaba al través del diafragma con otra cavidad llena de pus y de hidatides, formada en la base del pulmon derecho.

SECCION QUINTA.

OBSERVACIONES ACERCA DE LA PLEURESIA.

149. Es mas comun hallar la pleuresia sola sin complicacion de pulmonia, que esta sin pleuresia : es tan raro este último caso que hemos creido deber consignar con el nombre genérico de pleuro-neumonia todas las inflamaciones del parenquima pulmonar, de que hemos referido ejemplos en una de las secciones del precedente volumen. Lo contrario acontece con las enfermedades de que trataremos en esta seccion : casi todas son pleuresias sin complicacion de pulmonia. Los casos raros en que exista tal complicacion los denominaremos con la expresion *neumo-pleuresia*.

Necesarios han sido muchos siglos para llegar á adquirir las ideas simples y exactas que poseemos en el dia acerca de la naturaleza y asiento de la pleuresia : parece tan fácil hallar la verdad en este caso, que apenas se concibe cómo tal afeccion ha podido ser objeto de tan largas é interminables discusiones. En vano Areteo, imitado por Pablo de Egina y por Alejandro de Tralles, designó el verdadero asiento de la pleuresia; sus sucesores, poco versados en la anatomía, reprodugeron la antigua opinion de Hipócrates : confundieron la inflamacion de las pleuras con la del parenquima del pulmon, y atribuyeron muchas veces á una de estas enfermedades lo que pertenecia especialmente á la otra. Asi fue que se creyó por mucho tiempo que los esputos herrumbrosos y viscosos de la pulmonia caracterizaban de la misma manera la pleuresia. Hasta una época muy inmediata á la nuestra hemos visto que los médicos se hallaban inciertos acerca de si el dolor agudo, pungitivo, de la pleura es ó no mas bien resultado de la flegmasia del mismo tejido pulmonar; y sin embargo muchos siglos antes Areteo habia dicho de una manera muy positiva que el dolor, muy vivo en la pleuresia, es casi nulo en la pulmonia. Por mucho tiempo se dudó de la posibilidad de la inflamacion aislada del pulmon y de la membrana que le sirve de cubierta, y despues de las mas acaloradas

discusiones, no se estableció definitivamente semejante posibilidad, hasta despues de las observaciones de Diemberbroek y de Federico Hoffman. Al que recorra el *Sepulcretum anatomicum* de Th. Bonet, le sorprenderá la multitud de ideas caprichosas, de opiniones erróneas que se han emitido acerca de la naturaleza, causas y efectos de las adherencias de la pleura. Los médicos contemporáneos de Morgagni colocaban aun tales adherencias entre las causas de muertes repentinas, y este grande hombre ha consagrado muchas líneas de su inmortal obra á refutar tal error, combatido ya por el sistemático Van-Helmont. Sin embargo, este último tenia ideas tan poco exactas acerca de la naturaleza de la pleuresia que consideraba mortal en ella la sangría. Se sabe que este célebre enemigo de las emisiones sanguíneas sucumbió al parecer de un derrame en la pleura, á consecuencia de una pleuresia que rehusó combatir con aquel medio. Casi en nuestros días, Stoll, que ha aclarado el diagnóstico de la pleuro-neumonía latente, parece que no ha tenido siempre ideas claras y precisas acerca de los síntomas de la pleuresia. Esta flegmasia, como la de todas las membranas serosas, no ha sido verdaderamente bien conocida hasta la creacion de la anatomía general. Muchos autores contemporáneos han publicado ya obras á propósito para dar grandes luces acerca del diagnóstico de la pleuresia. ¿Qué médico no ha leído y meditado con fruto, por ejemplo, las preciosas observaciones sobre este objeto contenidas en el *Traité des phlegmasies chroniques* de Broussais? ¿Cuál es el que no ha meditado igualmente las observaciones, aun mas exactas, sobre la pleuresia crónica que ha insertado Bayle en su obra clásica *sur la phthisie pulmonaire*? Pero despues de la publicacion de estos trabajos y de otros muchos, se han ensanchado los límites de la ciencia: el diagnóstico de la pleuresia, como el de todas las enfermedades del pecho, se ha modificado, aclarado y perfeccionado singularmente con el grandioso é inmortal descubrimiento de la auscultacion. La ciencia en su estado actual, parece pues reclamar nuevas observaciones, en las que trazados con exactitud los síntomas de la pleuresia, segun los nuevos medios de exploracion, pueda confirmarse ó rebatirse la utilidad de estos últimos, supliéndose el vacío que deben necesariamente presentar las observaciones acerca de la pleuresia, publicadas antes de la obra de Laennec. Tal es principalmente el objeto de las comprendidas en esta seccion.

La diferencia mas notable que existe entre las diversas pleuresias, consiste en la presencia ó ausencia de derrame. Las pleuresias sin derrame, poco graves á no ser que sean muy

estensas han fijado ya nuestra atencion cuando hemos hablado de la pulmonia, pues esta última afeccion vá siempre precedida ó acompañada de una flegmasia de la pleura, que rara vez termina por derrame. Aqui citaremos solo un corto número de semejantes pleuresias *secas*, si nos es permitido llamarlas así. En seguida recorreremos las diferentes variedades que presenta la pleuresia con coleccion de líquido, segun sea aguda ó crónica, manifiesta ó latente, limitada á un solo costado ó estendida á las dos pleuras, general ó parcial, simple ó complicada.

CAPITULO I.

PLEURESIAS SIN DERRAME.

I.^a OBSERVACION.

Un albañil de veintinueve años, de constitucion fuerte, y que siempre habia disfrutado de buena salud, sintió calos-frios en la madrugada del 10 de abril de 1822; el resto del día estuvo incómodo, trabajando sin embargo segun acostumbraba. Por la noche fue acometido de un violento dolor de costado debajo de la tetilla derecha: à la mañana siguiente tuvo tos sin expectoracion: el dolor se aumentaba con las inspiraciones un poco profundas. En la tarde del 12 entrò en la Caridad, y se le sangró inmediatamente. En la mañana del 13 (cuarto dia de la enfermedad) presentó el estado siguiente:

Cara rubicunda y animada, decúbito dorsal, dolor vivo debajo de la tetilla derecha, que se aumentaba con la tos, los movimientos inspiratorios, la percusion y la presion intercostal; tos frecuente, como incompleta; expectoracion como en la bronquitis aguda, respiracion bastante tranquila mientras se guardaba el decúbito horizontal, fatigosa cuando el enfermo pretendia sentarse; percusion sonora en todos los puntos, ruido respiratorio mas débil generalmente en el lado derecho que en el izquierdo, pulso duro, medianamente frecuente; piel caliente y seca (esta sequedad persistia desde el principio.) Lengua natural, sed, vientre indolente, constipacion. (*Sangria de doce onzas, quince sanguijuelas al punto del dolor.*) La sangre de la sangria presentó un cuajaron con los bordes revueltos hácia arriba y una costra inflamatoria gruesa y rodeada de muclia serosidad.

El quinto dia no se percibia el dolor pleurítico sino durante las grandes inspiraciones; el ruido respiratorio era igual en todos los puntos, pero persistia la frecuencia del pulso sin presentarse sudor alguno. Se prescribió una tercera sangria de ocho onzas, que solo ofreció una costra inflamatoria delgada sobre un esténso coágulo.

Sesto dia: habia desaparecido completamente el dolor pleurítico; el enfermo habia sudado por la primera vez durante la noche; apenas tosia; no existia calentura, y se hallaba bastante bien. (*Tisana de violetas y de borraja.*)

En el sétimo dia se quejó de un poco de mal estar, de borborigmos y de astriccion de vientre. Se le administraron dos onzas de aceite de ricino. En los siguientes, restablecimiento completo.

Esta observacion presenta en cierto modo el tipo de las pleuresias ligeras sin derrame. En ella se encuentran reunidos todos los síntomas característicos de dicha enfermedad, á saber: el dolor de costado precedido de calos-frios; la tos sin otra expectoracion que la catarral, la conservacion de la sonoridad de las paredes torácicas, la mayor debilidad del ruido respiratorio en el lado afecto, resultado de la desigual dilatacion del torax, la calentura con dureza en el pulso, y finalmente el aspecto inflamatorio de la sangre. En cuanto al decúbito no fué como el que indican los autores, pues se verificó sobre el dorso, y no sobre el lado opuesto al afecto. La piel se conservó constantemente seca hasta el momento en que hubo mejoría: entonces sobrevino el sudor. La enfermedad se juzgó antes del sexto dia. El tratamiento antiflogístico empleado ejerció sin duda una poderosa influencia en tan pronta y feliz terminacion; por corta que sea la intensidad de las pleuresias opinamos que deben combatirse desde el principio con abundantes emisiones sanguíneas. Efectivamente, si teniendo solo en consideracion la benignidad de los síntomas actuales, oponemos un tratamiento poco activo, podemos arrepentirnos muchas veces, ya porque sobrevenga un derrame, ya porque abandonada la flegmasia de la pleura se propague al parenquima pulmonar.

II.ª OBSERVACION.

Un albañil de 21 años, de constitucion bastante débil, pero que sin embargo disfrutaba habitualmente de buena salud, se espuso el 10 de abril á una corriente de aire. En la noche del 10 al 11 despertó con un fuerte frio, y un dolor violento debajo de la tetilla derecha. El 11 persistencia del dolor, disnea, tos seca, decúbito sobre el lado izquierdo. Entró en la Caridad en la tarde del 12, y se le sangró. La sangre presentó un coágulo en forma de seta con los bordes revueltos hácia arriba, y cubierto de una gruesa costra inflamatoria que estaba rodeada de mucha serosidad.

El 13 (tercer dia) rubicundez de las mejillas con tinte amarillento de los alrededores de las alas de la nariz; desaparicion desde la sangría del dolor de costado; tos frecuente; expectoracion como en la bronquitis aguda con algunas líneas sanguinolentas; respiracion mas libre; ruido de expansion pulmonar igual en todos los puntos, el mismo estado normal en la sonoridad de las paredes torácicas; piel cubierta de sudor por la primera vez; pulso frecuente, bastante duro, lengua húmeda y encendida, sed viva, amargor de boca, astringcion de vientre. (*Tisana de violetas.*)

Continuó el sudor hasta el medio dia; por la tarde hubo un violento recargo; volvió á aparecer el dolor de costado, y se hizo difícil la respiracion. Se ejecutó otra sangría de doce onzas, y la sangre presentó el mismo aspecto que la de la primera.

En la mañana del cuarto día apenas se sentía el dolor de costado durante las inspiraciones profundas, y en el acto de la percusión. La respiración era tranquila; por lo demás persistían la tos y la calentura.

Por la tarde exacerbación marcada por el aumento de la calentura y del dolor de costado. Este recargo terminó por un copioso sudor, que duró toda la noche, y durante el que desapareció el dolor pleurítico.

En la madrugada del quinto día no había ningún síntoma de pleuresia; la respiración se oía con claridad en todos los puntos; sin embargo, el pulso conservaba alguna frecuencia. (*Tisana de violetas, looc, lavativas de simiente de linaza.*) Por la tarde no hubo recargo, pero sí sudor por la noche.

En el sexto día el mismo estado. Al séptimo desapareció la frecuencia del pulso; en los siguientes cesó el sudor nocturno: completo restablecimiento.

Parece que esta pleuresia se desarrolló bajo la influencia de una causa ocasional evidente. Desde luego se anunció con la misma reunion de síntomas que en el caso anterior, excepto la presentación simultánea del calor-frio y del dolor, y la circunstancia de ser el decúbito sobre el lado opuesto al asiento de la flegmasia. No se deben confundir las estrias sanguíneas que atravesaban los esputos, simple resultado de la bronquitis, con los esputos sanguinolentos de la neumonía. Cuando vimos al enfermo por la primera vez había desaparecido el dolor de costado, el ruido respiratorio se oía con igualdad en los dos lados. Fué, pues, evidente la influencia de la primera sangría en la desaparición del dolor. Entonces podía creerse que estaba curada la inflamación de la pleura, y que únicamente se hallaba sostenida la calentura por la bronquitis; pero aquella existía probablemente en el estado latente, pues que por dos veces reaparecieron dichos síntomas con los recargos de las tardes, ó mas bien la pleuresia, exasperándose periódicamente, produjo tales recargos. Era, pues, una especie de pleuresia remitente, ó si se quiere tener al efecto como causa, una calentura remitente pleurítica.

III.ª OBSERVACION.

Una jóven estuvo lavando ropa blanca en el rio por muchos días continuados durante el mes de febrero de 1822. A consecuencia de este género de trabajo, á que no se hallaba acostumbrada, fué acometida de un vivo dolor debajo de la mama derecha, y entró en el hospital al tercer día. Entonces respiraba con dificultad; las inspiraciones eran cortas, como suspendidas por el dolor, que era muy vivo; y se aumentaba tambien por el movimiento, la percusión y la tos; la expectoración nula; el pulso frecuente y duro, y la piel caliente y

reca. El ruido de expansion pulmonar aparecia algo mas débil en el lado de-
secho. (*Sangría, aplicacion de sanguijuelas al lado dolorido.*)

El cuarto dia la respiracion era algo mas libre, y el dolor menos vivo; por lo demas el mismo estado. En la madrugada del quinto dia se habia aumentado considerablemente la disnea, del mismo modo que el dolor; sin embargo, ningun signo anunciaba que hubiese empezado à verificarse un derrame en la pleura. La enferma se encontraba en un estado de estremada ansiedad; se quejaba de sentir peso y calor incómodo en las regiones lumbar é inguinal. Se la prescribió otra nueva sangría. Apenas nos habiamos separado de su cama fué acometida repentinamente de una abundante hemorragia uterina. A medida que salia la sangre se sentia notablemente aliviada: perdió cerca de tres libras de aquel liquido. Por la tarde la respiracion se hallaba libre, el dolor era muy obtuso, el pulso casi natural: en una palabra, habia pasado la enferma de un estado muy grave à la convalecencia. En los dias siguientes recobró las fuerzas y una perfecta salud.

La circunstancia mas notable de esta observacion es sin duda el modo de terminacion de la enfermedad. Los autores han citado pocos ejemplos de hemorragias uterinas tan críticas como lo fué evidentemente la actual. Antes que apareciera se observó una exasperacion muy marcada, habiéndose notado la mejoría desde el instante en que se manifestó el flujo uterino. Observemos tambien que la evacuacion sanguínea provocada por la naturaleza fué mucho mas eficaz que la sangría: por otro lado tampoco nos hubiéramos atrevido á hacer una emision sanguínea tan abundante.

En la excelente coleccion de observaciones de Foresto se hallan igualmente dos ejemplos bien caracterizados de semejantes crisis. Uno de ellos se refiere á una pleuresia que se juzgó al sétimo dia por una abundante metrorragia (lib. XVI, Observacion XXXV.) El segundo caso es el de una calentura continua, que terminó tambien al sétimo dia al tiempo de manifestarse una hemorragia uterina. Esta crisis fué precedida, como en nuestra enferma, por peso en los lomos é ingles, que indujo á Foresto á predecir la naturaleza del movimiento crítico. Habia habido en el sexto dia una exasperacion muy pronunciada (libro I, Observacion XX.)

Por lo demas es necesario guardarse de confundir esta especie de metrorragia verdaderamente crítica con el simple flujo

menstrual, que muchas veces se ha creído que juzgaba varias enfermedades. Es evidente que en la mayor parte de estos casos no se presenta el flujo, sino cuando por el contrario la enfermedad se halla ya juzgada. En muchas afecciones no es la supresión de las reglas la que causa el estado morbozo, sino que este es quien suprime á aquellas. De donde la inutilidad de excitar los menstros, en tanto que persiste el estado morbozo, como se observa por ejemplo en la tisis pulmonar.

CAPITULO II.

PLEURESÍAS CON DERRAME.

IV.ª OBSERVACION.

Un albañil de 36 años experimentó sin causa conocida un malestar general el día 21 de marzo. En la noche del 21 al 22 fué acometido de un violento dolor de costado debajo de la tetilla derecha. Se le presentó tos el 23, se metió en cama el 24, y entró en la Caridad en la tarde del 25. Entonces tenía una gran disnea; no podía inspirar sin experimentar en el lado derecho un dolor muy vivo, que se exasperaba también con la percusión y la tos. Percutido el pecho resonaba menos en la parte posterior derecha. En el mismo punto era algo más débil el ruido respiratorio, y la voz ofrecía una especie de vibración, que no se percibía en los demás del pecho. La tos era frecuente y sin expectoración, el pulso febril, la piel quemante y seca. (*Veinticuatro sanguijuelas al lado derecho del tórax.*)

Al día siguiente hubo una mejoría notable: la respiración, menos difícil, se oía en todos los puntos con igual intensidad. No había en el lado derecho ni sonido macizo, ni vibración de la voz. El dolor pleurítico era muy obtuso. No podía dudarse que se había reabsorbido el ligero derrame, verificado en la pleura derecha. No hubo ningún sudor, ningún fenómeno crítico; sin embargo, el pulso conservaba su frecuencia. Este síntoma, unido al dolor sordo que aun persistía, anunciaba al parecer que todavía no era completa la resolución de la flegmasia. (*Se aplicaron otras veinte sanguijuelas en el mismo lado.*)

En la noche del 26 al 27 se presentaron por la primera vez sudores abundantes. El 28 desapareció la frecuencia del pulso, se desvaneció completamente el dolor, y se ejecutó la respiración con toda libertad. En los días siguientes convalecencia.

Esta enfermedad marca en cierto modo el paso de las pleuresias sin derrame, á las que van acompañadas de él. La existencia de una colección de serosidad en la pleura se anunció con signos nada dudosos: era poco considerable, y por eso había más bien disminución de sonoridad, que verdadero sonido macizo; se oía todavía, aunque débil, el ruido de expansión pulmo-

nar, y la egofonía era evidente. La inflamacion retrogradó, y se reabsorvió el derrame bajo la influencia de una sola aplicacion de sanguijuelas. Sin embargo, parece que no fué del todo completa la resolucion de la flegmasia antes del sexto al sétimo dia, y de la aparicion de un sudor copioso: solo entonces perdió el pulso su frecuencia.

V.ª OBSERVACION.

Un criado de 24 años de edad, de constitucion débil, que hacia solo seis semanas que se encontraba en Paris, sintió sin causa conocida el 16 de marzo de 1822 un dolor de costado debajo de la tetilla izquierda. Le dió poca importancia, y continuó entregándose à sus ocupaciones hasta el 22. En esta época el dolor se hizo mas vivo, y se presentó tos seca con opresion. El dia 23 entró en la Caridad, y fué inmediatamente sangrado.

En la mañana del 24; cara pálida, que espresaba una viva ansiedad; inspiraciones cortas y aproximadas, tos seca, dolor debajo de la tetilla izquierda, que se exasperaba con la percusion, la presion intercostal, la tos y los movimientos inspiratorios, y decúbito sobre el lado derecho. Sonido macizo en la parte posterior y esterna del lado izquierdo; ruido respiratorio nulo donde existia el referido sonido, debilidad del mismo ruido en la parte anterior del lado izquierdo, y aumento considerable en los demas puntos; ausencia de egofonia. Pulso medianamente frecuente, sudor general, lengua blanquecina, constipacion. Esta reunion de sintomas anunciaba la existencia de un derrame en la pleura izquierda, que probablemente habia empezado à formarse desde el 22: era ya demasiado considerable para poder percibir la egofonia. (*Sangria de doce onzas, veinte sanguijuelas al costado izquierdo.*) El enfermo cayó en un síncope durante la sangria; la sangre salió lentamente, y presentó un estenoso coágulo sin costra inflamatoria.

El 25 desaparicion completa del dolor de costado, decúbito dorsal: en lo demas el mismo estado. *Sangria de ocho onzas, lavativa purgante, tisana de violeta y borraja.*

El 26 se aplicó un vejigatorio de siete pulgadas al costado izquierdo. El 27 la respiracion parecia menos difícil; el enfermo se hallaba mejor, y se oyó por primera vez la egofonia en el lado izquierdo à la altura del ángulo inferior del omoplato. Durante todo el dia corrió de la úlcera del vejigatorio una gran cantidad de serosidad: à la entrada de la noche se presentó un sudor abundante.

Del 28 de marzo al 4 de abril persistió la egofonia; disminuyó el sonido macizo, y empezó à percibirse el ruido de expansion pulmonar, pero mas débil que en el lado derecho. La respiracion parecia poco dificultada; el pulso ligeramente frecuente; el estado general bastante bueno. Todas las tardes habia sudores. (*Tisanas, caldos.*)

El 4 de abril no tenia el enfermo frecuencia de pulso; se le concedió por la primera vez cuarta parte de racion. Al dia siguiente era mas difícil la respiracion, y habia recobrado el pulso alguna frecuencia; se suprimió el ali-
to. El dia 8 volvió el estado del 4.

En los siguientes cesaron los sudores; recobró el enfermo las fuerzas, y en poco tiempo pudo levantarse y andar. Tosía poco, y únicamente sentía una ligera opresion. Desde el 12 de abril no se oía ya la egofonia, y la sonoridad del pecho era igual en todos los puntos; sin embargo, el ruido respiratorio aparecía siempre mas débil en el lado izquierdo que en el derecho. Habría aun algo de líquido derramado, ó bien por una especie de hábito el lado izquierdo del torax se dilataba menos que el derecho.

El enfermo empezó á tomar bastante alimento sin incomodidad. El vejigatorio del pecho se le sostuvo abierto hasta el 20 de abril, y solo desde este dia empezó á percibirse con igualdad el ruido respiratorio en los dos lados del pecho. Salió del hospital el 28 del mismo mes.

Los signos suministrados en este caso por la auscultacion anunciaron con la mayor precision el incremento, la disminucion, y por último la desaparicion completa de la coleccion pleurítica. Cuando el enfermo se presentó á nuestro exámen, la falta completa de ruido de expansion pulmonar, y el ser muy macizo el sonido anunciaban que se habia interpuesto una gran cantidad de líquido entre las paredes torácicas y el parenquima pulmonar: entonces tampoco se encontró la egofonia. Mas adelante empezó á percibirse un poco la respiracion en el lado izquierdo, anunciándose la disminucion del derrame por la reunion de los demas síntomas: entonces se presentó la egofonia. Por último, despues de la desaparicion de esta, y cuando todo anunciaba la completa reabsorcion del derrame, continuó el ruido respiratorio, siendo por algun tiempo mas débil en el lado izquierdo que en el derecho.

La invasion de la pleuresia merece tambien llamar nuestra atencion. Al principio solo sintió el enfermo un lijero dolor, al que no acompañaba ningún otro síntoma: y que despues de haber persistido de este modo muchos dias, se exasperó repentinamente, manifestándose todos los signos de una verdadera pleuresia.

El tratamiento consistió primero en abundantes emisiones sanguíneas, y luego se aplicó al lado izquierdo un estenso vejigatorio, cuya supuracion se sostuvo por mucho tiempo. El principio de la reabsorcion del derrame coincidió notablemente con la aplicacion del vejigatorio.

Se verificó una exasperacion de los síntomas, una especie de recaída en el mismo dia en que la falta de calentura parecia autorizarnos á conceder algun alimento: bastó sujetar otra vez al enfermo á la dieta, para que volviera al estado anterior. Nuevo ejemplo de la necesidad de un régimen severo, en tanto que persista aun la fiebre; aunque esté disminuida.

VI.ª OBSERVACION.

Un carretero de 60 años de edad tuvo una caída el 13 de abril, en la que sufrió principalmente el lado izquierdo del torax, sin haber habido solución de continuidad. Al otro día por la mañana sintió este hombre un violento calor-frio, al que siguió inmediatamente un vivo dolor debajo de la tétilla izquierda, que persistió los seis días siguientes. Entró en la Caridad el día 19 de abril, teniendo calentura, un dolor que se aumentaba con la percusión, la presión intercostal, la tos y los esfuerzos inspiratorios, y tos frecuente y seca. Percutido el pecho sonaba bien en todos los puntos; el ruido respiratorio se percibía con alguna mas debilidad en el lado izquierdo que en el derecho. (*Sangría de doce onzas*). La sangre presentó un estenso coágulo poco consistente, y cubierto de una costra inflamatoria delgada y verdosa.

El día 20 el mismo estado; la lengua encendida y un poco seca. (*Segunda sangría de ocho onzas, tisanas y lavativas emolientes*). La sangre ofreció un coágulo estenso, sin serosidad, y cubierto por una costra inflamatoria mas gruesa que la de la primera sangría: sudor por la tarde. El 21 era menor el dolor, y la tos mas de tarde en tarde; la lengua habia perdido la rubicundez; persistía la calentura.

En los días siguientes desaparecieron el dolor y demas signos racionales de la pleuresia; sin embargo, continuaba la frecuencia del pulso sin aumento de calor en la piel. El 25 se examinó el pecho, y se halló un sonido macizo en la parte lateral izquierda y posterior, siendo muy débil el ruido respiratorio en el mismo lado, al paso que en el derecho era fuerte, pueril. No habia egofonia ni modificacion alguna notable de la voz; apenas tosía el enfermo; se hallaba bien; pedia alimento, y tan solo se quejaba de no poder respirar completamente; sin embargo, era necesario observarle con alguna atencion en diferentes posiciones, y en el estado de movimiento para comprobar la dificultad de respirar. Preferia acostarse del lado izquierdo. Nos pareció evidente la existencia de un derrame en la pleura izquierda. (*Se aplicó á esta parte del torax un gran vejigatorio*). Desde el 26 de abril á principios del mes de mayo no aumentó ni disminuyó el derrame. Por otra parte no habia calentura; la respiracion parecia libre, y el enfermo quiso abandonar el hospital.

La causa ocasional de esta pleuresia parece haber sido una violencia exterior. M. Broussais ha citado algunos casos análogos en su *Traité des Phlegmasies chroniques*. Dos sangrías ejecutadas en el sexto y sétimo día hicieron desaparecer el dolor, y pudo desde luego creerse que la pleuresia habia cedido del todo; pero la curación era aparente, pues al cabo de pocos días se comprobó la existencia de un derrame en la pleura. Es probable que el tal derrame no fuera muy considerable, pues se oia aun algo del ruido de expansion pulmonar, á pesar de no percibirse la egofonia. ; Cuán engañoso era el bienestar que es-

perimentaba el enfermo. Parecia tan libre la respiracion, era tan lijera la tos, tan natural la expresion de la cara, y se habian conservado tan bien las fuerzas, que sino nos hubiera alarmado la persistencia de la frecuencia del pulso, no hubiéramos percutado ni auscultado el pecho, y hubiésemos creido que el paciente habia recobrado la mas completa salud.

La aplicacion del vejigatorio al lado afecto no ejerció en este individuo influencia alguna.

VII.^a OBSERVACION.

Un curtidor de 25 años de edad, de constitucion fuerte, de pecho ancho y bien desarrollado, habia disfrutado siempre de buena salud. El 12 de julio sintió un lijero dolor debajo de la tetilla izquierda, sin ningun otro sintoma morboso. El 13 se disipó este dolor. Del 13 al 24 apareció y desapareció muchas veces sin trastornar la salud, ni alarmar al enfermo; pero el 24 se presentó con mas intensidad, y al mismo tiempo con tos y disnea. El 25 y el 26 persistieron los mismos sintomas, y se hizo una aplicacion de sanguijuelas al lado. El 27 entró en la Caridad, y en la mañana del 28 se hallaba en el estado siguiente:

Tan solo sentia una lijera opresion; se acostaba indistintamente sobre uno y otro lado; pero le gustaba mas permanecer sobre el dorso, porque en esta posicion le molestaba menos la tos. Solo se presentaba el dolor durante los esfuerzos de la tos y de las grandes inspiraciones. La tos era seca; los movimientos inspiratorios cortos y frecuentes; la palabra un poco anhelosa. En la parte inferior é izquierda era nulo el ruido respiratorio, y el sonido macizo; no habia egofonia. Pulso frecuente; piel caliente y seca. (*Doce sanguijuelas al lado izquierdo*). El 29 el mismo estado. (*Sangria de doce onzas*).

El 30 aumento de disnea; ansiedad estrema. Acostado el enfermo sobre el dorso se quejaba de un peso insoportable, que se oponia á la dilatacion del pecho. Tanto en la parte anterior como en la posterior del lado izquierdo, y hasta el nivel de la tercera costilla, era macizo el sonido; en ambos lados dejaba de percibirse con limpieza el ruido respiratorio, escepto en la fosa supra-espina, é inmediatamente debajo de la clavícula: á la parte inferior de estos puntos, en uno y otro lado, se notaban diferentes variedades de estertor bronquial (estertor mucoso en algunos sitios, en otros sibilante ó ronco). En la parte lateral izquierda y posterior oímos por primera vez una egofonia manifiesta. Persistió la calentura. (*Treinta sanguijuelas al lado izquierdo, tisana de violetas gomada, lavativas de parietaria*).

El enfermo sintió un alivio notable á consecuencia de la aplicacion de las sanguijuelas, desapareciendo completamente el dolor. Por la tarde presentó por primera vez un sudor copioso: tosió y expectoró muchas mucosidades. Durmió tranquilamente por la noche.

El 31 era mucho mas libre la respiracion; el pulso solo tenia una lijera frecuencia. Acostado el enfermo sobre el lado derecho se felicitaba del alivio que habia experimentado; no se percibia la egofonia; por lo demas se conservaba el sonido macizo, y la auscultacion proporcionaba los mismos signos.

El 1.^o de agosto se habia restablecido el sonido en la parte anterior des-

de la clavícula hasta la altura de la costilla, y en la posterior hacia el medio de la fosa supra-espina. En el mismo espacio era claro el ruido respiratorio; pero mucho mas débil que en el lado derecho: mas abajo, tanto delante como detrás, era muy macizo el sonido, y el ruido respiratorio casi nulo; no habia indicio de egofonia. El derrame, aunque notablemente disminuido, era todavia bastante considerable, y sin embargo llegó à ser casi completa la apirexia: la opresion era muy lijera, y atormentaban al enfermo fuertes accesos de tos, suscitados por el menor movimiento. (*Tisanas dulcificantes, dos cremas de arroz, dos caldos*).

Los seis dias siguientes permaneció estacionario el estado del pecho; sin embargo, se recuperaban las fuerzas con rapidez, y era escelente el apetito: apirexia completa durante el dia; pero por las tardes se aceleraba un poco el pulso, y todas las noches habia sudores abundantes. No se aumentó la cantidad de los alimentos.

El 8 de agosto se aplicó al lado izquierdo un vejigatorio de diez pulgadas de diámetro. El ro se oyó de nuevo la egofonia. Hasta el 19 disminuyó progresivamente el sonido macizo, y empezó à percibirse en todo el lado izquierdo el ruido de expansion pulmonar. El estado general era escelente: no sentia el enfermo ninguna opresion, estando persuadido de que se hallaba completamente curado soportaba con impaciencia el vejigatorio. Se le concedió solo la cuarta parte de racion. El 19 de agosto cesó de oirse la egofonia, aunque el sonido era aun menor, y el ruido respiratorio mas débil en el lado izquierdo: nos costó mucho trabajo que el enfermo no saliese en esta época. El 26 de agosto se conoció la completa reabsorcion del derrame por la igualdad del sonido y del ruido respiratorio en los dos lados. Se hizo cesar el vejigatorio, y el enfermo no tardó en salir del hospital.

La pleuresia se anunció al principio en este sugeto por uno de esos dolores pasajeros, fugitivos, que al parecer tienen su asiento en los músculos de las paredes torácicas. Solo despues de trece dias se exasperó repentinamente este dolor, se hizo fijo, permanente, y desde entonces le acompañaron todos los síntomas de una pleuresia aguda. Si se hubiese ejecutado una gran emision sanguínea el 24 de julio, tal vez hubiese abortado la inflamacion, y no se hubiera verificado el derrame. Sea lo que quiera, este derrame era ya muy considerable en la época de la entrada del enfermo en el hospital: entonces habia ya sonido macizo y ausencia de la respiracion en cerca de la mitad inferior del lado izquierdo del torax. Dos dias despues hubo aumento considerable de derrame; y cosa notable, entonces se percibió por la primera vez la egofonia; desapareció al dia siguiente, y volvió à aparecer mas adelante cuando el derrame habia disminuido de un modo considerable; por último, cesó de oirse de nuevo antes del completo restablecimiento del sonido y del ruido natural de la respiracion.

Notemos con cuidado los diferentes estertores bronquiales que se percibieron en el lado izquierdo, á pesar del derrame, en cierta época de la enfermedad. También nos llamó la atención el modo gradual con que se restableció el ruido de expansión pulmonar, á medida que se reabsorbía el líquido derramado.

En una época en que aun era considerable la coleccion, no habia ya tos, ni disnea, ni calentura: las fuerzas se hallaban en buen estado, y el aspecto de la cara era excelente: no dejaremos de repetir que entonces se hubiese creído al enfermo ya convaleciente, á no ser por los signos suministrados por la percusion y la auscultacion. Estos fueron los que obligaron á Mr. Lermínier á sujetar al enfermo á un régimen severo, á pesar de la apirexia. Sin embargo, el derrame no menguó: abandonada á sí misma la naturaleza parecia insuficiente para operar la curacion. Se aplicó un estenso vejigatorio al pecho, hallándose el enfermo al parecer en las condiciones mas favorables para el éxito de este medio. En efecto, poco despues de su aplicacion empezó á disminuir el derrame, y solo se secó el vejigatorio despues de la reabsorcion total. Hasta el mismo tiempo no tomó el enfermo sino una pequeña cantidad de alimentos: tal severidad en el régimen, á la que es muy difícil someter á los enfermos, sobre todo cuando se ha de prolongar mucho tiempo, secundó sin duda muy eficazmente la accion del vejigatorio. A pesar de esta larga privacion de alimentos, apenas se reabsorvió el derrame, recobró el enfermo la plenitud de sus fuerzas y su anterior gordura con una admirable rapidez.

Transcurrió próximamente un mes desde el momento en que empezó á formarse el derrame, y el de su reabsorcion completa.

VIII.^a OBSERVACION.

Un comisionista de 48 años de edad, de cabellos castaños, piel morena, pecho ancho, gran estatura, y que disfrutaba habitualmente de buena salud, sintió el 16 de junio, sin causa conocida, malestar general, laxitud en los miembros y anorexia. Persistieron estos sintomas hasta que el 21 tomó el enfermo un vomitivo, teniendo abundantes evacuaciones por arriba y por abajo. En la misma tarde fué acometido de un violento calor-frio, y por la noche de un dolor vivo debajo de la tetilla izquierda, que exasperaban los grandes movimientos y las grandes inspiraciones. Este dolor persistió hasta el 25, época en que el enfermo entró en la Caridad: hasta entonces habia tenido tan solo tos escasa y seca.

Estado del dia 26. Respiracion corta y acelerada; poca tos sin expectoracion; disnea muy ligera, sonido macizo en la parte posterior y lateral izquier-

da, desde el ángulo inferior del omoplato, hasta la terminacion de las costillas; en la misma estension no se percibia el ruido respiratorio y si la egofonia evidente. Encima del ángulo inferior del omoplato espresado, la respiracion era clara, pero débil; en la parte anterior del mismo lado, y en todos los puntos del derecho, clara y muy fuerte. Persistia el dolor del costado, el pulso estaba frecuente y duro, la piel caliente y seca, la lengua blanquecina, habia sed y astriccion de vientre. Diagnóstico: *Derrame pleurítico izquierdo poco considerable todavía.* (*Sangría de doce onzas, tisana de grama con adición de miel y nitro, lavativa de parietaria, dieta.*) La sangre presentó un coágulo pequeño y una costra inflamatoria gruesa con los bordes revueltos hacía arriba.

El enfermo se sintió notablemente aliviado despues de la sangría: desde este momento no percibió ninguna incomodidad en la respiracion, y desapareció el dolor del costado. En la tarde se le presentó por primera vez un sudor abundante, y durmió por la noche.

El 27, aseguraba el enfermo que no sentia ninguna opresion; sin embargo, las costillas se elevaban con mas fuerza y con mas frecuencia que en el estado de salud, siendo tambien mas pronunciada la depresion del diafragma; la percusion y auscultacion suministraban los mismos datos; la tos era rara y el decubito indiferente. Se estableció una pequeña diarrea, y las orinas eran poco abundantes. (*Veigatorio de seis pulgadas al lado izquierdo, la misma tisana, dos caldos.*) Por la tarde un ligero mador.

El estado del enfermo se conservó estacionario hasta el 1.º de agosto: la calentura era moderada, habiendo todas las tardes un ligero aumento de calor y mador.

Por la primera vez el espresado día hallamos al enfermo del todo apirético, y el calor natural en la piel. El sonido era sensiblemente menos macizo; el ruido respiratorio empezaba á oirse algo en la parte inferior izquierda, donde era nulo los dias precedentes; continuaba la egofonia. Había cesado la diarrea cuarenta y ocho horas antes, el apetito era excelente, y las orinas naturales respecto á su cualidad y cantidad. Por la tarde no hubo aumento de calor, ni sudor. (*Tisana de grama dulcificada y nitrada, dos cremas de arroz, cuatro caldos.*)

En los siguientes dias recobró las fuerzas con rapidez, y le hicieron cada vez menos manifiestos los signos del derrame.

El 10 de agosto no ofrecieron diferencia en ninguno de los dos lados del pecho el sonido y el ruido respiratorio; desapareció la egofonia, y el enfermo no tardó en salir del hospital.

No ensayaremos el determinar hasta que punto un vomitivo tomado algunas horas antes de la invasion de la pleuresia, pudo ser causa ocasional de esta. Si se admite semejante causa, será necesario reconocer, á lo menos en este individuo, una predisposicion particular, en virtud de la que todo agente que hubiese producido un trastorno cualquiera en la economia, hubiera podido determinar del mismo modo una flegmasia en la pleura.

Ya estaba formado el derrame pleurítico cuando entró el enfermo en la Caridad: la sangría que entonces se practicó, quitó el dolor de costado, moderó la inflamacion, y tal vez suspendió sus progresos. Además, disminuyendo la cantidad de sangre que en un tiempo dado debía atravesar los pulmones, alivió de un modo mecánico la dificultad de respirar. En los derrames mas considerables se consigue con frecuencia hacer mucho menor la disnea, cuando se cuida de que al través del pulmon pase la menor cantidad de sangre posible, bien sea por medio de abundantes evacuaciones de este líquido, bien por la sustraccion de los alimentos y de toda especie de estimulantes. Véase por qué es tan ventajosa en estos casos la falta de calentura.

En consecuencia de la sangría se operó una especie de crisis por los sudores y cámaras, y sucedió un notable alivio. Sin embargo, la persistencia de la calentura, la dificultad en la respiracion, mas sensible para el médico que para el enfermo, y sobre todo los signos bien característicos suministrados por la percusion y por la auscultacion, indicaban que el derrame se hallaba distante de haber sido reabsorbido. En esta época habian desaparecido en gran parte los síntomas de un estado agudo. La fluxion, segun el lenguaje de la escuela de Montpellier, exacto en este caso, era el fenómeno principal (*el elemento*) que convenia combatir. Con tal objeto se aplicó al lado enfermo un estenso vejigatorio. Al principio persistió la calentura, en seguida desapareció, y desde entonces empezó á reabsorberse con bastante rapidez el derrame, restableciéndose las fuerzas. Puede asegurarse que la reabsorcion del líquido no fue de modo alguno favorecida por el movimiento febril, como repetidas veces se ha dicho que sucede. Aqui vemos al contrario que no fueron manifiestos los signos de reabsorcion, hasta que el pulso perdió su frecuencia.

Esta observacion prueba, como muchas de las precedentes, que cuando el derrame no es muy considerable, puede oirse el ruido de expansion pulmonar donde existe la coleccion, pero mucho mas débil que en los demas puntos. Tambien prueba la insuficiencia de los medios suministrados por el decúbito: en efecto, nunca permaneció acostado el enfermo sobre el lado afecto.

En cuanto á la modificacion de la voz que constituye la egofonia, fue muy pronunciada en este sugeto mientras duró el derrame.

IX.^a OBSERVACION.

Un albañil de veintisiete años de edad, de temperamento linfático-sanguíneo, se fatigó mucho en la madrugada del 24 de agosto, y se espuso, estando sudando, á una corriente de aire frio. Por la tarde sintió cefalalgia y algunos calos-frios. En la noche del 24 al 25 se despertó con un dolor vivo por debajo de la tetilla izquierda, que persistió todo el día. Guardó cama, y por la tarde principió á toser. El 26 continuaba sintiendo el dolor, y consultó con un médico, que se limitó á aconsejarle bebidas dulcificantes. El 27 le dieron dos granos de emético, que produjeron vómitos biliosos abundantes y muchas cámaras: durante el día se encontró notablemente aliviado: disminuyó el dolor de costado, la respiracion adquirió mas libertad, y la tos se hizo escasa. Creyéndose casi curado pretendió levantarse el 28, pero asombrado de su debilidad, se volvió á acostar, y entró el 29 de agosto en la Caridad. Desde la invasion hasta esta época, se habian presentado todas las noches sudores copiosos.

Estado del 30. No sentia el dolor sino en el momento de toser, por la percusion ó por la simple presion; la tos era algo frecuente y seca, la respiracion corta, precipitada; eran dolorosas las grandes inspiraciones, y determinaban accesos de tos; el enfermo permanecia medio sentado en la cama, pues el decúbito horizontal aumentaba considerablemente la disnea. En todo el lado derecho era muy claro el sonido, y la respiracion grande y clara; en la parte posterior y esterna del izquierdo, desde la quinta costilla abajo, el sonido era muy macizo, la respiracion nula, y habia una egofonia dudosa; por encima de la espesada costilla volvia á presentarse la sonoridad, pero la respiracion se oia con menos facilidad que en el lado derecho, lo cual era resultado mecánico de la compresion que sufría el pulmon, y que solo permitia el acceso de una cantidad menor de aire en un tiempo dado. El pulso estaba frecuente y duro, la piel madorosa y poco caliente, la lengua cubierta de una capa gruesa blanquecina; anorexia, sed; no se habia movido el vientre en tres días.

Diagnóstico: *Pleuresia izquierda terminada por derrame.* Impedir que este aumentara y favorecer su reabsorcion, disminuyendo la accion inflamatoria, fue la indicacion que nos propusimos llenar. (*Sangria de diez y seis onzas, cuarenta sanguijuelas al costado izquierdo, infusion de borraja y violetas dulcificada, looc, dieta.*)

Bajo la influencia de esta doble emision sanguinea disminuyó la disnea en el curso del día: por la tarde hubo aumento de calentura. La sangre de la sangria no tenia costra inflamatoria.

El 31, la egofonia dudosa de la víspera era evidente, por lo demas persistia el mismo estado. (*Dos vejigatorios á las piernas, la misma bebida.*)

El 1.^o de setiembre desapareció enteramente el dolor de costado, sudor por la noche, calentura, constipacion. (*Lavativas con adiccion de sen y sulfato de sosa.*)

Del 2 al 6 de setiembre desaparecieron poco á poco los sintomas del estado agudo, disminuyó el calor de la piel, el pulso se puso menos frecuente y mas blando, pero por las tardes habia siempre un recargo febril muy marcado, y sudores nocturnos. La respiracion se ejecutaba con bastante libertad,

cuando el enfermo habia guardado quietud por algun tiempo, y se aceleraba, apenas hablaba ó pretendia sentarse: el decúbito era dorsal. La percusion y la auscultacion suministraban los mismos datos: continuaba siendo evidente la egofonia. Asi pues, no parecia que se hubiese aumentado el derrame desde la entrada del enfermo en el hospital, pero tampoco habia disminuido: la pleuresia tendia en la apariencia á pasar al estado crónico. (*En tal estado de cosas, M. Lermínier cubrió el costado al enfermo con un estenso vejigatorio, procurando al mismo tiempo sostener una útil diófresis, mediante la administracion de quince granos de polvos de Dover en tres dosis.*)

Despues de la aplicacion del vejigatorio, fue haciéndose mas libre la respiracion; disminuyó la calentura, sin cesar los sudores nocturnos. Hacia el 15 empezó á oírse débilmente la respiracion en la parte posterior del lado izquierdo, donde antes era del todo nula.

El 18 hallamos por tercera vez el pulso sin ninguna frecuencia; el enfermo se encontraba muy bien, se levantaba sin fatiga, y pedia alimentos con vivas instancias; se le concedió un cuarto de racion: hasta entonces no habia tomado sino caldos, fideos y cremas de arroz. En los dias siguientes no se volvió á presentar la frecuencia del pulso.

El 22, se percibia aun con alguna debilidad la respiracion en la parte posterior izquierda: no habia ninguna egofonia. El enfermo, que creia haber recobrado una salud completa, nos anunció que estaba decidido á abandonar el hospital dentro de pocos dias, y á pesar de nuestras observaciones, quiso que se le cerrara el vejigatorio.

Examinamos de nuevo el pecho el 26: el sonido era todavia macizo en la parte izquierda posterior é inferiormente, desde las últimas costillas hasta un poco por encima del ángulo inferior del omoplato; en todo este espacio contrastaba la debilidad de la respiracion con la fuerza de la misma en los demas puntos del torax: faltaba aun mucho para que el derrame estuviese del todo reabsorbido. Por lo demas el estado general del enfermo era muy satisfactorio: se paseaba por las salas sin sentir fatiga ni disnea. Salió el 27.

Podemos notar en esta observacion lo que ya hemos procurado hacer resaltar en otras muchas, á saber, la diferencia que segun la antigüedad de la enfermedad existe entre los síntomas que señalan la existencia de un derrame pleurítico, aunque la cantidad del líquido derramado sea la misma poco mas ó menos. Asi es que al principio se manifiestan los síntomas mas graves: dolor dislacerante de costado, estrema dificultad de respirar, calentura intensa y ansiedad general que llega al mas alto grado. Nada mas fácil entonces que el diagnóstico de la enfermedad; pero mas adelante se moderan dichos síntomas agudos, y desaparecen en parte: la disnea, menos considerable, no se percibe sino cuando se acelera momentáneamente el curso de la sangre por un cambio en el estado habitual del enfermo, dimanado de un movimiento no acostumbrado, de la in-

roduccion de los alimentos en el estómago, de una impresion moral, etc.; la piel pierde su calor quemante, y una ligera aceleracion en el pulso viene á ser el único signo que anuncia no haber vuelto la circulacion á su estado normal. Cuando los enfermos llegan á este grado, se quejan solo de la falta del restablecimiento de las fuerzas, y creen tocar el principio de la convalecencia. El mismo médico, sino se hallase iluminado por la percusion y la auscultacion, participaria frecuentemente de tal esperanza. Mas adelante aun pierde el pulso completamente su frecuencia; se recobran las fuerzas; la progresion, la accion de hablar, etc. no ocasionan disnea, y parece que el pulmon que ha quedado sano, adquiere un aumento de accion y de vida, que hace en cierto modo inútiles las funciones del que está comprimido por el derrame. Pero si en esta época se percute de nuevo el pecho, si se recurre á la auscultacion, hallaremos que el derrame no se ha reabsorvido completamente. Entonces es de la mayor importancia para el enfermo la observancia severa de las reglas higiénicas: si se somete á ellas puede esperar que el liquido derramado se reabsorva poco á poco; pero si las abandona no tardará en sobrevenir una recaída, la inflamacion de la pleura volverá á pasar al estado agudo, y se hará con mas ó menos rapidez mortal.

Hemos podido netar diferentes fases en nuestro enfermo, y hemos visto que el tratamiento se ha modificado en cada una de ellas. Mientras los sintomas se hallaron en su mas alto grado de agudeza, se combatieron con las sangrias generales y locales. Cuando la enfermedad empezó á pasar al estado crónico, y dejó de temerse una reaccion general, se aplicó un vejigatorio al pecho, y se solicitó la accion de la piel con los polvos de Dover. No olvidemos advertir el alivio momentáneo que siguió á la administracion de dos granos de tártaro estibiado, tomados por el enfermo antes de su entrada en la Caridad.

Citemos ahora otros casos en que la pleuresia ha sido casi, y aun del todo, latente desde el principio.

X.ª OBSERVACION.

Un carretero de 40 años de edad, de piel morena, cabellos negros, músculos poco desarrollados, y que habitualmente disfrutaba de buena salud, se fatigó mucho el 2 de julio, y se espuso á una corriente de aire frio, hallándose sudando. Bien pronto sintió malestar general, al que siguieron calos-frios, y dolor en la parte anterior derecha del torax entre la tetilla y la clavícula: este dolor aumentaba por la presion, por la tos, y por las grandes inspiraciones.

En la tarde sudor abundante. El segundo y tercer día persistencia del dolor, sudor por las tardes: por lo demas el enfermo ni tosia, ni espectoraba, ni tenia opresion. Al cuarto día hicieron desaparecer el dolor doce sanguijuelas aplicadas al sitio afecto. El quinto entró el paciente en la Caridad; entonces solo se quejaba de un dolor obtuso por debajo de la tetilla derecha. Habia venido al hospital por su pie; aseguraba no tener ninguna disnea; el decubito era indiferente, y podia adoptarle del todo horizontal; se sentaba con facilidad, y permanecia en esta posicion sin experimentar fatiga ni disnea; hablaba con libertad; no tenia tos; la apirexia era completa; la boca se encontraba un poco pastosa, y existia una ligera diarrea. Decia el enfermo que habia entrado en el hospital solo para reponerse y recobrar las fuerzas que le habia quitado la calentura de los días anteriores. Efectivamente, juzgando por el conjunto de sintomas que acabamos de enumerar, nada era menos alarmante que su estado: parecia haber tenido una pleuresia bastante ligera, curada con una sangria local, y podia considerarse como convaleciente. ¡Cuál fué nuestra admiracion cuando percutiendo el pecho reconocimos que en todo el lado derecho era muy macizo el sonido! En este mismo lado, tanto en la parte anterior como en la posterior, desde la clavícula y la espina del omoplato hasta las últimas costillas no se percibia el ruido respiratorio, al paso que en el otro era fuerte, pueril. Aplicando el oído al lado derecho, y haciendo hablar al enfermo, se notaba una resonancia de la voz, que se aproximaba á la egofonia, y que hubiera podido considerarse como producida por el derrame; á no ser porque en el costado opuesto se percibia la misma resonancia: era, pues, un estado fisiológico. Sea como quiera, no podia ponerse en duda la existencia de un derrame pleurítico. Se aplicó al lado derecho del torax un estenso vejigatorio, que se sostuvo los días siguientes. Se solicitó la secrecion de la orina con el nitro y los escilíticos, cuyos medicamentos se hallaban favorecidos en su accion por la ausencia completa de calentura.

Examinado el enfermo, tanto por la tarde como en las diferentes épocas del sexto al décimo quinto día, nunca ofreció el menor signo de calentura: se paseaba por el jardín del hospital, subia y bajaba las escaleras, sin que pareciera dificultada de modo alguno la respiracion; sin embargo, examinándole atentamente, se observaba que las inspiraciones eran mas frecuentes que en el estado natural, y que en cada movimiento inspiratorio las costillas se elevaban mas que en un hombre que disfrutara de buena salud. *No queria persuadirse de que se hallaba enfermo*; tenia buen apetito, y su permanencia en el hospital se prolongaba á pesar suyo. Las orinas eran muy abundantes, y todos los días salia de la superficie del vejigatorio una gran cantidad de serosidad.

El décimo sexto día se oyó por la primera vez un ruido respiratorio débil, inmediatamente debajo de la clavícula derecha, cerca de la union de las costillas con el esternon; tambien nos pareció que el sonido era en este punto menos macizo. Asi, pues, el haber disminuido algo el derrame, la falta completa de calentura, el estado satisfactorio de las fuerzas; en una palabra, todo contribuia á asegurarnos que á beneficio del tiempo y de un tratamiento conveniente se obtendria la reabsorcion completa del líquido; pero el enfermo se empeñó en abandonar el hospital el 22 de julio, á pesar de nuestras reflexiones.

Algunos días despues le encontramos en una calle de Paris, conduciendo sus caballos. Se hallaba alegre y lleno de fuerza, y nos aseguró que disfrutaba de buena salud.

Hemos hecho resaltar en el curso de esta observacion lo que principalmente la hace interesante: no se concibe verdaderamente cómo una coleccion tan grande, y acacida con tanta rapidez, pueda existir sin dificultar notablemente la respiracion, y sin trastornar de modo alguno la economía. A *priori* ciertamente no se admitiria la posibilidad de semejantes hechos. Con la precedente historia podemos comparar la de un jóven, discípulo de farmacia, á quien hará dos años asistimos en la calle de Faubourg-Saint Honoré, núm. 21. Este jóven, de una constitucion bastante débil, sintió al principió dolores vagos en las paredes torácicas del lado izquierdo, que fueron considerados como reumáticos: en poco tiempo aumentaron de intensidad, y se presentó calentura. Se cubrió el lado izquierdo de sanguijuelas, y se practicaron abundantes sangrias generales. Entonces vimos al enfermo: percutiendo el pecho daba un sonido muy macizo, tanto en la parte anterior como en la posterior del lado izquierdo; era nulo el ruido respiratorio del mismo lado, y no habia en él ninguna resonancia particular de la voz. Por lo demas el paciente ni tosia ni espectoraba; se acostaba indistinta y horizontalmente en todas las posiciones, y aseguraba que no sentia ninguna opresion; sin embargo, la respiracion era evidentemente acelerada, y la voz un poco anhelosa. La calentura, muy moderada durante el dia, se aumentaba algo al anochecer. No podiamos dudar acerca de la naturaleza de la enfermedad. Se habia sangrado copiosamente al enfermo, y pensamos que por algunos dias no convenia ningun tratamiento activo, y si solo darle algunas tisanas emolientes, y recomendarle una dieta severa: por este medio nos prometiamos que cediese la calentura, cuyo momento esperábamos para aplicar un vejigatorio. En efecto, no tardó en extinguirse el movimiento febril, y cubrimos el lado izquierdo con una estensa cantárida, que irritó mucho al enfermo, y reprodujo momentáneamente la fiebre: se disminuyó la superficie del tóxico, y se sostuvo el resto, administrando al mismo tiempo ligeros diuréticos ya en fricciones, ya interiormente. A los pocos dias empezamos á oír un ruido respiratorio débil debajo de la espina del omoplato y de la clavícula izquierda, prueba manifiesta de que el derrame habia disminuido algo. En los quince dias siguientes se conservó estacionario; sin embargo, todos los que veian á M. T.... le consideraban como convaleciente, y aun nosotros hubieramos creído lo mismo, si la auscultacion y la percusion no hubiesen continuado indicándonos la existencia de un derrame considerable. En tal estado de cosas deseaba vivamente el enfermo trasladarse á su pais, donde decia que pasaria el tiempo de su convale-

cencia. Accedimos á sus deseos, persuadidos de que uno de los grandes medios de curacion para él era el uso bien dirigido de los medios higiénicos. Pasó un mes en su pueblo en el seno de su familia, haciendo diariamente un ligero ejercicio, tomando poca comida, y bebiendo leche. Al volver á París no presentaba ningun indicio de derrame, y disfrutaba de buena salud.

XI.^a OBSERVACION.

Un bábaro, sastre, de 22 años de edad, de estatura elevada, piel blanca y músculos bien desarrollados, hizo á pie el camino desde la Alsacia á París, llevando en la espalda un saco bastante pesado. Desde esta época tuvo habitualmente tos seca, y se quejaba de hallarse un poco asmático: nunca habia experimentado dolor en el pecho. En los cinco dias precedentes á su entrada en el hospital espectoró una gran cantidad de sangre roja y espumosa. Entró el 14 de marzo, y el 15 presentaba el estado siguiente:

Cara pálida, pulso febril, piel matorosa, sonido macizo en todo el lado derecho del torax, escepto debajo de la clavícula en el mismo lado; solo se oia la respiracion en el espacio de dos dedos debajo de dicho hueso; la voz no ofrecia ninguna resonancia particular. Midiendo el lado á que nos referimos, hallamos que tenia siete á ocho líneas mas de anchura que el otro. En el izquierdo el ruido respiratorio era fuerte, pueril, y en algunos puntos se hallaba mezclado con estertor mucoso. El decúbito era indiferente; la respiracion corta y acelerada; continuaba la hemotisis; las fuerzas estaban bien conservadas; las funciones digestivas intactas. Diagnóstico: *pleuresia crónica con derrame en el lado izquierdo, complicada con hemotisis. (Sangria de doce onzas.)* La sangre presentó costra inflamatoria.

Al otro dia, 16, era menos abundante la hemotisis, y menos frecuente el pulso. (*Sangria de doce onzas, tisana de cebada, una crema de arroz, dos caldos.*) La sangre no ofreció costra inflamatoria. El 17 habia cesado casi completamente la hemotisis; no habia calentura; pero persistian todos los signos del derrame. El 18 se aplicó al lado derecho un estenso vegigatorio; en la noche que siguió á su aplicacion se aumentaron los esputos sanguineos. Del 19 al 22 no arrojó el enfermo mas que dos ó tres esputos teñidos de sangre cada 24 horas, cesando completamente la hemotisis el 24. Desde esta época hasta el 11 de abril careció constantemente de calentura el enfermo; tosía poco, y únicamente se quejaba de tener algo corta la respiracion; sin embargo, nada anunciaba una disminucion del derrame. Creyéndose sano y viéndose fuerte abandonó voluntariamente el hospital el 11 de abril.

Esta observacion nos presenta un ejemplo de pleuresia mas latente aun que la precedente. En efecto, la existencia de la enfermedad no se anunció en ninguna época por el dolor. M. Broussais ha citado tambien muchos casos de derrames pleuríticos, á

los que ni precedió, ni acompañó dolor alguno. Tal vez se empezó á formar el derrame en este individuo desde que llegó á París. Sea como quiera lo que obligó al enfermo á interrumpir sus ocupaciones y entrar en la Caridad, no fué el derrame sino la hemotisis. De esta dependían la calentura, la disnea y la tos frecuente; en una palabra, el estado agudo que presentó al tiempo de entrar. En efecto desaparecieron todos los síntomas al mismo tiempo que la espucion de sangre. Aun cuando el derrame fuese bastante considerable para dilatar el lado del torax donde existía, dificultaba tan poco la respiracion, producía tan ligero trastorno en la economía, que cualquiera que en tal época hubiese visto al enfermo sin auscultarle, percutirle ó medir su pecho, le hubiera creído enteramente curado.

Por lo demas, cualquiera que fuese entonces el buen estado del enfermo, no era menos desfavorable el pronóstico. Tratado este sugeto convenientemente, á fuerza de tiempo y de cuidados hubiera podido curarse, como el enfermo de quien hemos hablado en la décima observacion; pero en tal estado el menor esceso en el régimen, cualquiera circunstancia propia para acelerar el curso de la sangre le podia ser funesta, determinando el aumento de la disnea, y por consiguiente la tendencia al marasmo, la disminucion progresiva de las fuerzas, la calentura hécica, el deterioro de todas las funciones, y finalmente la muerte.

No citaremos más observaciones de este género, porque no serian mas que la exacta repeticion de las precedentes. Pasemos á los casos en que la pleuresia termina por la muerte: como estos son de un interés mas variado, presentaremos bastante número de ejemplos.

XII.^a OBSERVACION.

Un hombre de 32 años, dedicado al oficio de prendero por las aldeas, que habia espectorado algunas veces sangre, que tenia tos desde bastantes años antes, y cuya espiracion era habitualmente corta, sintió el 19 de marzo un violento dolor en el costado derecho, acompañado de calos-frio, al que siguieron calor y opresion. En los dos dias sucesivos persistieron estos síntomas, y se hizo una aplicacion de cincuenta sanguijuelas al pecho. A la entrada del enfermo en la Caridad (el cuarto dia desde la invasion del dolor) se le hizo una gran sangria. Al otro por la mañana (quinto dia) era muy dificil la respiracion, la palabra anhelosa, el decúbito lateral derecho, y solo se hacía sentir el dolor por la tos ó la percusion. El sonido era macizo en toda la estension de la parte posterior derecha del torax; siendo el ruido respiratorio nulo en esta misma parte, y fuerte y claro en todas las demas: no habia ninguna resonancia particular de la voz. La espectoracion era la de la bronquitis crónica; el pulso estaba frecuente y débil, la piel cubierta de sudor. La sangre que se

había sacado el día antes, presentaba un coágulo denso, cubierto por una costra inflamatoria gruesa con los bordes vueltos hacia arriba y rodeados de mucha serosidad. El enfermo se hallaba tan débil que M. Lerminier no creyó conveniente hacer otra nueva sangría (*veinte sanguijuelas al ano; vejigatorio de ocho pulgadas de diámetro al lado derecho; tisana de violetas; dos caldos.*)

Al sexto día era menor la opresión; la fisonomía tenía mejor aspecto, y había salido una gran cantidad de serosidad del vejigatorio. Por la tarde mucha dificultad de respirar.

En el séptimo día el sonido era macizo, y había dejado de oírse el ruido respiratorio en la parte anterior derecha: había, pues, aumentado el derrame. Ejecutada la medicion se halló ser el lado derecho unas ocho líneas mayor que el otro. El pulso estaba muy frecuente, aunque no había aumento de calor en la piel; habíanse alterado las facciones, haciendo progresos la debilidad general. (*Dos vejigatorios á las piernas, sosteniendo el del torax. Cocimiento de poligala, un grano de kermes en cinco onzas de pocion gomosa, tisana de violetas.*)

En los tres días siguientes se aumentó la disnea, la auscultacion y la percusion suministraron los mismos signos. Decúbito dorsal un poco inclinado á la derecha; sudores parciales de la cabeza y cuello.

En el undécimo día cara cadavérica, respiracion anhelosa, pulso filiforme, estremidades frias. Muerte por la noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

El diafragma se hallaba muy deprimido hacia abajo; todo el lado derecho del torax desde la primera costilla hasta el espesado músculo estaba lleno de un liquido purulento, mezclado con un poco de aire, que se escapaba en forma ampollas al hacer una incision en un espacio intercostal. El pulmon de este lado replegado contra el mediastino se hallaba reducido á una lámina delgada, siendo fácil devolverle su volumen, mediante una ligera insuflacion. Le cubrían falsas membranas gruesas, blandas y no organizadas todavia. Su parenquima aparecia sano. Nada de notable presentaban la pleura y el pulmon del lado izquierdo. El corazon, lleno de sangre negra coagulada en parte, ofrecia una ligera hipertrofia del ventriculo izquierdo con dilatacion de su cavidad. La cara interna de la aorta, que se hallaba en contacto con sangre negra, estaba enrojecida. El higado replegado por la depresion del diafragma descendia hasta el nivel del ombligo, y estaba ingurgitado de sangre. Por debajo de la mucosa gástrica caminaba gran numero de venas llenas de sangre.

Esta observacion presenta en cierto modo el tipo de las inflamaciones agudas de la pleura. A pesar de haber sido combatida esta flegmasia desde el principio con un gran número de sanguijuelas aplicadas al pecho, no caminó con menos intensidad; desde el quinto día la ausencia completa de todo ruido res-

piratorio, y el sonido macizo, unidos al conjunto de los demás síntomas, anunciaron que el derrame era ya muy considerable, por cuya razón ni se oía la egofonia, ni ninguna modificación parecida de la voz. Desde el séptimo día había ya dilatación en el lado donde existía el derrame. El decúbito era al principio sobre el costado enfermo; pero á medida que la disnea se hacía mayor y se aumentaba la debilidad, el enfermo se fué colocando sobre el dorso, aunque conservándose siempre un poco inclinado sobre la derecha: esta última posición fué característica. En cuanto al tratamiento hemos visto los motivos que obligaron á M. Lerminier á insistir principalmente en el uso de los revulsivos.

Comparemos ahora esta observación con la X.^a y la XI.^a Todo indica que en los tres casos el derrame fué bastante considerable, y que en los últimos se verificó con tanta rapidez como en el enfermo de que tratamos en la actualidad. Mas comparemos los síntomas. ¿Qué diferencia!

La opresión ligera, pero habitual, de que el enfermo se quejaba muchos años antes, se explica suficientemente por la lesión del corazón. ¿Sería esta una de las causas que aumentaron la gravedad de la pleuresia? En razón á las frecuentes hemotisis que se verificaron, podía temerse la existencia de tubérculos, pero no se halló ninguno.

XIII.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico consecutivo á la abertura de una escavación tuberculosa en la pleura.

Entró un joven de 25 años en la Caridad con todos los síntomas de una tisis pulmonar (hemotisis frecuentes hacia dos años: tos habitual desde la misma época; opresión y disminución gradual de las fuerzas y de la gordura). El pecho resonaba con igualdad en todos los puntos. En el lado derecho era fuerte y claro el ruido respiratorio; en la parte anterior y posterior del lado izquierdo se hallaba oscurecido en algunos puntos por un estertor ó ruido análogo al que se produce soplando por un cauto delgado en el agua de jabón. No había pectoriloquia evidente. Diagnóstico: *escavaciones tuberculosas en el pulmón izquierdo, con tejido pulmonar sano á su alrededor.* En los quince días siguientes no ofreció nada de nuevo el enfermo. Al cabo de este tiempo le hallamos una mañana acostado sobre el lado izquierdo, con mucha mayor dificultad de respirar que los días anteriores, y sin quejarse por otra parte de ningún dolor. Percutido el pecho producía un sonido macizo en la parte izquierda y posterior; en la misma extensión sustituía al ruido respiratorio el que antes hemos descrito; la voz tenía una resonancia particular que se parecía á la del *polichinela*. Pulso pequeño y frecuente; cara pálida y cubierta de sudor. (*Vejigatorio al lado izquierdo.*)

En los tres dias siguientes: aumento de disnea; enflaquecimiento rápido; alteracion profunda de la fisonomía; decubito constante sobre el lado izquierdo, à pesar del vèjigatorio. Presentimiento de un próximo fin; estertor traqueal, y muerte.

ABERTURA DEL CADAVER.

En la pleura izquierda habria cosa de una azumbre de un líquido seropurulento. La superfácie del pulmon, cuyo volúmen se hallaba disminuido, estaba cubierta de falsas membranas de reciente formacion. Cuando se levantaron las membranas se descubrió una abertura de bordes redondeados y obtusos, que tenia cosa de dos à tres líneas de diámetro, y estaba colocada en la superfácie esterna del pulmon un poco por encima de la cisura interlobular. Al través de esta abertura se distinguía una cavidad formada en el parenquima pulmonar, y por la misma salia con facilidad una sonda introducida por una division bronquial. Nos convencimos de que se hallaba colocada en la pared esterna de una estensa caverna, con la que comunicaba un tubo bronquial grueso, haciendo una incision en el trayecto de la sonda acanalada. Desde entonces nos fué conocida la causa de la pleuresia. En el mismo pulmon habia otros tubérculos, muchos de ellos reblandecidos, que formaban ya cavidades pequeñas. En sus intervalos se hallaba sano el parenquima pulmonar. El pulmon derecho contenia solo un corto número de tubérculos crudos.



No son raros los derrames pleuríticos debidos à la comunicacion de una escavacion tuberculosa con la cavidad de la pleura. Por lo regular resulta una pleuresia aguda mas ó menos inmediatamente mortal. En el caso que nos ocupa es una circunstancia notable la ausencia del dolor. El derrame era poco considerable, por cuya razon percibimos una variedad de la egofonia, y aun pudo oirse el estertor de las cavernas.

En los tísicos se hallan à veces escavaciones tuberculosas, cuya pared esterna está formada únicamente en una estension mayor ó menor por la pleura delgada y transparente como en el estado sano. En tales casos se concibe fácilmente la posibilidad de romperse esta membrana, y de producirse consecutivamente una pleuresia.

No solo cuando existen cavernas estensas es cuando se han visto sobrevenir derrames debidos à su abertura en la pleura; le hemos observado en un sugeto cuyos pulmones contenian à lo mas cinco ó seis tubérculos pequeños. Uno de ellos del tamaño de una avellana, y desarrollado inmediatamente debajo de la pleura pulmonar, se hallaba reblandecido, y habia determinado la perforacion.

En la mayor parte de los casos en que la pleuresia resulta de la abertura de una caverna pulmonar en la pleura, hay al mismo tiempo neumo-torax. Mas adelante nos ocuparemos de esta complicacion.

XIV.ª OBSERVACION.

Derrame pleurítico consecutivo á la comunicacion de una gangrena del pulmon con la pleura.

Un hombre de unos 40 años entró en la Caridad durante el mes de diciembre de 1822: su inteligencia era tan obtusa, que no se pudo obtener de él ningun dato preciso acerca de su estado antecedente. Se hallaba pálido y débil; tosía y tenia una expectoracion puramente catarral; su respiracion era corta y acelerada; nada patológico daban á reconocer la percusion y la auscultacion; hacia quince dias que tenia diarrea: el pulso pequeño y frecuente, sin haber aumento de calor en la piel. No habia mas que una lesion evidente en este enfermo, la inflamacion intestinal: ademas podia sospecharse la existencia de tubérculos pulmonares. (*Vejigatorio á los muslos, tisanas de arroz gumadas, caldos*).

En los dias siguientes fijó nuestra atencion la fetidez repugnante del aliento. Por lo demas el mismo estado. (*Cocimiento blanco, un vaso de cocimiento de catechu*).

A los seis dias de entrar se quejó de un dolor en el sitio correspondiente á las seis últimas costillas falsas, y que no desapareció á pesar de haberse aplicado diez sanguijuelas.

Las facciones sufrieron una notable alteracion en el dia siguiente; el enfermo espresaba con llanto y gemidos la intensidad del dolor que sentia en el lado izquierdo. La respiracion grande y acelerada; el decubito dorsal; la tos mas frecuente, pero los esputos no habian cambiado de carácter; el pecho parecia algo menos sonoro en la parte posterior izquierda, siendo en el mismo punto mas débil el ruido respiratorio, y sin mezcla de estertor. M. Lermier anunció la existencia de un derrame pleurítico incipiente. A pesar de la gran debilidad del enfermo hizo que se le aplicaran veinte sanguijuelas al lado afecto y dos vejigatorios á las piernas. Durante el dia se aumentó mas y mas la debilidad general, sin acelerarse la respiracion; se trastornaron las funciones intelectuales; se presentaron algunos movimientos convulsivos en los miembros, y sucumbió el paciente por la noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

Al abrir el torax, y separar el pulmon izquierdo llamó la atencion el olor fétido que salió de la cavidad de la pleura del mismo lado. Contenia algo menos de un azumbre de un líquido agrisado, en medio del cual nadaban copos albuminosos, que formaban membranas sin organizar todavía, y tapizaban las pleuras costal y pulmonar. En la parte posterior y media del pulmon izquierdo se hallaba una profunda depresion, debida á una cavidad que existia en el mismo punto, y en comunicacion con la misma pleura, cuya cavidad era bas-

tante considerable para admitir una nuez gruesa, y contenía una especie de pulpa ó papilla de color gris verdoso, que en muchos puntos se adhería al parenquima pulmonar por filamentos muy delgados y semi-fluidos. Las paredes de dicha cavidad, á la cual no podía asignarse una forma regular, no se diferenciaban en el grueso de dos ó tres líneas, de la materia en ella contenida, sino por ofrecer algo más de consistencia; recobrando su aspecto natural el parenquima pulmonar á mayor distancia, y exhalándose de todas estas partes una fetidez gangrenosa. En el centro del mismo pulmon encontramos otra porción, próximamente del tamaño de una manzana pequeña, atecada también de gangrena, pero en un grado menos adelantado: en este punto se desgarraba con facilidad el tejido pulmonar, mas no se hallaba aun reducido á pulpa; arrojaba una gran fetidez, y tenía un color pardo verdoso. Tanto alrededor de dicha porción como de la primera, se hallaba completamente sano el parenquima pulmonar. Nada más se notaba en el resto de los órganos torácicos, ni en el encéfalo y sus dependencias. En la terminación de los intestinos delgados y en el ciego había algunas úlceras.

La comunicacion del foco gangrenoso con la cavidad de la pleura fué evidentemente en este caso la causa determinante de la pleuresia. El derrame era al principio poco considerable, y ni los accidentes ni la muerte dependieron de la dificultad de respirar. La pleuresia que hemos citado, fué mortal como lo hubiera sido una peritonitis, ó cualquiera otra inflamacion que hubiese invadido á un sugeto profundamente debilitado de antemano.

Considerada esta historia respecto de la gangrena del pulmon, nos parece que no es menos digna de interés: ofrece un caso de gangrena en dos grados diferentes y en el mismo pulmon, y prueba cuán oscuro es el diagnóstico de semejante lesion, cuando el foco gangrenoso no se comunica todavía con los bronquios, y no hay de consiguiente expectoracion característica. Finalmente, aqui no sucedió la gangrena á una pulmonía franca, y bajo tal punto de vista difiere la presente observacion de algunas otras de gangrena pulmonar insertas en el precedente volúmen.

XV.ª OBSERVACION.

Derrame pleurítico formado por sangre.

Un vinatero de 40 años de edad, que tenía la piel morena, los cabellos castaños, y presentaba la apariencia de una constitucion fuerte, había disfrutado de buena salud hasta principios de enero de 1822. Entonces empezó á toser, no impidiéndole su catarro continuar en sus ocupaciones ordinarias, ni pareciendo que por lo demás se resintiese su salud: al cabo de un mes fue aco-

metido de un violento dolor de costado à la altura de la tetilla derecha, sintiendo al mismo tiempo opresion y calentura, con cuyo motivo entró en la Piedad, donde le sangraron seis veces en seis semanas. No permaneció mas tiempo en el hospital, y conservó à su salida una ligera tos, y un poco de disnea. Habiendo querido volver à su ejercicio, sintió de nuevo el dolor de costado, se le aumentó la tos, y entró en la Caridad el 24 de abril. Entonces se quejaba de un dolor en toda la parte lateral inferior derecha del torax, que se aumentaba por la inspiracion y la tos. Era incompleta la respiracion; la palabra algo anhelosa; el decúbito indiferente, y la expectoracion catarral. Percutido el pecho ofrecia un sonido muy macizo en la parte posterior y lateral derecha; en el mismo lado y al nivel de las cinco à seis primeras costillas se oia un estertor crepitante muy fuerte, que mas abajo no se notaba; no habia egofonia ni resonancia alguna de la voz que pudiese simularla. Midiendo el torax nos pareció que el lado derecho tenia tres ó cuatro líneas mas que el otro. El pulso era frecuente; no habia aumento de calor en la piel; jamás habia sentido el enfermo ni calos-frios, ni sudor. Mal sabor de boca; anorexia; constipacion. Nos pareció ser patente la existencia de un derrame en la pleura. Hallándose por lo demas el enfermo en un grado muy adelantado de debilidad y enflaquecimiento, se le aplicó un estenso vejigatorio al costado derecho.

En los cuatro dias siguientes el mismo estado. Del 28 al 29 se alteraron profundamente las facciones; arrojó el paciente por primera vez esputos purulentos que parecian proceder del reblandecimiento de una masa tuberculosa. El 30 apenas tenia fuerzas para pronunciar algunas palabras en voz baja. La inteligencia se conservaba intacta. El 1.º de mayo se hallaba moribundo; habia expectorado una pequeña cantidad de esputos en forma de placas muy fétidas, y de color gris-ceniciento. Sucumbió en el transcurso de la noche, persistiendo la constipacion hasta el último momento.

ABERTURA DEL CADAVER.

La pleura derecha presentaba una vasta cavidad, cuya pared superior, situada à la altura de la cuarta costilla, se hallaba formada por el lóbulo superior del pulmon, adherido à las paredes del torax por falsas membranas gruesas. Esta cavidad se encontró llena de un líquido de color rojo subido, y que ofrecia todos los caracteres de la sangre venosa recién sacada de los vasos, habiendo dos ó tres cuajarones pequeños en el fondo. Las costillas, el pulmon y el diafragma se encontraban tapizados por falsas membranas gruesas y rojas, por las que serpeaban filamentos, que dejaban entre sí areolas poco mas ó menos de la misma forma y tamaño.

Los lóbulos medio é inferior del pulmon derecho estaban replegados hácia las partes laterales de la columna vertebral; su tejido era rojo, y se hallaba vacío de aire. El lóbulo superior contenia muchos tubérculos en estado de crudeza, y el parenquima pulmonar intermedio ofrecia una grande ingurgitacion. El pulmon izquierdo estaba sano. El corazon no tenia nada digno de notarse.

La superficie interna del estómago estaba blanca, y su mucosa sana. En toda la estension de los intestinos delgados habia una fuerte inyeccion submucosa. En el colon se hallaron cinco à seis úlceras oblongas, cuyo mayor

diámetro seguía la dirección transversal del intestino; su fondo negruzco, formado por el tejido celular sub-mucoso engrosado, ofrecía algunos granos de materia tuberculosa. Cada una de dichas úlceras ocupaba cuando menos los dos tercios de la anchura del intestino, y en sus intermedios se hallaba la mucosa muy pálida y del grueso y consistencia ordinarias. En el todo de los intestinos gruesos había materias fecales bien trabadas. Los ganglios mesentéricos se encontraron entumecidos, y la mayor parte tuberculosos. El hígado ingurgitado de sangre presentó muchas porciones de un blanco amarillento, en cuya sección se cubría de grasa el escalpelo: el bazo, mas voluminoso que de costumbre, se reducía á pulpa por la presión: el colon y el hígado estaban unidos por íntimas adherencias celulosas.

Cuando se sometió á nuestro exámen este enfermo, estaba ya formado hacia mucho tiempo el derrame pleurítico, el cual es de creer que empezase en la época en que se manifestó el dolor de costado, ó á lo menos un mes despues de la invasión del catarro. El reposo y el régimen á que se sujetó, durante su permanencia en la Piedad, hicieron desaparecer la mayor parte de los síntomas; pero se manifestaron de nuevo cuando por entregarse á su género habitual de vida, acudió mayor cantidad de sangre á los pulmones: de aqui se originaron la dificultad de respirar, la reaparición del dolor, la ansiedad general, el aflujo hácia todos los órganos de una sangre mal elaborada, y de consiguiente la falta de nutrición, la debilidad, y la muerte inmediata, que se hubiera retardado observando con mas rigor las reglas de la higiene.

Sea de esto lo que quiera, se anunció la gran cantidad de líquido derramado, por el sonido muy macizo y la ausencia completa del ruido respiratorio y de la egofonia. Solo hácia el vértice del pulmon se percibía el estertor crepitante, lo que se esplica por la disposición del lóbulo superior, que fija en las costillas mediante las adherencias, no podia cambiar de posición á pesar de la presión del líquido, y quedó formando en cierto modo el techo de la cavidad ocupada por la colección. Además, el estertor crepitante anunciaba un infarto inflamatorio del tejido pulmonar, cuya existencia se comprobó efectivamente.

La presencia de coágulos sanguíneos en la pleura no deja duda de que el derrame se hallaba formado en gran parte por la misma sangre: este caso no es comun. Por lo regular los derrames de líquidos rojos en las membranas serosas parecen hallarse únicamente constituidos por la serosidad unida á una

cantidad mayor ó menor de la materia colorante de la sangre, pero sin fibrina. ¿Era sanguinolento desde el principio este derrame, ó la sangre se exhaló solo en el último periodo? Estas cuestiones no pueden resolverse; pero es de la mayor importancia observar que durante la vida no hubo síntoma alguno que sirviera para distinguir el espesado derrame sanguíneo de otro seroso ó purulento. Notemos con especialidad que no existió el dolor muy vivo, que se dice acompaña á esta especie de derrames.

No nos estenderemos acerca de la formacion de tubérculos en el pulmon, en los intestinos, y en los ganglios mesentéricos de un sugeto, cuya constitucion no tenia nada de linfática, limitándonos á hacer notar que en el abdomen parecia ser su desarrollo consecutivo á la inflamacion, y que en el pecho existian en medio de un tejido inflamado, y solo en el lado de la pleuresia.

Tambien fijaremos la atencion, 1.º sobre la naturaleza de la espectoracion, semejante á la que suministran las cavernas tuberculosas estensas, y que únicamente era producida por la mucosa bronquial; y 2.º sobre la falta de diarrea existiendo úlceras grandes en los intestinos gruesos.

XVI. OBSERVACION.

Derrame sanguinolento; falsas membranas tuberculosas.

Un criado de servir, de unos cincuenta años, de constitucion fuerte, y que siempre habia disfrutado de buena salud, sintió debajo de la tetilla izquierda, durante las tres últimas semanas del mes de marzo, dolores ligeros que se presentaban y desaparecian muchas veces. Sin embargo, continuó entregándose á sus ocupaciones ordinarias, y el 4 de mayo, despues de comer, se reprodujo de repente con mas intensidad que nunca el dolor del costado, que algunos días antes habia desaparecido. Este dolor persistió toda la noche, exasperándose por el mas pequeño movimiento, la mas ligera presión ó las inspiraciones profundas. El 5 empezó el enfermo á toser y guardó cama; se aplicó sanguijuelas al punto del dolor, que se disminuyó, pero no llegó á desaparecer. Del 5 al 12 de mayo tuvo tos seca, persistencia del dolor, opresion. (*Tisanas dulcificantes.*) Vimos por primera vez al enfermo en la mañana del 13, y se hallaba en el estado siguiente:

La cara pálida, abatida; no podía colocarse horizontalmente so pena de sofocacion inminente, permanecia medio sentado en la cama, sosteniendo con almohadas la cabeza y el dorso, como en las enfermedades del corazón. La respiracion era corta y precipitada, la palabra algo anhelosa, y permanecia el dolor. Tenia tos frecuente y espectoracion catarral. En todo el lado izquierdo era muy macizo el sonido, y faltaba completamente el ruido respira-

torio sin existir egofonia; en el derecho era claro y muy fuerte el ruido de expansion pulmonar. El pulso medianamente frecuente, y la piel caliente y seca.

Diagnóstico: *Pleuresia izquierda terminada por derrame.* (*Sangria de una libra, tisanas dulcificantes.*)

La sangre presentó un pequeño coágulo, rodeado de mucha serosidad y cubierto de una gruesa costra inflamatoria que tenia los bordes vueltos hacia arriba.

Al siguiente día 14, la respiracion era menos dificil, y la fisonomia mas natural. El dolor no se hacia perceptible, sino mediante una fuerte presion. (*Segunda sangria.*) La sangre presentó el mismo aspecto.

Día 15. (*Se aplicó un estenso vejigatorio al costado.*) En la noche del 15 al 16 se presentó por primera vez un sudor copioso. En la mañana de este último dia estaba la respiracion incomparablemente mas libre que los anteriores, el decubito era indiferente, y el pulso apenas se hallaba frecuente, sintiéndose el enfermo con fuerza y disposicion al sueño. En el lado izquierdo persistia el sonido macizo desde la base del pecho hasta en medio del omoplato, habiéndose hecho mas claro en la parte superior, y percibiéndose en el mismo sitio aunque débilmente el ruido de expansion pulmonar. Era pues claro que se habia reabsorvido una parte del liquido.

El 17, se percibió por primera vez en la parte posterior una egofonia evidente, coincidiendo la aparicion de este signo con el decremento del derrame.

Del 18 al 19 continuó en el mismo estado; pero en la noche del 21 se aumentó de repente la dificultad de respirar. Al siguiente dia por la mañana reproduccion de la ortopnea, grande ansiedad, anonadamiento moral, pulso débil y muy frecuente; sin que á pesar de todo anunciase un aumento en el derrame los signos suministrados por la auscultacion y la percusion. (*Dos vejigatorios á las piernas.*) Durante el dia disminuyó la disnea y la frecuencia del pulso.

En el resto del mes de abril no sufrió ningun cambio notable el estado del enfermo: solo durante el sueño se hallaba ligeramente fatigosa la respiracion; pero la simple accion de descender de la cama producía una sofocacion considerable. La egofonia era siempre evidente, la tos rara, el dolor habia desaparecido del todo; el pulso se hallaba frecuente, sin que hubiese aumentado el calor de la piel; la anorexia era completa, las cámaras naturales, la lengua aparecía en su estado normal. Se cerraron los vejigatorios de las piernas y del pecho, y se aplicó uno al brazo, concediendo por todo alimento cremas de arroz, caldos y menestras.

Al principio del mes de mayo se manifestaron sudores todas las noches; hizo rápidos progresos el enflaquecimiento, y se alteraron las facciones: estos signos anunciaban la proximidad de un término fatal. Sin embargo, el ruido respiratorio se habia restablecido en la parte anterior del lado izquierdo; en la posterior empezaba á oirse aunque débilmente, y la egofonia habia desaparecido del todo: asi pues, aun cuando empeorase el estado general, parecia haberse mejorado la enfermedad. Se procuró sostenerle las fuerzas dándole diariamente dos libras de cocimiento de poligala con adiccion de media onza de ogimiel escilitico y una de jarabe de cortezas de naranjas amargas, algunas cucharadas de vino de enula campana, pociones etéreas y looc con kermes.

Precisado el enfermo el 20 de mayo á abandonar momentáneamente el hospital, dió una veintena de pasos, y no pudiendo sostenerse, hizo que le llevarán un carruaje, que esperó á la puerta. Apenas entró en él, pidió repentinamente y con exigencia que le abrieran la portezuela, perdió el conocimiento, y murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

La pleura izquierda contenia como media azumbre de un líquido de color rojo subido, del todo semejante á la sangre que acaba de salir de una vena. En el fondo de este líquido se hallaban unas masas amorfas, rojizas y firmadas por un tejido areolar, en medio del que se habian desarrollado muchas celdillas que contenian sangre líquida. Las pleuras costal y pulmonar se hallaban tapizadas por falsas membranas de un color rojo intenso, debajo de las cuales habia otras gruesas y blancas, en cuyo espesor se habian desenvuelto muchos tubérculos. El pulmon izquierdo, sano y muy permeable al aire todavia, ocupaba la mayor parte de la cavidad, en que regularmente se halla colocado. El derecho y su pleura correspondiente nada ofrecian de notable. El corazon era de volumen natural y de proporciones regulares; sus cavidades derechas se hallaban ocupadas por un grueso coágulo fibroso, despojado de materia colorante; el orificio auriculo-ventricular se encontró distendido por este coágulo que se estendia á las venas cavas y arteria pulmonar.

La mucosa gástrica estaba en su estado fisiológico, como toda la correspondiente á los intestinos delgadas. En la superficie interna de los gruesos habia una inyeccion bastante intensa.

En este enfermo, como en el precedente, consistia en sangre una gran parte del derrame de la pleura. Tampoco se presentó en él ningun síntoma particular que anunciase tal especie de derrame, y es imposible asegurar si fue igual desde el principio, ó si solo se verificó la exhalacion sanguínea hácia el 20 de mayo, época en que se notó la exasperacion momentánea de síntomas, que no coincidió con un aumento de derrame: la blancura de las membranas falsas, colocadas mas profundamente, parecia anunciar que el líquido no habia sido al principio sanguinolento.

Por otra parte, la coleccion debió ser algun tiempo mas considerable que cuando se abrió el cadáver: los signos suministrados por la auscultacion y la percusion indicaron sus diferentes periodos de incremento y disminucion. Asi fue que disminuyó el sonido macizo progresivamente, de la parte superior del torax hácia la inferior; el ruido respiratorio, nulo al principio en toda la estension del costado izquierdo, se oyó primero, aunque débil, debajo de la clavícula izquierda, y en segui-

da en todo el resto del mismo lado. En efecto, la existencia de media azumbre de líquido en la pleura no impide percibir el ruido de expansion pulmonar, solo influye en que sea mas débil. En cuanto á la egofonia, nula primeramente, empezó á presentarse cuando disminuyó de un modo notable la cantidad del líquido derramado, y mas adelante, cuando este fue aun menos copioso, desapareció del todo.

En el curso de la historia hemos hecho resaltar ya la falta de relacion que existia entre la disminucion progresiva del derrame y el estado general, que cada vez se agravaba mas y mas. ¿Podrá esplicarse semejante fenómeno por la naturaleza del derrame? El enfermo habia llegado al último grado de decaimiento cuando se entregó á un ejercicio no acostumbrado; ¿causaria su muerte repentina la aceleracion de la respiracion pulmonar?

Dirijamos ahora la vista al principio de la enfermedad: se anunció, ó mas bien fue precedido de un dolor vago, fugitivo, poco intenso, al que no acompañaba ningun síntoma grave, y que al parecer dependia solo de una pleuresia muy ligera y circunscrita. Tal vez hubieran podido disipar la inflamacion algunas sanguijuelas, ó tan solo la quietud, la dieta y algunas cataplasmas emolientes. Abandonada se exasperó, estendió y transformó en una enfermedad mortal.

En varias épocas observamos el estado de ortopnea tan raro en los derrames pleuríticos sin complicacion, como frecuente en las enfermedades del corazon.

Los sudores que se presentaron hácia el undécimo dia, contando desde la época en que hizo cama el enfermo, fueron acompañados de un notable alivio. En los dias siguientes la piel se conservó seca, y mas adelante volvieron á aparecer los sudores; pero entonces tuvieron simplemente el carácter de sintomáticos, debilitaron al enfermo, y apresuraron su ruina. ¿Indicaba su aparicion el momento en que empezaba á desarrollarse los tubérculos en la pleura? En efecto, creemos haber comprobado que en muchas flegmasias crónicas solo sobrevienen los sudores abundantes cuando se forman tubérculos en los tejidos inflamados.

La calentura no se anunció habitualmente sino por la frecuencia de los latidos arteriales; tan solo dos ó tres veces sufrió una elevacion notable la temperatura de la piel. En muchas flegmasias crónicas el único indicio de trastorno en la circulacion es esta simple frecuencia de pulso sin aumento de calor en la piel: ningun malestar resulta entonces á los enfermos que en tal estado se creen exentos de fiebre, al paso que se

persuaden tenerla cuando se aumenta la temperatura de la cubierta cutánea.

XVII.* OBSERVACION.

Derrame pleurítico abierto al exterior en un espacio intercostal.

El 10 de julio de 1820 entró en la Caridad una mujer de 55 años de edad que habia tenido dos meses antes una fluxion de pecho con dolor debajo de la mama derecha y tos seca, habiendo conservado desde entonces la tos y alguna dificultad al respirar.

El 11 de julio tenia el rostro encendido y viva ansiedad; guardaba el decúbito lateral derecho, único posible; los tegumentos de este lado del torax estaban edematosos, la disnea era muy grande, y en el momento en que la enferma pretendia sentarse la acometian violentos accesos de tos, que impedian practicar con utilidad la auscultacion. Por otra parte la infiltracion de los tegumentos invalidaba los signos suministrados por la percusion, que tampoco se podia ejecutar apenas a causa del dolor que escitaba. Los esputos, arrojados con facilidad, eran los de la bronquitis crónica; el pulso frecuente; el calor de la piel natural. (*Vejigatorios á las piernas*).

El 12 por la mañana era mas tranquilo el estado de la enferma, y permitia practicar la auscultacion. El ruido respiratorio se oia en el lado izquierdo con fuerza y claridad; en todos los puntos del derecho se percibia claro, pero muy débil.

Del 15 al 16 se conservó estacionario el estado de la enferma, siendo constantemente lateral derecho el decúbito.

El 17 se aumentó la frecuencia del pulso, el calor de la piel y la disnea; no se percibia el ruido respiratorio en el lado derecho, y en el mismo resonaba mas la voz que en el izquierdo. Indudablemente habia aumentado el derrame. (*Sangria de doce onzas, tisanas dulcificantes, dieta*).

El 18 se aplicó un vejigatorio al costado derecho; pero no disminuyó la dificultad de respirar en los dias sucesivos. Se quejaba tanto la enferma del vejigatorio que fué necesario secarle, poniendo otro en el brazo. Constantemente permanecia acostada sobre el costado derecho, cuyos tegumentos se conservaron siempre edematosos; apenas podia pronunciar algunas palabras con una voz anhelosa, y era nulo el ruido de expansion pulmonar en el mismo lado. La frecuencia del pulso era mediana; la piel estaba un poco caliente y seca.

Hallamos por primera vez acostada sobre el dorso á la enferma el dia 19 de julio; y ademas de la infiltracion de los dias precedentes notamos una hinchazon por debajo de la clavícula derecha que se estendia hasta cerca de la mama, en cuyo sitio producía la presion los mas vivos dolores. En los dias sucesivos hizo progresos sensibles este tumor, presentándose la fluctuacion de un modo evidente. Se abrió el 16 de agosto con un bisturi, y salió considerable cantidad de pus espeso mezclado con copos albuminosos: era tan copioso este liquido que inclinaba á sospechar si procedería de la pleura; en cada movimiento inspiratorio salian mayores porciones de pus. En los tres dias siguientes continuó fluyendo mucho liquido al través de los labios de la incision; la enferma decia que respiraba con mas libertad desde que se habia

abierto el absceso; sin embargo, las facciones se descompusieron con rapidez, se enfriaron las estremidades, y sobrevino la muerte al cuarto dia de ejecutarse la referida incision.

ABERTURA DEL CADAVER.

Verificada una gran incision en el absceso, se halló infiltrado el pus en gran parte del tejido laminoso sub-cutáneo é intermuscular del lado derecho del torax. Entre la cuarta y quinta costilla existia una abertura de bordes irregulares, por la que se habia abierto paso al exterior del pecho el pus contenido en la pleura derecha, que estaba llena de una gran cantidad de líquido de la misma especie. Habia muchas falsas membranas tapizando las costillas y el pulmon; replegado este hácia las partes laterales de la columna vertebral se hallaba reducido á un pequeño volúmen y vacío de aire: su parenquima estaba sano del mismo modo que el del pulmon izquierdo.

Nada habia de notable en los órganos de las demas cavidades. A la cara interna del cuello uterino estaba adherido un pedículo de cinco á seis lineas de largo que parecia continuacion de la misma membrana mucosa, y se prolongaba cosa de una línea mas allá del orificio del cuello, terminando en un cuerpo globuloso próximamente del tamaño de una avellana, y formado por una multitud de pequeños kistes serosos aglomerados.

La infiltracion de los tegumentos, los accesos de tos y el dolor fueron otras tantas circunstancias que se opusieron á que en los primeros dias pudiera practicarse con utilidad la percusion y la auscultacion. Habiéndose hecho factible en los dias siguientes la auscultacion, dió á reconocer la existencia en el lado derecho de un derrame pleurítico, que al principio era de tan poca consideracion, que no impedia del todo el percibir el ruido respiratorio; y que se aumentó despues ocupando toda la cavidad derecha del torax, y abriéndose finalmente paso al exterior por un espacio intercostal. Desde el instante en que se abrió accidentalmente el absceso sub-cutáneo, y empezó á salir al exterior el pus contenido en la pleura, la enferma se deterioró con una espantosa rapidez; de modo que el fenómeno que parecia ser un medio de curacion preparado por la naturaleza, se convirtió en una causa de muerte inmediata.

Creemos deber agregar á este caso otros dos de derrames pleuríticos, en los que el líquido depositado en la pleura se ha procurado tambien una salida al exterior con una reunion de circunstancias semejantes. En ellos, como en el que acabamos de citar, se formó un absceso entre las costillas y la piel que se abrió de la misma manera, habiéndose practicado ademas la verdadera operacion del empiema: ambos enfermos se curaron.

Uno de estos hecho citados en el *Nouveau Journal de Medecine*, sept. 1822, fué extractado de los periódicos italianos.

Un muchacho de 15 años tuvo una pleuresia que pasó al estado de supuración. Poco á poco apareció un tumor en la tercera y cuarta costillas verdaderas. Despues de la aplicacion de los emolientes se ejecutó en la parte mas declive de dicho tumor una pequeña incision, por la que salió una gran cantidad de pus. Habiendo llegado el enfermo al último grado de consuncion á los siete meses de enfermedad, consultó con el doctor Pacini, que opinó debia abrirse el fondo del absceso, mediante una incision practicada dos costillas mas abajo de la abertura fistulosa: penetró en efecto el referido operador con el instrumento entre los músculos intercostales, y abriendo la pleura llegó hasta el pecho; encontró adherido el pulmon, y conoció que no habia penetrado en el foco purulento. La herida permaneció abierta dos dias, durante los cuales se hizo la tos mas frecuente, y la opresion mayor. Al tercer dia corrió mucho pus por la nueva incision, y mucho menos por la herida antigua. En el espacio de dos meses se cerró esta completamente, y la supuración continuó saliendo por la nueva cinco meses mas, á cuyo tiempo desapareció la tos, y se verificó la completa curacion. El todo de la enfermedad duró quince meses.

¿Hubo ciertamente en este caso un verdadero derrame en la pleura? El segundo hecho que vamos á espresar es mas circunstanciado. Le publicó primero un periódico inglés (*London med. Repository*), y fué extractado en los *Archives generales de Medecine*, tomo III, pág. 616.

Un joven de 25 años, de constitucion vigorosa, fué acometido de una fluxion de pecho, que pareció ceder á las sangrias dando lugar á la convalecencia hácia el cuarto dia. En el octavo ofrecia el enfermo los siguientes sintomas: tos seca y frecuente; dolor obtuso en el costado derecho, y fatiga cuando se acostaba sobre el izquierdo; por lo demas pulso regular; buen apetito; lengua natural; constipación... La tos aumentó gradualmente, y se agregaron á ella una expectoración de moco verdoso y varios accesos de sofocación que duraban algunos minutos, permaneciendo completamente libre la respiración en sus intervalos. Al cabo de algun tiempo el lado enfermo pareció mas abultado que el otro, presentándose hácia la quinta semana un tumor con fluctuación manifiesta entre la clavícula y la primera costilla. La sofocación era inminente, por lo que se hizo una incision en la parte media del tumor, y en la direccion de la primera costilla; en seguida se puso á descubierto la pleura, y se abrió con una lanceta esta membrana. Apenas se verificó tal abertura salió una oleada considerable de un líquido amarillento é inodoro que no contenia copos albuminosos. Se fijó en la abertura una cánula, y tapándola de cuando en cuando, se suspendia la salida del líquido para evitar el síncope que ordinariamente sigue á una rápida deplecion. En el espacio de dos horas se sacaron diez y ocho cuartillos de serosidad.

Inmediatamente despues de la operacion desaparecieron todos los sintomas alarmantes; no sobrevino ningun accidente, y habiendo disminuido gradualmente la cantidad del líquido que corria por la cánula, se concibieron las mejores esperanzas de curacion. Sin embargo, á las tres semanas volvieron á

aparecer los primeros síntomas: existía ciertamente una segunda coleccion de liquido; pero sin comunicarse con la primera, pues no salia casi nada por la abertura practicada anteriormente. Ocho dias despues se presentó un nuevo absceso: la fluctuacion se percibia entre la tercera y cuarta costilla cerca de su ángulo. Se ejecutó inmediatamente en este punto la operacion del mismo modo y con igual éxito que la primera vez. El liquido que salió por la segunda abertura era de color pardo oscuro, fétido y mezclado con copos albuminosos. Todos los accidentes cesaron de nuevo; pero entonces se advirtió un fenómeno notable: al bajarse el enfermo para coger cualquiera cosa del suelo experimentaba un sentimiento de irritación hácia la traquea-arteria, que le producía una tos lijera, seguida de la expectoracion de cosa de una onza de una materia semejante á la de la primera coleccion. Repitiendo el mismo movimiento obtuvo muchas veces durante el dia el mismo resultado; pero cada vez disminuía la cantidad de liquido expectorado, cesando por último este fenómeno completamente. Se cerró la abertura del primer absceso, y disminuía con rapidez la cantidad del liquido suministrado por el segundo, cuando por tercera vez volvieron á aparecer la tos y los demas síntomas. En el sitio de la primera incision se presentó de nuevo una elevacion acompañada de fluctuacion: habiase llenado de nuevo el saco superior, y se hacia necesario abrirle, pero proveyó la naturaleza: en el momento en que el enfermo hacia una gran inspiracion para vaciar la cavidad inferior, se rompió alguna cosa dentro del pecho con un ruido que pudieron percibir los asistentes, y al mismo tiempo salió por la abertura inferior una oleada de liquido absolutamente semejante al de la primera coleccion. La cantidad que se evacuó por este medio seria como de tres cuartillos; tornaron á cesar los síntomas, y el enfermo se encontró pronto en estado de levantarse. Incomodado con la permanencia de la cánula, se la quitó á pesar de los consejos de los médicos. Se cerró pronto la herida, pero los dos sacos se llenaron por cuarta vez, y exigieron otra operacion, que se practicó sobre la misma cicatriz. En esta ocasion fué completa la curacion. El flujo del liquido duró en totalidad nueve semanas, y en este intervalo salieron lo menos ciento diez y seis cuartillos.

CAPITULO III.

PLEURESÍAS PARCIALES.

Las inflamaciones circunscritas de la pleura son muy frecuentes. Por lo regular no ocasionan ningun movimiento febril, ni trastornan el conjunto de funciones, y se anuncian solo por un dolor mas ó menos vivo en un punto limitado de las paredes torácicas, siendo este dolor pasajero unas veces, y persistiendo otras por muchos dias. En seguida suele sobrevenir una lijera exudacion albuminosa, que con el tiempo se transforma en tejido laminoso, de donde se origina la formacion de adherencias celulares que unen de un modo mas ó menos íntimo las pleuras costal y pulmonar. Con frecuencia se hallan adherencias de esta especie en sugetos, que en toda la vida no han tenido afeccion alguna grave de pecho. Tambien se hallan, aunque mas rara vez, bridas celulares semejantes, uniendo entre sí diferentes porciones poco estensas del peritóneo, tales como las pertenecientes al hígado y al colon, ó á dos circunvoluciones de los intestinos delgados, aunque no hayan presentado los sugetos durante la vida ningun sintoma que se parezca á los de la peritonitis. Por último, tambien se notan las mismas adherencias, y aun con mas frecuencia que en el peritóneo, entre las diversas porciones de la aracnoides en sugetos que tampoco han ofrecido en toda su vida ningun sintoma de aracnoiditis. Los cuerpos pequeños que por lo regular se designan con el nombre de *glándulas de Pachioni* no son probablemente sino concreciones albuminosas, resultado de la flegmasia. Su gran frecuencia no es razon para considerarlas pertenecientes al estado sano; pues no son mas comunes que las bridas celulares de la pleura, y á nadie le ocurre en el dia creer que estas sean ligamentos naturales como en otro tiempo se pensaba. ¿Qué debemos concluir de estos hechos? Que la inflamacion de las membranas serosas, cuando es poco estensa, puede nacer, desarrollarse y producir hasta membranas falsas, sin que la

accion patológica se anuncie por mas sintoma que un dolor mas ó menos vivo, y á veces ni aun por éste dolor.

Tales flegmasias parciales de la pleura pueden existir solas, como vamos á ver, pero con mas frecuencia sobrevienen en los casos de afeccion del pulmon, y constituyen una complicacion casi constante. Asi pues, la pleuro-neumonia es una afeccion mas comun que la pulmonía sola. Casi todos los tísicos están sujetos á experimentar de cuando en cuando dolores en diversos puntos de las paredes torácicas, que tienen su asiento únicamente en la pleura, y anuncian la flegmasia de uno de los puntos de esta membrana; por cuya razon se hallan casi constantemente al hacer la inspeccion cadavérica de los tísicos, adheridos sus pulmones á las costillas por bridas celulares mas ó menos numerosas, siendo en general su número proporcionado á la cantidad de los tubérculos, y existiendo, sobre todo en los sitios correspondientes á los puntos donde los espesados tubérculos son mas abundantes. En un sugeto, cuyos pulmones contenian tan solo un tubérculo, situado casi inmediatamente debajo de la pleura, en la base del lóbulo superior del pulmon derecho, hallamos la pleura enteramente libre de adherencias, excepto en el sitio correspondiente al tubérculo: en este punto existia una brida celular delgada que unia los dos lóbulos. Parece que se forman tales pleuresias cuando los tubérculos están todavía en estado de crudeza, y permanece aun muy sano el parenquima pulmonar que los rodea.

Algunas especies de pleuresias parciales merecen fijar nuestra atencion de un modo especial, á causa de los sintomas paratuberculares á que dan origen: tales son sobre todo las pleuresias subdiafragmáticas é interlobulares, y tambien los derrames parciales que se forman, bien entre las costillas y el pulmon, bien entre el pulmon y el mediastino, bien finalmente hácia el vértice del pulmon. Vámos á citar algunos ejemplos de estas diferentes especies en otros tantos párrafos separados.

ARTICULO I.

PLEURESIAS DIAFRAGMATICAS.

§. I.

Pleuresias diafragmáticas aisladas.

VIII.ª OBSERVACION.

Un ebanista de veintiseis años de edad entró en la Caridad durante el mes de abril de 1822. Dos días antes le acometió estando trabajando un ligero calor-frio, al que inmediatamente siguió un gran calor: en medio de este sintió en el hipocondrio izquierdo, á lo largo del reborde cartilaginoso de las costillas, un dolor dislacerante que iba acompañado de una opresion considerable. En vano trató de que se disipara el dolor aplicándose paños calientes y tomando dos pequeñas tazas de aguardiente muy cargado de pólvora. Pasó la noche en una estremada agitacion y sin dormir: por tres veces tuvo accesos de hipo. Al siguiente dia persistió el dolor en el hipocondrio, se aumentó la disnea, y se hizo muy frecuente la tos. Vimos por primera vez al enfermo en la mañana del tercer dia: sentado en su cama con el tronco encorbado hacia delante, y aplicada continuamente la mano en el hipocondrio, donde la mas ligera presion ocasionaba vivos padecimientos, no podia apenas pronunciar algunas palabras con una voz entrecortada y anhelosa; las facciones espresaban la mas viva ansiedad; las inspiraciones cortas y frecuentes se ejecutaban solo mediante la elevacion de las costillas; la tos era frecuente, como abortada; la expectoracion nula; la percusion y la auscultacion no procuraban ningun dato; el pulso estaba frecuente y duro, y la piel ardorosa y seca. La inteligencia habia conservado su integridad, y las funciones digestivas no parecian hallarse alteradas.

M. Lermitier sospechó la existencia de una pleuresia diafragmática, y prescribió *una sangria de doce onzas y la aplicacion de veinte sanguijuelas á lo largo del reborde cartilaginoso de las costillas falsas izquierdas*. Durante el dia disminuyó algo el dolor, pero por la tarde volvió á adquirir su intensidad, y se presentó delirio por la noche. En la mañana del cuarto dia recobró su integridad la inteligencia, sin que decrecieran el dolor y la ortopnea, y conservando los mismos caracteres la respiracion y la tos; el pulso no habia perdido nada de su frecuencia y dureza, y los músculos de la cara ofrecian de cuando en cuando algunos movimientos convulsivos. (*Otra sangria de doce onzas, segunda aplicacion de veinte sanguijuelas en el punto dolorido, bebidas emolientes.*) Remision durante el dia; exacerbacion por la tarde y delirio

por la noche. (*Sinapismos á las piernas.*) El quinto dia persistencia de los mismos sintomas, y ademas náuseas continuas. (*Vejigatorio al muslo.*) El sexto dia, alteracion profunda del rostro, decúbito dorsal, estincion de la voz, hipo y náuseas de cuando en cuando. (*Vejigatorio á la parte lateral inferior izquierda del torax.*) Murió á la entrada de la noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las dos porciones de la pleura que tapizan la base del pulmon izquierdo y la cara superior del diafragma del mismo lado se hallaban muy inyectadas y cubiertas de exudaciones albuminosas, que se estendian de una á otra. Las demas partes de la pleura estaban sanas, del mismo modo que los pulmones; nada notable se encontró en el corazón y en el pericardio, que contenia un poco de serosidad cetrina. El diafragma no presentó en su testura ninguna alteracion apreciable; los órganos del cráneo y del abdomen se hallaron sanos.

Son tanto mas pronunciados en esta observacion los sintomas de la inflamacion de la pleura diafragmática, cuanto que con ninguna enfermedad estaba complicada. La muerte sobrevino como en la peritonitis, sin que se hallase afectado ningun órgano de los necesarios para el sostenimiento de la vida. La inflamacion parcial de una membrana serosa basta para determinar los síntomas mas graves, por el trastorno simpático que escita en el sistema nervioso.

XIX.^a OBSERVACION.

Pleurisia diafragmática derecha; dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho. Vómitos biliosos, ictericia.

Hacia dos años que un sastre de treinta y uno de edad habia tenido muchas hemotisis; le molestaba habitualmente una tosecilla seca con ligera disnea, cuando el 5 de octubre de 1821 sintió, á consecuencia de haberse expuesto á una lluvia copiosa, un dolor bastante vivo hácia el apéndice xifoideas, que le obligaba á doblarse, y dificultaba la respiracion. Se aplicó doce sanguijuelas á este punto, con las que por de pronto desapareció el dolor, presentándose al dia siguiente por intervalos; se reprodujo con mucha intensidad el 7 de octubre á las tres de la madrugada, desvelando al enfermo, y fijándose á lo largo del reborde cartilaginoso de las costillas del lado derecho, desde donde se estendia á todo el hipocondrio, y aun á la region lumbar del mismo lado. Al mismo tiempo habia malestar inexplicable y necesidad continua de toser, sin atreveras el enfermo á satisfacerla por temor de exasperar

el dolor; durante el día tuvo dos ó tres vómitos. Por la tarde entró en la Caridad, y el 8 por la mañana presentaba el estado siguiente: cara pálida, que espesaba una viva ansiedad, respiracion corta, que solo se ejecutaba por el movimiento de las costillas, tos pequeña y continua, y dolor en el sitio indicado, que se exasperaba por la presion. Comprimiendo ligeramente el epigastrio se escitaban vómitos y un hipo, que cesaba pronto, y se reproducia con facilidad mediante una nueva compresion. El decúbito era dorsal, y el enfermo rehusaba ejecutar toda especie de movimientos, de modo que no pudieron practicarse la percusion y la auscultacion sino de un modo imperfecto; tenia mucha calentura y la lengua natural. (*Aplicacion de treinta sanguijuelas al hipocondrio derecho.*) El 9 de octubre se estendió de nuevo el dolor al epigastrio, viéndose obligado el enfermo para obtener algun alivio á permanecer casi constantemente sentado con el tronco inclinado sobre el abdomen. Percutido el pecho, resonaba bien; mediante la auscultacion se percibia en todos los puntos la respiracion débil, pero clara. (*Sangria de ocho onzas, doce sanguijuelas al epigastrio.*) Desapareció el dolor del epigastrio, persistió el del hipocondrio, y la respiracion se ejecutó con alguna mas libertad despues de la sangria. El sexto día, ligero colorido icterico en toda la superficie de la piel, y las conjuntivas muy amarillas; por lo demas, el mismo estado. El sétimo día era casi nulo el dolor, la respiracion mas fácil, la tos rara y seca, y el decúbito dorsal. Por la tarde volvió á aparecer repentinamente el dolor del hipocondrio derecho, y con él todos los accidentes. Por la noche hubo vómitos de bilis porrácea, á consecuencia de los cuales se exasperó de tal modo el dolor, que el enfermo perdió momentáneamente el conocimiento. Al día siguiente, octavo, por la mañana, la cara estaba contraída, y los labios separados y agitados por movimientos convulsivos; habia ortopnea. Tal era el temor que el paciente tenia de que se aumentara el dolor, que permanecia sentado sin querer hablar ni ejecutar el mas ligero movimiento; el pulso era frecuente y concentrado, el calor de la piel estaba algo aumentado, y el color amarillento del cutis y las conjuntivas se habia hecho muy notable. (*Sangria de ocho onzas, cataplasmas emolientes y narcóticas al epigastrio é hipocondrio derecho.*) Durante el día hubo trastorno en la inteligencia y vociferaciones. En el noveno no se producía el dolor sino mediante la tos y los esfuerzos, pero la respiracion estaba muy fatigosa, y persistia la frecuencia del pulso; ningun dato nuevo suministraban la auscultacion y la percusion; continuaba la ictericia.

En el décimo día era sensiblemente menos perceptible la respiracion en el lado derecho que en el izquierdo, donde adquirió el carácter de *pueril*; la disnea era considerable; el dolor del hipocondrio muy obtuso, y el enfermo se quejaba de tener frecuentes ganas de vomitar, conservando la lengua su aspecto natural. (*Dos vejigatorios á los muslos.*) El undécimo y duodécimo día continuó en el mismo estado; el lado derecho del torax se dilataba notablemente menos que el izquierdo. El décimo tercio día tuvo por muchas horas hipo, renovándose entonces la sensacion de dolor en el hipocondrio y epigastrio; la ictericia no disminuyó. En el décimo cuarto y décimo quinto día se aumentó cada vez mas la disnea, el pulso se hizo mas frecuente, se alteró el rostro, la respiracion solo se percibia débilmente en el lado derecho, sin haber disminuido de un modo sensible la sonoridad del pecho en el mismo lado, las últimas costillas falsas parecian hallarse un poco desprendidas, y se pudo reconocer por primera vez el higado en el hipocondrio. (*Vejigatorio al lado derecho del torax.*) En los días décimo sexto, décimo sétimo y décimo

setavo se percibia casi al nivel del ombligo el borde cortante del higado; la opresion era estrema, las náuseas y el hipo frecuentes; atormentando al enfermo algunos vómitos. Al décimo nono día le acometió delirio, al vigésimo cayó en un estado comatoso, y al siguiente sucumbió.

ABERTURA DEL CADAVER.

La base del pulmon derecho se hallaba separada del diafragma por un derrame sero-purulento, circunscrito en sus limites por concreciones membranosas, que se estendian desde el diafragma al pulmon: este derrame comprimia y desalojaba simultáneamente al pulmon y al higado. Los demas puntos de la pleura estaban sanos, los pulmones llenos de granulaciones miliares, rodeadas de un parenquima crepitante, pero ingurgitado en la parte posterior; el corazon y el pericardio en el estado ordinario. Las visceras abdominales se hallaban sanas. En el tejido celular sub-aracnóideo que cubre la convexidad de los hemisferios cerebrales, habia una fuerte inyeccion, y en los ventriculos laterales una serosidad lactescente.

En este individuo encontramos desde luego casi los mismos síntomas que en el que sirve de objeto á la primera observacion, y ademas una ictericia muy pronunciada, resultado probable de la irritacion transmitida de la pleura diafragmática al higado por contigüidad de tejido. Sin embargo, se calmaron los síntomas de la afeccion aguda, y aparecieron nuevos fenómenos, que anunciaban el paso de la enfermedad al estado crónico. La coincidencia de la disminucion de la intensidad del ruido respiratorio en el costado derecho con la persistencia del sonido en el mismo lado, pudiera haberse atribuido á la presencia de un enfisema del pulmon; pero tan solo era un resultado mecánico, del mismo modo que el descenso del higado, del derrame circunscrito que tenia su asiento en la pleura diafragmática derecha. Aunque en este caso la mucha dificultad de respirar, y la gran frecuencia del pulso, favorecian poco el pronóstico, el enfermo hubiera podido prolongar por algun tiempo su existencia, y aun no debia mirarse como imposible su curacion, cuando le condujo rápidamente al sepulcro una aracnoiditis sobreaguda. ¿Habrà necesidad de decir que las granulaciones miliares halladas en los dos pulmones esplican de un modo satisfactorio las hemotisis, la tos habitual y la ligera disnea, que desde mucho tiempo antes habia sufrido este enfermo?

Respecto de la depresion del higado, debida al derrame pleurítico, se aproxima este caso á una observacion citada por

Stoll. Dice que un individuo atacado de una pleuro-neumonia sintió en el décimo noveno día un dolor muy agudo en el hipocóndrio izquierdo: se presentaron los signos de un empiema, y el bazo formó inmediatamente una eminencia en la region lumbar izquierda. Al inspeccionar el cadáver se hallaron mas de doce libras de pus en el lado izquierdo del torax. El diafragma comprimido por este líquido formaba una eminencia en el abdomen, y habia rechazado al bazo: de modo, dice Stoll, que el dolor que se creia pertenecer á un órgano del vientre, tenia su asiento en el pecho.

XX.ª OBSERVACION.

Pleuresia diafragmática con perforación del diafragma.

Entró en la Caridad el 8 de mayo de 1822 con todos los síntomas de la tisis pulmonar en el segundo grado un albañil de 37 años de edad. Nada ocurrió de notable en el mes de su ingreso en el hospital. En el de junio sintió dolores pasajeros de costado, que desaparecieron con algunas aplicaciones de sanguijuelas. El 11 de junio, durante un recargo febril de la tarde, le acometió un dolor vivo al nivel de las últimas costillas falsas del lado izquierdo: este dolor persistía al siguiente día por la mañana, é iba acompañado de una respiracion corta y acelerada, que se ejecutaba exclusivamente por las costillas: al mismo tiempo sobrevino una hemotisis muy abundante. (*Sangría general y local; revulsivos á las estremidades inferiores.*) Se suspendió la expectoracion sanguinolenta, y disminuyó el dolor; pero no cesó del todo. Hacia el 20 de junio se estendia al hipocóndrio izquierdo, y aun hasta á la region lumbar del mismo lado. Desde entonces fué muy rápido el decaimiento, y se establecieron en el parenquima pulmonar estensas cavernas, anunciadas por la pectoriloquia y el estertor mucoso. El enfermo murió el 18 de julio. Desde el principio de este mes apenas le incomodaba el dolor en el hipocóndrio y region lumbar izquierdos, á no ser que le escitasen la presion, los movimientos repentinos, y las grandes inspiraciones ó los accesos de tos. La respiracion, mucho mas fatigosa que en la mayor parte de los tísicos, se ejecutó constantemente solo por el movimiento de las costillas.

ABERTURA DEL CADAVER.

Habia en los dos pulmones estensas escavaciones tuberculosas, y en un gran número de puntos adherencias celulares de las pleuras costal y pulmonar; se hallaban sanas las pleuras diafragmática y pulmonar derecha; en el lado izquierdo, por el contrario, se adheria con bastante solidez la base del pulmon al diafragma. Apenas destruimos las estensas bridas membraniformes, que mantenian reunidas estas partes, observamos un estenso foco purulento, que existia á la vez en el pecho y en el abdomen: el diafragma presentaba en este sitio una estensa perforacion de cerca de pulgada y media de diámetro, al tra-

vés de la cual penetraba en el abdomen el pus, que parecía haberse formado primitivamente en la pleura; los bordes de la perforacion eran lisos y blandos, como si existiesen despues de algun tiempo. El pus que habia penetrado en la cavidad abdominal, parecia haber empujado delante de si al peritóneo, y se hallaba colocado entre el bazo y las paredes del vientre, limitándole por todos lados bridas celulares, unidas estrechamente entre si, que le formaban una especie de bolsa. La superficie interna de esta y los bordes de la abertura del diafragma estaban tapizados por una seudo-membrana bastante gruesa, como vellosa, y que sumida en el agua parecia herizada de numerosos filamentos, idéntica, en una palabra, á la que se encuentra con frecuencia en la superficie interna de los abscesos. El tejido diafragmático no parecia hallarse alterado al rededor de la perforacion. Tampoco se encontró nada notable en los demas órganos del torax, del abdomen y del cráneo.

Los síntomas que en el presente caso acompañaron á la pleuresia diafragmática fueron menos numerosos y alarmantes que en los dos primeros: únicamente se anunció la invasión de la dolencia por medio del dolor. La estension de este al hipocóndrio y á la region lumbar indicó el momento en que la perforacion del diafragma dió lugar á que el pus se derramase en el abdomen. No intentaremos por otra parte esplicar la causa y mecanismo de la perforacion del diafragma; ni tampoco determinaremos si este músculo se inflamó y reblandeció desde luego, verificándose la solucion de continuidad, sea por los solos progresos del reblandecimiento, como acontece en el tegido de la córnea transparente, sea por la presion puramente mecánica del pus en las fibras musculares ya reblandecidas, en cuyo caso pudiera admitirse una *pleuro-diafragmitis*. Lo que no debemos perder de vista es que el tejido muscular se hallaba perfectamente sano al rededor de la perforacion, de modo que bajo este aspecto puede compararse el hecho de que tratamos con los de perforaciones llamadas espontáneas de los intestinos, en los cuales tambien se encuentra muchas veces exento de toda lesion el tejido que rodea á la abertura. Por último, observemos que habiendo una verdadera afeccion del diafragma no se notó la risa sardónica, designada hace mucho tiempo como uno de los signos mas característicos de la inflamacion de este músculo.

Hemos visto muchos tísicos que en diversos periodos de su enfermedad se han quejado de un dolor que tenia su asiento, ya á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas, ya en uno ú otro hipocóndrio. Estos dolores poco vivos, pasajeros, y á quienes no acompaña ningun síntoma grave, nos parece pueden

referirse á flegmasias parciales, ó poco intensas de la pleura diafragmática. En muchos de los que han muerto hemos comprobado efectivamente la existencia de dicha flegmasia, aun cuando en otros no hayamos á la verdad encontrado indicio alguno de ella. Por último otros nos han presentado adherencias mas ó menos estensas del pulmon y del diafragma, aunque durante la vida no hayan acusado ningun dolor, ni ofrecido ningun signo que pudiera hacérsenos sospechar. Mas adelante insistiremos acerca de estas importantes anomalías.

§. II.

Pleuresias diafragmáticas existentes con otras pleuro-costales.

Son mas frecuentes que las anteriores; su diagnóstico es mucho mas difícil, y su pronóstico necesariamente mas grave.

XXI. OBSERVACION.

Derrame pleurítico latente. Repentinamente signos de pleuresia diafragmática, y muerte.

Un sastre, de 19 años de edad, entró en la Caridad el 18 de enero de 1822. Hacia tres semanas que le molestaban dolores vagos en el lado izquierdo del torax con tos seca ó acompañada de esputos mucosos. Sin embargo, no interrumpió sus ocupaciones hasta tres dias antes de su ingreso en el hospital, durante los que se le dificultó la respiracion, y tuvo calentura (*aplicacion de diez sanguijuelas al pecho.*) En la mañana del 19 ofreció el estado siguiente: tan solo sentia un ligero dolor cuando se acostaba sobre el lado izquierdo, ó bien se le perentia ó comprimía en el mismo punto. En los tres cuartos inferiores de la parte posterior izquierda era el sonido macizo, y mediante la auscultacion se percibia una especie de voz caprina, ó mas bien un eco análogo á la voz del polichinela, que se notaba particularmente en la pronunciaci3n de ciertas palabras, tales como *muy* (egofonia). En el referido punto no se oía el ruido de respiracion; pero en cada movimiento inspiratorio se advertia un ruido particular, una especie de soplido, que anunciaba no pasar el aire de los tubos bronquiales gruesos. Parecia, pues, evidente la existencia de un derrame considerable en la pleura izquierda; sin embargo, la respiracion era poco difícil; la frecuencia del pulso muy ligera; la piel habia conservado su temperatura ordinaria, y el decúbito era casi indiferente. El enfermo tosía poco, y no expectoró sino algunos esputos mucosos. (*Sangría de cuatro tazas, dos vejigatoriores á las piernas.*) El dia 20 continuó en el mismo estado (*vejigatorio al costado izquierdo.*) El 21 el sonido fue haciéndose cada vez mas macizo en el lado izquierdo, y persistió la egofonia. Los movimientos inspiratorios mas cortos y frecuentes se ejecutaban con especialidad por el descenso del diafragma. Del 21 de enero al 3 de febrero no sufrió cambio notable el

estado aparente del enfermo: se hallaba sin calentura, acostado habitualmente sobre el dorso; pero siéndole posible, à pesar de todo, colocarse sin dificultad sobre cualquiera de los lados; apenas tosía, y aseguraba no tener dificultad alguna para respirar; la palabra era firme, los movimientos libres, la fisonomía del todo natural, y el apetito escelente; finalmente hubiera podido creerse que habia recobrado perfectamente su salud si no indicasen lo contrario la percusion y la auscultacion. Tal era el estado satisfactorio del paciente cuando el 3 de febrero, à las once de la mañana, le invadió un vivo dolor, que teniendo su asiento principal en el hipocondrio izquierdo, se estendia por una parte hasta el epigástrico, y por otra hasta la region lumbar izquierda muy cerca de la cresta del ileon. Durante el dia hubo gran opresion y calentura intensa (*sinapismos bajos.*) En la mañana del 4 el rostro espesaba la mas viva ansiedad, el pulso era frecuente y de una pequenez notable, no habia aumento de calor en la piel; los movimientos inspiratorios eran cortos y frecuentes, la palabra anhelosa, y muy sensible la presion en el hipocondrio izquierdo. La respiracion se ejecutaba solo con el movimiento de las costillas derechas. M. Lerminier anunció la existencia de una pleuresia diafragmática (*treinta sanguijuelas al costado izquierdo.*) El dia 4 el enfermo estaba sentado con el tronco muy inclinado hacia adelante, y decia que se ahogaba: por lo demas se presentaron los mismos sintomas. En los tres dias siguientes disminucion progresiva del dolor del hipocondrio, decúbito constante sobre el lado izquierdo, siendo imposible sobre el derecho ó sobre el dorso sin que amenazase la sofocacion. En toda la estension del mismo lado izquierdo, tanto anterior como posteriormente, era muy macizo el sonido, y persistia la egofonia: copiosa diarrea (*estenso vejigatorio al epigastrio, agua de arroz gomada.*) El 8 habia una gran alteracion de la fisonomia; la respiracion continuaba ejecutándose solo à espensas de las costillas derechas, y el pulso se conservaba frecuente y pequeño. El 9 apareció un sudor abundante, y disminuyó la diarrea; respecto del pecho persistia el mismo estado. En los tres dias siguientes no hubo de particular mas que las alternativas de sudor y diarrea. Midiendo el torax se halló que el lado izquierdo tenia de ocho à nueve lineas mas de ancho que el otro. El 14, à las ocho de la mañana, descomposicion de las facciones, estremada dificultad para respirar, y debilidad profunda, que parecia anunciar un término funesto y próximo. Aun se percibia distintamente la egofonia. A las nueve de la mañana sudor general y respiracion estertorosa. Murió à las once.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cavidad de la pleura izquierda se hallaba ocupada por una gran cantidad de liquido purulento y verdoso. Las pleuras costal, pulmonar y diafragmática del mismo lado aparecian cubiertas por membranas falsas blancas y rugosas en su superficie, engrosadas sobre el pulmon, y delgadas en los demas puntos. El pulmon replegado en la parte lateral de la columna vertebral, estaba casi vacío de aire, los tubos bronquiales gruesos enrojecidos, los pequeños blancos. El diafragma, comprimido hacia abajo, escedia del reborde de las costillas falsas, y habia empujado al bazo hasta la region lumbar izquierda. El colon, inclinado à la derecha à causa del derrame, habia adquirido una direc-

cion vertical detras del esternon, por lo que en los últimos momentos de la vida no se percibian los latidos del corazon en la region precordial, pero eran muy notables en la parte inferior del esternon, y en la anterior del lado derecho: en lo demas se hallaba sano el centro circulatorio. El pericardio contenia alguna serosidad cetrina. Habia inyeccion venosa en el estómago y en los intestinos delgados, y chapas rojas en la mucosa de los gruesos.

En este enfermo no se anunció la pleuresia con síntomas graves hasta que la inflamacion se propagó á la pleura diafragmática, en cuya época volvemos á hallar los mismos síntomas que en las observaciones precedentes: debe sobre todo notarse el cambio repentino en la manera de hacerse la respiracion, que dejó de ser abdominal desde el momento en que se inflamó la pleura diafragmática. Tambien nos debe llamar la atencion el asiento del dolor, que estaba mucho mas bajo que en ninguno de los casos anteriores. Si no temiéramos esceder los límites de nuestro objeto, haríamos aun resaltar otras circunstancias importantes, como el principio insidioso de la enfermedad, la ausencia de todo sintoma alarmante cuando el derrame era mas considerable, y la existencia de la egofonia en la época en que el líquido derramado era tan abundante, que ensanchaba las paredes torácicas, empujaba al diafragma, desalojaba al corazon, etc.

XXII.^a OBSERVACION.

Pleuresia diafragmática que sobrevino en el curso de una tisis pulmonar.

Un carretero de 26 años de edad habia experimentado muchas hemotisis cuando entró en la Caridrd durante el mes de diciembre de 1821. Entonces se hallaba flaco y débil, la respiracion era corta, y se ejecutaba por el doble movimiento de las costillas y del diafragma; se percibia estertor crepitante en la parte posterior izquierda del torax; los esputos eran abundantes y formados por una serosidad turbia, en medio de la cual estaban suspendidos numerosos copos: todas las noches sobrevenian sudores abundantes. Diagnóstico: *tubérculos pulmonares empezando á reblandecerse, infarto inflamatorio del pulmon al rededor de muchos de ellos.* (Aplicacion de sanguijuelas al costado izquierdo.) Nada ocurrió de notable en lo restante del mes de diciembre. A principios de enero: desarreglo de las funciones digestivas, náuseas y vómitos de las tisanas. Estos síntomas cedieron á una aplicacion de sanguijuelas en el epigástrico. Progresó la degeneracion tuberculosa de los pulmones, y hacia el fin de enero habia una caverna evidente en el pulmon izquierdo.

El 11 de febrero se presentó un dolor vivo á lo largo del borde cartilaginoso de las costillas falsas y del hipocondrio izquierdo. El 12 persistía este dolor, la ansiedad era estremada, y la cara contraída ofrecía frecuentes movimientos convulsivos. El enfermo habia pasado la noche sentado en su cama con el cuerpo inclinado hácia delante, en cuya penosa posicion se le halló. El pulso bastante desarrollado hasta entonces, se hizo muy pequeño. No nos pareció dudosa la invasion de una pleuresia. (*Véjigatorio al lado izquierdo del torax*). El 13 el mismo estado, el sonido no era mas macizo, ni la auscultacion suministraba nuevos datos. El dia 14 permaneció el enfermo sentado en la cama, siendo atroz el dolor cuando trataba de acostarse. El 15 y 16 era posible el decúbito horizontal, y la respiracion algo menos fatigosa; pero el sonido macizo, la ausencia de la respiracion y la voz caprina, anunciaban la formacion de un derrame en el lado izquierdo. Desde el 17 el enfermo permaneció constantemente acostado sobre este lado, no pudiendo ni aun intentar cambiar de posicion sin verse amenazado de sofocacion. Hasta el 23 de febrero, en que murió; disminucion de fuerzas, descomposicion del rostro, y dificultad cada vez mayor de respirar.

ABERTURA DEL CADAVER.

En la pleura izquierda habria derramada como media azumbre de serosidad turbia. La pleura diafragmática del mismo lado estaba muy roja y cubierta por falsas membranas blancas, blandas y que no ofrecian aun ningun indicio de organizacion. Semejantes concreciones albuminosas se estendian en forma de bridas desde la pleura pulmonar á la costal, pero solo en la proximidad del diafragma, pues mas arriba faltaban enteramente. Ademas se encontraron tubérculos crudos y reblandecidos, cavernas en los pulmones, y un reblandecimiento agrisado de la mucosa del fondo del estómago.

La inflamacion empezó en este individuo por la pleura diafragmática: los signos que la anunciaron fueron bien pronunciados: despues desaparecieron, observándose solo los ordinarios de la pleuresia á medida que se formaba el derrame, y se estendia entre el pulmon y las costillas (*Véase otro ejemplo de pleuresia diafragmática obs. 42 de la seccion consagrada en el volumen anterior á la historia de la pulmonía*).

Habiendo trazado detalladamente en las observaciones precedentes los sintomas que anuncian de un modo mas ó menos cierto la inflamacion de la pleura diafragmática, procuraremos hacerlos mas notables en un corto resumen. Entre estos sintomas unos se han presentado en todos los casos sometidos á nuestra observacion, otros han sido mucho menos constantes, y por último algunos, que Boerhaave considera como característicos de la parafrenitis, jamás han llegado á presentarse. En el primer grupo de sintomas colocamos: 1.º un dolor mas ó

menos vivo á lo largo del reborde cartilaginoso de las costillas falsas, y que por lo regular se extiende á los hipocondrios y aun á veces hasta los lomos. Este dolor se aumenta por la presión, la inspiración, el movimiento ó cualquier esfuerzo: solo una vez hemos visto que empezara á sentirse en el apéndice xifoides. 2.º La inmovilidad completa del diafragma durante la inspiración. En muchos de los sujetos, cuya historia hemos supuesto precedentemente, ha sido muy poco pronunciado este fenómeno: en tanto que la pleura costo-pulmonar era la única afectada, permanecía abdominal la respiración; pero apenas el dolor en el hipocondrio anunciaba la extensión de la flegmasia á la pleura diafragmática, cuando dejaban de elevarse las paredes abdominales, y la respiración se verificaba solo á espensas del movimiento de separación de las costillas. 3.º Una ansiedad muy notable espresada desde luego por el cambio repentino de la fisonomía. 4.º Una ortopnea casi constante con inclinación del tronco hácia delante. Aunque puede faltar algunas veces este síntoma, nos parece ser de los mas característicos, especialmente cuando colocados los enfermos en la posición indicada, no quieren ejecutar el menor movimiento, temiendo reproducir los mas atroces dolores. Cuando en un enfermo se hallan reunidos, bien sean todos los síntomas que acabamos de indicar, bien los dos primeros únicamente, debemos inclinarnos á sospechar la existencia de una pleuresia diafragmática, pues ya se ha visto en muchas observaciones que la anuncian con certidumbre.

Hemos dicho haber otros síntomas mucho menos constantes, y son: el hipo, resultado de la irritación simpática del diafragma, las náuseas y los vómitos, que hemos observado en sujetos cuyo estómago se hallaba perfectamente sano, los movimientos convulsivos de los músculos de la cara, y con especialidad de los labios, y el delirio que sobreviene de una manera continua ó intermitente. Por último, cuando la inflamación invade la pleura diafragmática derecha, puede irritarse simpáticamente el hígado, y manifestarse una ictericia. La coexistencia de la ictericia con un dolor mas ó menos vivo en el hipocondrio derecho, puede inducir á creer que la enfermedad consiste en una hepatitis. En semejante error incurrió Morgagni con respecto á una pleuro-neumonía en que el dolor se habia limitado al apéndice xifoides. Con este motivo dice, confesando su equivocación: *Adeo in medicina facile est per ea ipsa interdum decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones.* (Epist. 20, par. 31).

En cuanto á la risa sardónica notada por Boerhaave, Van-

Swieten, De Haen, etc. no la hemos observado nunca, ni aun en el caso de perforacion del diafragma, de que nos presenta un ejemplo la observacion XX.

Cualquiera que sea la importancia respectiva de los diferentes signos que acabamos de examinar, no debemos olvidar que la mayor parte de estos fenómenos pueden producirse tambien algunas veces por la inflamacion de uno ó mas de los diversos órganos colocados en la parte superior del abdomen; nuestro único objeto ha sido consignar que muchas veces dependen de la pleuresia diafragmática. Por otra parte no debe perderse de vista que esta enfermedad puede existir sin que la anuncie ningun síntoma característico, del mismo modo que hay aracnoiditis sin delirio, pulmonías sin disnea y peritonitis sin dolor.

ARTICULO II.

PLEURESIAS INTERLOBULARES.

XXIII.^a OBSERVACION.

Signos racionales de tisis pulmonar. Ningun dato deducido de la percusion y de la auscultacion. Derrame de pus entre los dos lobulos del pulmon izquierdo. Algunos tubérculos miliares en el mismo pulmon.

Un cerrajero de 26 años de edad entró en el hospital el 16 de febrero de 1822. Nos contó que desde cuatro ó cinco meses antes tenia sobrealiento y tos, pero que nunca habia expectorado sangre. Cuando se sometió á nuestro examen estaba ya marasmódico; la tos era rara, la expectoracion catarral, y los movimientos inspiratorios cortos y frecuentes, sin que el enfermo hubiese sentido nunca dolor alguno torácico. Percutiendo el pecho sonaba bien en todos los puntos, y mediante la auscultacion se percibia en todos lados el ruido de expansion pulmonar fuerte y claro. Tenia habitualmente algo de calentura marcada por la frecuencia del pulso, y un poco de aumento de calor en la piel, sin haber llegado nunca á sudar. Las funciones digestivas apenas estaban alteradas. Consideramos á este sugeto atacado de una bronquitis crónica, y tal vez de tubérculos pulmonares en estado de crudeza con el tejido pulmonar sano á su alrededor.

En los días sucesivos se percibieron en varios puntos diversas variedades del estertor bronquial (sibilante ó mucoso, confundiendo muchas veces con el crepitante). Por lo demas el mismo estado.

Sin embargo disminuyeron progresivamente las fuerzas del enfermo, se aumentó el marasmo, hubo pérdida del apetito, se presentó una abundante diarrea, y sucumbió el enfermo al mes próximamente de haber entrado en el hospital. Hasta el último momento fueron siempre iguales los signos suministrados por la percusion y la auscultacion.

ABERTURA DEL CADAVER.

Nada presentó á primera vista de notable el pulmon izquierdo. Los dos lóbulos estaban unidos por adherencias, que al parecer habian borrado la cisura interlobular; pero esta no habia realmente dejado de existir sino en la estension de algunas líneas, y apenas se rasgaron las adherencias que ocupaban este corto espacio cuando se descubrió el resto de la cisura considerablemente agrandada y ocupada por un liquido purulento en cantidad suficiente para llenar un vaso comun. El liquido se hallaba encerrado en un saco formado en sus partes superior é inferior por el tegido pulmonar, y en lo demas por membranas falsas engrosadas, que se estendian de un lóbulo á otro: el resto de la pleura del mismo lado se hallaba exento de todo indicio de inflamacion. El parenquima pulmonar contenia una docena de tubérculos casi miliares, encontrándose por lo demas sano. Nada de singular ofrecian el parenquima y pleura del lado opuesto. Los bronquios de los dos pulmones estaban muy enrojecidos: La mucosa gástrica apareció en su mitad esplénica enrojecida, muy delgada, y de tal blandura que un ligero roce la reducía á pulpa. La de la terminacion de los intestinos delgados, del ciego y del colon se hallaba muy injectada y ulcerada en algunos puntos.

Este ejemplo basta para probar cuán oscuro es el diagnóstico de las pleuresias interlobulares, pudiendo asegurarse con certeza que es imposible establecerle. En el presente caso no se halló en relacion la gravedad de los sintomas con la estension del derrame pleurítico. La bronquitis crónica contribuyó tal vez tanto como el derrame á la produccion del marasmo, á sostener la calentura, y á dificultar la respiracion. La flegmasia gastro-intestinal apresuró la muerte.

Parece que los autores antiguos han descrito mas de una vez con el nombre de abscesos del pulmon derrames interlobulares, semejantes al que acabamos de presentar.

ARTICULO III.

INFLAMACION DE LA PLEURA MEDIA Ó MEDIASTINO.

XXIV.^a OBSERVACION.

Signos de derrame en el pericardio. Estado sano del mismo; coleccion de pus detrás del esternon y de los cartilagos costales. Diatesis tuberculosa.

Un sastre de 29 años entrò en la Caridad à fines de diciembre de 1821; entonces se hallaba afectado de una lijera y reciente flegmasia de la mucosa bronquial é intestinal. (*Sanguijuelas al ano, tisanas dulcificantes, dieta*). A los tres dias habia casi desaparecido la inflamacion gastro-intestinal; pero la tos era mas fuerte, la calentura mas intensa, y el enfermo se quejaba de un dolor vivo entre la tetilla izquierda y el esternon, que se aumentaba por la tos y los movimientos inspiratorios. (*Veinte sanguijuelas al punto dolorido*). Al dia siguiente, 30 de diciembre, habia cambiado de lugar el dolor, y existia debajo de la clavícula derecha: se creyò que fuera reumático. (*Sangría de ocho onzas*). El 31 de diciembre volvió el dolor à su sitio primitivo; la cara estaba contraida, y espresaba la mas viva ansiedad; el pulso duro y frecuente. Se temió la existencia de una pericarditis. (*Sangría de doce onzas, treinta sanguijuelas à la region precordial*). La sangre presentó un coágulo pequeño, flotando en medio de una copiosa serosidad, y cubierto por una costra inflamatoria con los bordes revueltos. No se notò sin embargo alivio el 1.^o de enero: la respiracion era corta y precipitada; el pulso tenia la misma frecuencia y contraccion, y la cara se hallaba igualmente pàlida y retraida; el decùbito era dorsal; no se podia hacer la percusion à causa del dolor; y por medio de la auscultacion se percibian el ruido respiratorio y los latidos del corazon en el estado natural. M. Lermnier prescribió *otra tercera sangría de ocho onzas*: la sangre formó costra inflamatoria como la precedente.

El 2 de enero hubo disminucion del dolor, mas libertad para respirar, y menos frecuencia de pulso. Los dias 3 y 4 el mismo estado. (*Tisana de violetas gomada, dieta*). El 5 (octavo dia desde la aparicion del dolor) fué practicable la percusion, y diò por resultado un sonido macizo entre la tetilla izquierda y el esternon, en la estension de arriba abajo de tres à cuatro traveses de dedo; en el mismo sitio se percibian de un modo débil y confuso los latidos del corazon, y era nulo el ruido respiratorio. Persistia por otra parte la frecuencia del pulso y el decùbito dorsal, habiendo poca disnea y ningun trastorno notable en las funciones digestivas. Creimos probable que se estuviere formando un derrame de pus en el pericardio. (*Vejigatorio à la region precordial*).

Del 5 al 16 de enero (décimo tercio dia) no sufrió ningun cambio notable el estado del enfermo, y se reemplazó el vejigatorio del pecho por otros dos à los muslos. El 11 (décimo cuarto dia) era muy macizo el ruido en casi

toda la estension de la region precordial, y apenas se oian los latidos del corazon; pero no habia egofonia, ni ninguna resonancia particular de la voz.

Del décimo quinto al vigésimo dia fué adquiriendo mayor estension el sonido macizo, *siendo sobre todo notable en la parte inferior del esternon*, donde por lo regular es tan grande la sonoridad. El enfermo enflaqueció cada dia mas, y murió sin agonía el vigésimo cuarto.

ABERTURA DEL CADAVER.

Inmediatamente detrás del esternon, de los cartilagos de las ocho á nueve últimas costillas izquierdas, y de la terminacion anterior de las mismas, existia una cavidad llena de pus espeso, como grumoso. Al principio se creyó que dicha cavidad pertenecia al pericardio; pero bien pronto nos aseguramos de que este existia intacto detrás de la bolsa accidental, la cual se hallaba completamente formada á espensas de la pleura que de la superficie interna del pulmon pasa por detrás del esternon, para unirse con la del lado opuesto, y formar el mediastino. Este foco purulento se hallaba circunscrito en todos sentidos por falsas membranas gruesas y sembradas de numerosos tubérculos, y le atravesaban en diversas direcciones bridas albuminosas, algunas de ellas bastante sólidas, que le dividian en muchas celdas. La espesada cavidad se habia agrandado por la parte exterior á espensas del pulmon, que se hallaba replegado hácia las costillas. Por lo demas aparecia sano el pulmon, lo mismo que el resto de la pleura del propio lado. En el derecho contenia varios tubérculos el lóbulo superior del pulmon, algunos de los cuales habian empezado á reblandecerse. El corazon y el pericardio se hallaban sanos.

En el abdomen se encontraron lesiones que ningun síntoma habia anunciado durante la vida. Habia en el hígado muchos tubérculos en diversos estados, y tambien, aunque en menor número, en el bazo, en uno de los riñones, y debajo de la mucosa intestinal. Generalmente estaba blanca esta última membrana. Nada de notable presentaron el encéfalo y sus dependencias.

¿No parece que el conjunto de síntomas del presente individuo indica la existencia de un derrame en el pericardio, consecuencia de la inflamacion de este saco? Sin embargo, no hubo tal cosa; solo padeció el enfermo una pleuresia parcial, y el foco purulento existia únicamente en la pleura. En ninguna época se percibió la egofonia, ni la auscultacion suministró signo alguno á propósito para disipar el error, que por otra parte nada influyó en la curacion.

Hemos visto otros dos ejemplos de derrames pleuríticos, situados como el precedente entre la superficie interna del pulmon y el mediastino: ambos existian en el lado derecho; tenian menos estension, y complicaban una peritonitis. Durante la vida no dieron lugar á ningun síntoma particular; no aceleraron

de un modo notable la respiracion, ni se conoció su existencia hasta despues de la muerte.

En el enfermo de que ahora nos ocupamos tampoco fué mucha la disnea, á no ser al principio cuando la intensidad del dolor se oponia al movimiento de las paredes torácicas. No murió pues de la dificultad de respirar, sino en consecuencia de la secrecion purulenta, que se verificaba en una porcion de la pleura y del desarrollo simultáneo de los tubérculos en los pulmones, el hígado, el bazo, los riñones, y el canal intestinal. Por otra parte hemos visto cuán oscura fué la formacion general de los tubérculos, que tambien tuvo lugar en las falsas membranas de la pleura; ningun signo especial la reveló en los muchos órganos donde se verificaba, y sin embargo la nutricion se habia alterado tan profundamente, que era inevitable la muerte. Todos los médicos han tenido ocasion de observar casos en que el enflaquecimiento de los enfermos no permite dudar que existe una lesion orgánica, aunque sea imposible determinar su asiento: á esta categoria pertenecen las calenturas hécticas esenciales, que han desaparecido del cuadro nosológico desde que se hacen inspecciones cadavéricas mas minuciosas.

La historia de esta enfermedad sirve tambien para probar-nos cuán inútil es algunas veces el tratamiento antilogístico mas activo, aunque se emplee desde el principio de la enfermedad, y en las circunstancias mas favorables. En efecto, aqui la pleuresia se combatió con emisiones sanguíneas, ejecutadas con tanto mas valor, cuanto que se creía en la existencia de una pericarditis. Opongamos á este caso aquellos en que una sangría lijera hace desaparecer como por encanto una pleuresia incipiente. ¿Por qué en circunstancias idénticas un remedio eficaz en uno, es nulo para otro? Repitamos con Baglivio: *De morbis pulmonum, etiam si peritus in arte sis, vel consearis, noli cum jactantia de illis disserere, vel facilem promittere curationem.*

XXV.ª OBSERVACION.

Derrame pleurítico circunscrito, abierto en un bronquio:

Un cantero de 37 años de edad entró en la Caridad el 14 de junio de 1822. Presentaba entonces todos los síntomas de la tisis pulmonar en el último grado. El 17 de junio la expectoracion, que habia sido hasta entonces como la de los tísicos, cambió repentinamente de carácter: en el trascurso de la noche se despertó el enfermo de repente, y arrojó en medio de un violento acceso de tos una gran cantidad de un liquido purulento, de un blanco mate, inodo-

ro, y en todo semejante al pus que sale de un absceso. ¿Procedía este líquido de una escavacion tuberculosa abierta repentinamente en un bronquio? No lo pensamos así, pues no se veían los grumitos característicos, restos de la materia tuberculosa, que se hallan constantemente mezclados con el líquido que llena las cavernas. ¿Sería un derrame pleurítico que se hubiese abierto al traves de los bronquios? Pero hasta entonces ningún síntoma había anunciado que existiese una coleccion en la pleura. Sin embargo, continuó presentándose la misma expectoracion hasta principios de julio; entonces el pus adquirió un color agrisado, y mucha fetidez; el enfermo se aplanó de repente, y murió el ocho de julio.

ABERTURA DEL CADAVER.

Los dos pulmones se hallaban llenos de estensas escavaciones tuberculosas. Abriendo el bronquio principal del pulmon derecho, se encontró en su cara posterior una perforacion de bordes irregulares, en la que apenas cabia un guisante pequeño: introducido por la abertura un estilete, penetró à una cavidad llena de pus, que existia inmediatamente detrás del bronquio, y que podia contener una naranja; las falsas membranas que constituian sus paredes se hallaban en relacion por la parte esterna con el pulmon, que aparecia replegado en la interna por la columna vertebral, en la posterior por las costillas, y en la anterior por los vasos que entran y salen en el pulmon; era evidentemente un derrame pleurítico circunscrito con exactitud, cuya pared interna formaba el mediastino posterior. En el abdomen habia rubicundez con reblandecimiento y adelgazamiento de la mucosa gástrica, y úlceras tuberculosas en los intestinos delgados.

La abertura del cadáver reveló el verdadero origen de la expectoracion purulenta, poco comun, que habia ofrecido el enfermo. El color agrisado y la fetidez del líquido expectorado dependieron probablemente de la entrada del aire en la cavidad donde se habia segregado. En razon al sitio del derrame debia ser en este caso mas oscuro el diagnóstico que en el precedente.

ARTICULO IV.

INFLAMACION PARCIAL DE LA PLEURA COSTO-PULMONAR.

XXVI.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico parcial con pseudo-membranas cartilaginosa y huesosa; melanosis pulmonar.

Un carpintero, de 68 años de edad, experimentó por cinco ó seis meses una dificultad habitual para respirar, faltándole el aliento cuando andaba. Tal estado sobrevino lentamente, sin que le precediese ninguna enfermedad aguda, ni hubiese sentido el enfermo dolor alguno en el pecho. Entró el 12 de enero de 1822 en la Caridad, débil, pálido y muy delgado; tenía la respiración corta y acelerada, entrecortada y halitosa la palabra, siéndole imposible acostarse horizontalmente. Percutido el pecho resonaba solo medianamente en el lado derecho desde la clavícula hasta la tetilla, percibiéndose el ruido respiratorio en el mismo espacio, claro, pero débil. En el izquierdo era muy macizo el sonido en las fosas supra é infra espinosas, del mismo modo que lateralmente, y en la parte anterior en el sitio comprendido entre la clavícula y la tetilla: cerca del esternón á la misma altura disminuía el sonido macizo. El ruido respiratorio era nulo donde el sonido era macizo, y se oía con debilidad, pero sin estertor, cerca del esternón. En toda esta estension presentaba la voz una resonancia particular, que no tenía en ningún otro punto; es verdad que no siempre se oía la verdadera voz caprina que constituye la egofonia. En los demás sitios del torax, es decir, en el que ocupan los dos lóbulos inferiores, el sonido era claro, y el ruido de expansión pulmonar muy intenso. La tos era rara; la expectoración poco abundante y catarral; el pulso frecuente y regular, en la piel no había calor febril, y las funciones digestivas se conservaban intactas. (*Vejigatorio al lado izquierdo del torax.*)

Al día siguiente, 13, signos de inflamación gastro-intestinal, lengua encendida y seca, sed viva, vientre abultado y dolorido, diarrea, pulso frecuente, y aumento de calor en la piel (*veinte sanguijuelas al ano.*)

El 14. Ligero delirio, lengua menos encendida, y algo húmeda, gran disnea. En lo demás el mismo estado. (*Veinte sanguijuelas al cuello, dos vejigatorios á las piernas, tisanas y lavativas emolientes.*)

El 15 continuación del mismo estado (*doce sanguijuelas al cuello.*)

El 16 alivio respecto del estado de las vías digestivas y del cerebro, y persistencia de la disnea. (*Tisana de cebada, dos sinapismos á las piernas.*)

El 17 y 18 alternancia de delirio y de integridad de las funciones intelectuales, lengua seca, postración cada vez mayor. (*Nueva aplicación de sanguijuelas al cuello y al ano.*)

En los tres días siguientes hubo enflaquecimiento rápido, dificultad siem-

pre creciente para respirar, y la auscultacion y la percusion suministraron los mismos datos.

En la mañana del 22 el enfermo parecia insensible á todas las impresiones exteriores; tenia la vista apagada; la boca entreabierta, y la respiracion estertorosa: al parecer se hallaba anonadada la vida animal. En medio de este estado de agonía el pulso, aunque pequeño, se conservaba regular y sin frecuencia.

Murió en el transcurso del día.

ABERTURA DEL CADAVER.

Estado de marasmo, ligero edema de la cara dorsal de la mano izquierda.

El lado izquierdo del torax desde la primera hasta la quinta ó sesta costilla se hallaba ocupado por un líquido transparente é incoloro, que habia replegado el lóbulo superior del pulmon correspondiente hacia el mediastino. La cavidad que contenia este líquido se hallaba limitada en su parte inferior por falsas membranas, que se extendian desde las costillas al pulmon, y formaban como un tabique que separase en dos partes ó pisos la cavidad de la pleura izquierda. El pulmon se hallaba tapizado por pseudo-membranas de un grueso y consistencia notables, cuyo aspecto tenia bastante analogia con el de los cartilagos inter-articulares, y que en muchos puntos presentaban núcleos de sustancia huesosa. El lóbulo superior del pulmon izquierdo se hallaba sano y libre de adherencias; el del derecho ofrecia un gran número de masas pequeñas, de un blanco mate, que en la mayor parte de los puntos tenian la consistencia de la greda empapada en agua, y en otros una dureza petrosa. Al rededor de estos depósitos de fosfato calcáreo era negra como el carbon la sustancia pulmonar, y estaba dura y dificil de desgarrarse; en los demas puntos era agrisada, y aparecia ingurgitada de una gran cantidad de serosidad espumosa é incolora, siendo todavia permeable al aire. La melanosis ocupaba á lo menos las dos terceras partes de este lóbulo. Los otros dos del mismo pulmon se hallaban sanos.

El estómago se encontró medianamente distendido por gases y líquidos; su cara interna, generalmente blanca, ofrecia en la parte media de la gran curvadura una úlcera pequeña, que apenas tenia el tamaño de un real de vellón. Los bordes de esta úlcera se hallaban formados por la membrana mucosa, blanca y algo reblandecida, y el fondo por el tegido laminoso, tambien blanco y no engrasado. Muy cerca del fondo habia un tumorcito redondeado, del volumen de un guisante grueso, y cubierto por la mucosa, que se conservaba íntegra por encima de él; se habia desarrollado en el tegido submucoso, y presentaba todos los caractéres de la materia tuberculosa en el estado de crudeza. El resto de la mucosa gástrica estaba blanco, del grueso y consistencia ordinarias. El conducto intestinal se hallaba generalmente pálido, escepto en el espacio de cerca de un pie por encima del ciego, donde existia una ligera inyeccion. El higado, poco voluminoso, se desgarraba con facilidad, y manchaba algo de grasa el escalpelo. La menor presion reducía el tegido del bazo á una pulpa de color rojo pálido.

El tegido celular sub-aracnoideo se hallaba infiltrado de una notable cantidad de serosidad transparente, que tambien existia en gran abundancia en los ventriculos laterales, en la base del cerebro, y en la cavidad raquidiana. La sustancia cerebral era de la consistencia ordinaria, y no estaba inyectada.

El asiento del derrame y su exacta circunsercion esplican los signos suministrados por la auscultacion y la percusion. La existencia del sonido macizo y la ausencia del ruido respiratorio en el lóbulo superior, nos debieron inclinar mas bien á sospechar la hepaticacion del pulmon que un derrame en la pleura, cuya opinion corroboraban el presentar la voz mas resonancia que en ningun otro punto en toda la estension del derrame, lo cual sucede en los casos de hepaticacion, y la falta total del dolor que indica ordinariamente el principio de las pleuresias.

Conviene observar la naturaleza de las membranas falsas que tapizaban el pulmon, no solo como un hecho de anatomia patológica, sino como una circunstancia capaz de modificar el tratamiento. Formaban una verdadera caja, que conservaba fijo al pulmon en el estrecho espacio á que le habia reducido el derrame, y que no le hubiera permitido dilatarse y volver á su volumen primitivo, aunque el liquido que contenia la pleura hubiera sido reabsorvido, ó evacuado al través de las paredes torácicas. En tales circunstancias hemos ensayado en el cadáver hacer la insuflacion del pulmon despues de haber dado salida al liquido derramado, y todos nuestros esfuerzos han sido infructuosos. Semejante disposicion es una de las causas que pueden oponerse algunas veces al buen éxito de la operacion del empiema; tambien es probablemente en casos de este género cuando no pudiendo los pulmones dilatarse hasta las paredes torácicas, al verificarse la reabsorcion gradual del derrame, se deprimen las paredes torácicas para aproximarse al pulmon.

Haremos tambien observar las cualidades del liquido derramado. Era transparente, incoloro, semejante, en una palabra, á la serosidad de una hidropesia especial; sin embargo, la existencia de las pseudo-membranas no dejaba dudar que hubiese sobreenvenido el derrame en consecuencia de una inflamacion. Tampoco es raro hallar un liquido tan perfectamente transparente, ora en la aracnoides, ora en el peritórneo, por efecto de una flegmasia evidente. No siempre conviene juzgar de la naturaleza de la enfermedad solo por los caracteres del derrame.

No insistiremos acerca de la grave lesion que existia en el pulmon derecho, y que explica la disminucion de sonoridad, y la falta de ruido respiratorio que comprobamos en el lado correspondiente. La respiracion en este enfermo no se verificaba verdaderamente, sino en los lóbulos inferiores de los dos pulmones.

Tambien debemos notar en este sugeto los graves síntomas de irritacion, tanto encefálica como intestinal, que complicaron la afeccion principal, y contribuyeron mucho á acelerar la

muerte. Bajo el punto de vista de esta complicacion puede compararse la presente historia con las que incluiremos en el capítulo V.

XXVII.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico parcial, reabsorvido durante el curso de una calentura intermitente.

Un criado de servir, de edad de 26 años, que habia estado poco tiempo antes en la Caridad con motivo de una diarrea crónica, sintió á poco de su salida un dolor algo vivo por encima de la tetilla derecha, que iba acompañado de tos seca y disnea: persistiendo estos síntomas por espacio de cuatro ó cinco días, volvió á entrar en la Caridad en el mes de noviembre de 1822.

Percutido el pecho daba un sonido muy macizo en la parte lateral derecha, y en un espacio designado en altura por la tercera, cuarta y quinta costilla verdadera, y en latitud por la tetilla y el borde axilar del omoplato. Mas abajo era claro el sonido en un corto trecho, y volvía á ser macizo por la presencia del higado. En el espacio antes referido era nula la respiracion, y la voz ofrecía una vibracion caprina muy pronunciada: en los demas puntos aparecía claro y fuerte el ruido respiratorio, y resonaba tanto mejor el pecho, cuanto que el enfermo era muy delgado. El dolor era muy ligero, la tos rara, la expectoracion catarral, la respiracion corta, el decúbito dorsal, el pulso frecuente, y habia aumento de calor en la piel. No pareció dudosa la existencia de un derrame pleurítico circunscrito (*sangría de diez y seis onzas.*) La sangre se cubrió de una gruesa costra inflamatoria. (*Al día siguiente veinticuatro sanguijuelas al costado.*)

En consecuencia de esta doble emision de sangre disminuyeron el calor de la piel y la frecuencia del pulso; el dolor tambien desapareció completamente; pero en los síntomas locales no ocurrió cambio alguno. (*Estenso vejigatorio al costado enfermo.*) Pocos dias despues de su aplicacion perdió el pulso su frecuencia. El vejigatorio impedia ejecutar la percusion; pero la auscultacion no anunciaba que disminuyese el derrame. Por quince dias se mantuvo el enfermo estacionario: entonces sobrevino una calentura intermitente: calos-frios diarios desde las diez de la mañana hasta las doce, calor el resto del día, y sudor toda la noche. Se sucedieron de este modo siete accesos que no se trató de perturbar, y que eran cada vez menos intensos. Desde el tercero habia disminuido el derrame; el sonido era sensiblemente menos macizo, y empezaba á percibirse débilmente el ruido de la respiracion. Despues del sétimo acceso desapareció completamente el sonido macizo, y se oía con igual intensidad en todos los puntos el ruido respiratorio, no habiendo indicio alguno de egofonia. Por lo demas se encontraba libre la respiracion, habia apirexia, y el estado general era escelente. No tardó el enfermo en abandonar el hospital.

Este derrame parcial se anunció por el mismo conjunto de síntomas locales que el de la observacion XXVI.

No nos cansaremos de insistir en los efectos de las emisiones sangüneas: en el presente caso, como en muchos de los anteriores, moderaron la calentura, hicieron desaparecer el dolor y la opresion, sin disminuir el derrame; pero favorecieron mucho su reabsorcion ulterior calmando el estímulo inflamatorio, y colocando al individuo en condiciones favorables para ello.

Por último, designaremos como un hecho bastante notable la coincidencia de la calentura de acceso, primero con la disminucion del derrame, y despues con su completa reabsorcion. Hecho tanto mas curioso, cuanto que antes de la aparicion de la calentura intermitente habia permanecido el derrame estacionario por mucho tiempo, y se habia aplicado inútilmente un vejigatorio.

XXVIII.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico parcial, que se comunicaba con una cavidad ulcerosa del pulmon:

Un antiguo marino, de treinta y seis años de edad, de cabellos negros, de piel morena, y que toda su vida habia estado predispuesto a catarros, experimentaba hacia cuatro meses una debilidad no acostumbrada: de cuando en cuando, y sobre todo por las mañanas y por las tardes, se hallaba atormentado de ligeros calos-frios, seguidos de calor y de sudor abundante; tenia opresion, tos y mucha expectoracion. Permaneció en casa sin hacer ningun remedio. En el mes de junio de 1819 entró en la Caridad, habiendo expectorado sangre en los últimos dias: presentaba el estado siguiente:

Cara pálida, vista abatida, gran debilidad, decúbito dorsal, disnea, tos frecuente, expectoracion fácil, que se verificaba al menor esfuerzo de tos, muy abundante y formada por una especie de papilla de un gris sùcio, roja en algunos puntos, que corria hasta formar una superficie plana, y exhalaba una fetidez semejante à la de la gangrena. El sonido era macizo en la parte lateral inferior izquierda del pecho; habia estertor mucoso en una gran porcion de este mismo lado; el pulso era muy frecuente, el calor aumentado, y las cámaras como de costumbre.

En los dias siguientes sobrevino un enflaquecimiento rápido y calentura héctica. El aliento exhalaba un olor semejante al de los esputos, y estos eran cada vez mas fétidos.

El vigésimo quinto dia de la entrada del enfermo en el hospital cambiaron de aspecto; se hallaron únicamente formados por sangre negruzca y fétida. Por doce dias continuó la hemotisis, volviendo los esputos al cabo de este tiempo à adquirir su primer aspecto: siempre se presentaron con abundancia. La opresion era muy grande, la debilidad estremada, el pulso, muy frecuente como los dias anteriores, apenas se percibia, la piel estaba ardorosa, y las facciones se alteraban notablemente. Al dia siguiente se presentó sudor general y viscoso, el pulso estaba filiforme, y el aliento mas fétido que nunca; apareció estertor traqueal, y murió el enfermo en el mismo dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

Marasmo poco adelantado, cadáver muy fétido.

La cara esterna del pulmon derecho estaba libre de adherencias en sus tres cuartos superiores, hallándose unido el inferior á las costillas correspondientes. Cortadas las falsas membranas que unian en este sitio las pleuras costal y pulmonar, se encontró una cavidad bastante estensa para contener una manzana gruesa, cuya pared superior se hallaba formada por las membranas falsas, la inferior por la pleura diafragmática, la esterna correspondia á las costillas, y la interna al mismo pulmon. Esta bolsa, que existia evidentemente en la pleura, se hallaba llena de un líquido agrisado, análogo por su aspecto y olor al que habia espectorado el enfermo durante los últimos dias de su vida; su pared interna ofrecia en la parte inferior una abertura irregularmente redondeada, donde cavia la estremidad del dedo pequeño. Insuflando por la tráquea se veian penetrar al través de la abertura una gran cantidad de vejiguillas de aire; conduciendo por la misma el escalpelo, se llegó á una estensa escavacion, ó mas bien á un sinnúmero de cavidades pequeñas, que se comunicaban entre sí, y estaban atravesadas en todos sentidos por una multitud de bridas, que unas se hallaban formadas por restos del tejido pulmonar, y otras por vasos. El mismo tejido pulmonar constituia las paredes de estas cavernas anfractuosas, que tenian un color rojo lívido, y no estaban tapizadas por ninguna falsa membrana. Toda la estension de la úlcera exhalaba una fetidez gangrenosa insoportable.

El pulmon izquierdo presentaba en diversos puntos algunos tubérculos reblandecidos. Sus bronquios gruesos se hallaban llenos de un líquido agrisado, que probablemente habia refluído de los del derecho. Todas las demas vísceras estaban sanas.

Aqui vemos un ejemplo de derrame pleurítico, que resultó de la comunicacion de una cavidad ulcerosa del pulmon con la pleura. La observacion XIV nos presentó ya un caso semejante. Sin embargo difiere del actual, porque en este la pleuresia fue crónica, no la anunció ningun dolor, y el derrame era parcial.

CAPITULO IV.

PLEURESIA DOBLE CON Ó SIN DERRAME.

La inflamacion simultánea de las dos pleuras es siempre una enfermedad muy grave, y tanto mas peligrosa, cuanto que puede desconocerse con facilidad. Efectivamente, como ha observado M. Broussais, en el menor número de casos empieza por el dolor pungitivo, circunscrito y característico, que anuncia por lo regular la invasion de la pleuresia. Puede producir la muerte con mucha rapidez, antes que se verifique el derrame, y por el solo hecho de su estension y de la estraordinaria disnea que ocasiona. Cuando sobreviene el derrame en los dos lados á la vez, no puede reconocerse por la percusion esta doble coleccion, á causa del decremento igual de la sonoridad, tanto á la derecha como á la izquierda; la auscultacion, por el contrario, suministra preciosos datos. Por otra parte se concibe cuán grande peligro debe existir por poco considerable que sea el derrame: si acontece con rapidez, es infaliblemente mortal en un corto espacio de tiempo; si se verifica con lentitud, ó sucesivamente primero en un lado y despues en el otro no es tan grave, y puede tal vez obtenerse la curacion. Si en este último caso termina la enfermedad de un modo funesto, puede ser tan rápida en su curso como en el precedente; pero tambien puede tomar un carácter crónico, y no ocasionar la muerte, sino despues de un tiempo bastante largo. Entonces fenecen los enfermos principalmente porque comprimidos con mas ó menos fuerza los pulmones, cesan de poder admitir la cantidad de aire suficiente para que se verifique una buena hematosis, de lo que resulta el marasmo y el deterioro progresivo de todas las funciones. Presentemos ejemplos de estos diferentes casos.

XXIX.^a OBSERVACION.

Pleuresia doble sin derrame.

Un sastre de treinta y nueve años de edad, entró en la Caridad durante el mes de octubre de 1822, presentando todos los síntomas de un aneurisma

del corazón. Solo tenía infiltración en las piernas; los pulmones y sus dependencias estaban sanos al parecer; únicamente podía sospecharse una inflamación de la mucosa bronquial, por la existencia de una tos frecuente y antigua con expectoración de mucosidades opacas. La respiración, que era muy difícil al tiempo de la entrada del enfermo en el hospital, adquirió libertad en pocos días, y el edema de las piernas desapareció. El 3 de noviembre se aceleró la respiración sin causa conocida, y el 4 se hallaba el enfermo en el siguiente estado: el rostro pálido y contraído expresaba la más viva ansiedad, ofreciendo los músculos de la cara de cuando en cuando ligeros movimientos convulsivos; medio sentado el paciente en la cama, solo ejercía movimientos inspiratorios, cortos y frecuentes; apenas podía pronunciar alguna palabra con una voz anhelosa; no se quejaba, propiamente hablando, de ningún dolor, mas percibía en todo el torax una sensación penosa, que comparaba, ya á un peso que le ahogase, ya á una fuerte constricción ejercida en las paredes torácicas que se opusiera á su dilatación. El ruido respiratorio era en todas partes claro, pero débil, resonando igualmente bien el pecho en todos los puntos. Nada de singular presentaban los latidos del corazón. La tos era rara, la expectoración no había cambiado de carácter, el pulso daba más de ciento treinta pulsaciones por minuto, la piel se hallaba ardorosa y seca; la lengua blanquecina, las cámaras en el estado ordinario. ¿Cuál era la causa de esta singular disnea, que se había manifestado de repente con grande alteración de la fisonomía, estremada ansiedad, pulso extraordinariamente frecuente, etc? ¿Residía en la exasperación momentánea de la enfermedad del corazón, en una pericarditis ó en una flegmasia diafragmática? Respecto de esto solo pudieron formarse conjeturas más ó menos probables; por otra parte, cualquiera que fuese la causa de los síntomas, no era dudosa la indicación que debía llenarse. (*Se prescribió una sangría de doce onzas, y la aplicación de quince sanguijuelas á cada lado del pecho, pediluvios sinapizados y bebidas emolientes.*) La sangre procedente de la sangría presentó un coágulo denso, cubierto de costra inflamatoria, con los bordes revueltos hácia arriba, y rodeado de mucha serosidad. La disnea disminuyó por algun tiempo después de la sangría, pero bien pronto volvió á adquirir la gravedad anterior. Por la tarde y por la noche deliró el enfermo.

En la mañana del 5 persistía el trastorno de la inteligencia. Los movimientos inspiratorios, muy cortos y frecuentes, se verificaban principalmente mediante las contracciones del diafragma, que eran pequeñas, repentinas, por sacudidas y como convulsivas. Por lo demás continuaban los mismos síntomas. (*Veigigatorios á las piernas.*) Poco tiempo después de la visita fue acometido el enfermo de un hipo violento, y la respiración cada vez más corta y difícil se suspendió finalmente, acaeciendo la muerte al anochecer.

ABERTURA DEL CADAVER.

Las dos pleuras presentaban en toda su extensión una viva inyección, que las hacía parecer atravesadas por millares de vasos infinitamente delgados, entrelazados en todos sentidos. En algunos sitios se hallaban cubiertas de pequeñas concreciones albuminosas, ya extendidas en forma de falsas membranas, ya depositadas en la de granulaciones miliares. Había además en la pleura derecha como una onza de serosidad verdosa, ligeramente turbia. El

parenquima de los dos pulmones aparecia muy sano y medianamente ingurgitado. El corazón ofrecia una hipertrofia de las paredes de los dos ventriculos, con dilatacion de su cavidad. La aorta era notable por su estrema estrechez. Los órganos del cráneo y del abdomen parecian hallarse sanos.

La doble pleuresia fué evidentemente la causa del temible conjunto de sintomas de que no pudo darse esplicacion satisfactoria durante la vida. Es sobre todo notable en este caso: la falta de verdadero dolor, á pesar de la estension é intensidad de la inflamacion; la gran disnea, aun cuando el aire penetraba con libertad en las vesículas pulmonares; y por último, la rapidez de la muerte, sin embargo de no hallarse interesado ningun órgano indispensable para la vida. De este modo sucumben tambien algunas veces en veinticuatro horas los sugetos atacados de peritonitis. Una flegmasia tan estensa y aguda no puede existir sin irritar simpáticamente el sistema nervioso, de donde se originan los movimientos convulsivos de la cara y el delirio: nótese el modo particular de respirar, las contracciones como convulsivas del diafragma, y finalmente, el hipo que se presentó en los últimos tiempos.

Este ejemplo me parece que basta para demostrar la oscuridad del diagnóstico en las pleuresias dobles, y el peligro que ocasionan aun antes que haya derrame.

XXX.ª OBSERVACION.

Derrame pleurítico doble, que coincidió con la desaparicion de dolores reumáticos. Curacion rápida.

El 26 de octubre de 1822 entró en la Caridad un hombre de 40 años y de constitucion robusta, padeciendo un reumatismo articular agudo. Presentaba hinchazon y rubicundez en las muñecas, rodillas y alrededor de los maléolos; tenia calentura intensa, y no ofrecia ninguna lesion aparente de las demas funciones. Después de haber sangrado muchas veces á este enfermo, fué acometido repentinamente el dia 27 de una gran opresion, disminuyendo al mismo tiempo los dolores reumáticos. Le era imposible acostarse horizontalmente, y su fisonomia espresaba la mas viva ansiedad; percutido el pecho producía un sonido marizo en la parte posterior de los dos lados; en la misma estension era la voz caprina, y el ruido respiratorio presentaba la modificacion que constituye lo que hemos llamado *respiracion bronquial*. No habia sentido ningun dolor en las paredes torácicas. (*Treinta sanguijuelas á cada lado del torax*).

Al dia siguiente, 28, era menor la opresion, y estaba el pulso muy frecuente, suministrando los mismos datos la auscultacion y la percusion. (*Veinte sanguijuelas al ano, dos vejigatorios á las piernas*).

El 29, tercer día contando desde la aparición de la disnea, era menos macizo el sonido en el lado derecho, habiendo sido reemplazada en el mismo lado la respiración bronquial por un ruido muy débil de expansión pulmonar. Continuaba la egofonia. En el lado izquierdo no había ocurrido ningún cambio. La respiración estaba más espedita; la tos era rara, y el pulso se hallaba menos frecuente.

En los cuatro días siguientes desaparecieron el sonido macizo, la respiración bronquial y la egofonia, oyéndose en todos los puntos el ruido respiratorio natural. Cesó la calentura, y en poco tiempo se completó la curación, sin que volviesen à aparecer los dolores reumáticos.

No hay duda que este enfermo padeció un doble derrame pleurítico, como lo prueba suficientemente la naturaleza de los síntomas. Por lo demás este derrame se formó en los dos lados simultáneamente, sin ser anunciado por ningún dolor; se presentó al mismo tiempo de desaparecer la afección reumática, y se reabsorbió con rapidez, empezando por el lado derecho. Este caso prueba que no siempre es mortal un derrame pleurítico doble, aunque se forme de repente: es probable que las sesenta sanguijuelas aplicadas desde el principio al pecho moderaron la inflamación, y favorecieron la reabsorción del derrame; así á lo menos podemos inferirlo de lo que observamos en las hidrartrosis, que suelen ofrecernos ejemplos exteriores de una reabsorción igualmente pronta, debida á los antillogísticos.

En una de las historias de pulmonía (obs. LXI) hemos visto coincidir como en la actual la aparición de la flegmasia interna con la desaparición de la articular. También hemos citado en el volumen precedente otros casos en que se presentó una inflamación del pericardio, al mismo tiempo que cesaron los dolores reumáticos agudos, que en vano se combatieron con estensas evacuaciones sanguíneas. Estas especies de traslaciones de las enfermedades son dignas de llamar nuestra atención: cuando los antiguos hablaban de subirse la gota al pecho, procedían sin duda en conformidad de una teoría errónea, pero fundada en hechos reales y verdaderos muchas veces.

XXXI.ª OBSERVACION.

Neumo-pleuresia con doble derrame, cuya invasión coincidió con la desaparición repentina de un reumatismo.

Un chiquichaque de 50 años de edad, piel morena, músculos muy desarrollados, y formas atléticas, sintió, hácia las cuatro de la tarde del día 15 de setiembre, una cefalalgia violenta, que le duró hasta el 21, y que iba acom-

pañada de quebrantamiento general de los miembros, postracion, calor fuerte y continuo, sed, anorexia, astriccion de vientre al principio, y despues diarrea.

El 21, dia en que entrò en el hospital, tenia calentura intensa; lengua encendida con tendencia à secarse; diarrea (movió el vientre cinco ò seis veces en veinticuatro horas); tos lijera; (dijo que hacia muchos años tenia una tos habitual que nada le molestaba). (*Veinte sanguijuelas al ano, sangría de doce onzas*). La sangre presentó una gruesa costra inflamatoria.

Al dia siguiente 22 se habia moderado algo la calentura; la lengua se hallaba húmeda, y disminuida la diarrea; pero el enfermo se quejaba de dolores en el brazo derecho, y principalmente en las articulaciones de este miembro, dolores que se aumentaban por el movimiento y la presion. (*Se ejecutó una segunda sangría*). La sangre fué inflamatoria como en la primera. No disminuyeron los dolores, y al anochecer se presentaron por primera vez calos-frios, seguidos por la noche de un copioso sudor.

Apenas terminó el sudor en la mañana del 23 cuando sobrevino otro nuevo calos-frio mas intenso que el del dia anterior. No se habia aumentado la tos, ni parecia fatigosa la respiracion; la lengua se hallaba húmeda y blanquecina, y contenida la diarrea: persistieron los dolores reumáticos, y al calos-frio sucedieron inmediatamente el calor y sudor. Durante el dia tuvo el enfermo calos-frios por cuatro veces, sin ser seguidos de sudor. A cosa de las seis de la tarde desaparecieron los dolores reumáticos. A las once de la noche percibió el paciente un dolor vivo debajo de las dos tetillas, que fué reemplazado al poco tiempo por una sensacion de constriccion semejante à la que hubiera experimentado si le hubiesen, segun decia, apretado el pecho con mucha fuerza entre unas grandes tenazas. Tenia al mismo tiempo gran disnea y estreñida ansiedad, y pasó la noche en las mas terribles angustias.

En la mañana del 24 la respiracion era corta, como acelerada; apenas ejecutaba el enfermo el menor movimiento, le acometia una tos seca, como convulsiva, y continuaba la sensacion de constriccion del pecho. La percusion era poco sonora en los diversos puntos del torax; el ruido respiratorio, muy fuerte debajo de las dos clavículas, se oia tan solo de un modo muy débil en toda la parte posterior del pecho; no percibimos indicio alguno de egofonia. El decúbito era dorsal; la lengua habia recobrado un poco de rubicundez; el vientre no se habia movido durante las últimas veinticuatro horas. (*Sangría de diez y seis onzas, veinte sanguijuelas à cada lado del pecho, vejigatorios à las piernas despues del mediodia*).

Durante el dia se aumentó cada vez mas la opresion. Por la tarde arrojò el enfermo algunos esputos viscosos y lijeramente herrumbrosos, y por la noche se hizo inminente la sofocacion, falleciendo el dia 25 à las cinco de la mañana.

ABERTURA DEL CADAVER.

Formas atléticas, músculos muy desarrollados, pecho muy ancho.

Habria derramada próximamente una azumbre de pus verdoso en cada una de las pleuras, que se hallaban cubiertas por falsas membranas de reciente formacion. En la superficie esterna del pulmon derecho habia unos ocho ò diez tubérculos pequeños reblandecidos; en el interior del mismo pulmon se hallaban diseminados otros cinco ò seis de la propia forma. En las cavidades que

resultaban de su reblandecimiento cabia una nuez gruesa. Entre los tubérculos estaba sano el parenquima pulmonar, excepto en tres ó cuatro puntos aislados, donde ingurgitado de serosidad sanguinolenta y un poco reblandecido, ofrecia el primer grado de la pulmonía. El pulmon izquierdo aparecia sano. El corazon, bien proporcionado, contenia sangre negra de la consistencia de la jalea de grosella. La aorta estaba ocupada por una corta cantidad de sangre negra y líquida; su membrana interna ofrecia un color rojo uniforme.

La mucosa gástrica estaba enrojecida y reblandecida en toda la estension del gran fondo; por el tejido laminoso subyacente del mismo lado serpeaban algunas venas llenas de sangre; el resto del conducto digestivo se hallaba sano. Nada habia de notable en las demas visceras. El encéfalo y sus dependencias parecian encontrarse en el estado fisiológico.



En este enfermo, antes de atacar la inflamacion á las pleuras, invadió sucesivamente diferentes órganos. Asi es que se observaron al principio los síntomas de una flogmasia gastro-intestinal, que disminuyeron á consecuencia de la primera sangría, presentándose al mismo tiempo la de los tejidos fibroso y muscular. Por último, tres dias despues cesó de repente la afeccion reumática, y al mismo tiempo, como por una especie de metástasis análoga á la que notamos en la observacion precedente, se manifestaron los síntomas de la doble pleuresía, que se anunció principalmente por un doble dolor de costado, una gran disnea, una especie de tos convulsiva, y una sensacion particular de constriccion del pecho en el sentido del diámetro transversal. Los esputos viscosos y un poco herrumbrosos que aparecieron tan solo en la última época, anunciaron la propagacion de la flegmasia de la pleura al mismo parenquima pulmonar, la cual por otra parte no existió mas que en algunos puntos aislados.

¿Pudiera haberse sospechado la existencia de los tubérculos pulmonares en un sugeto de una constitucion tan robusta, y que al parecer ofrecia las menos condiciones posibles de cuantas se consideran favorables á su desarrollo?

XXXII.^a OBSERVACION.

Derrame doble formado sin dolor. Disposicion particular del derrame en el costado derecho.

En el mes de julio de 1822 entró en la Caridad un carretero de 60 años de edad, que se hallaba padeciendo hacia algunos meses dolores en un lado de las regiones dorsal y lumbar. La columna vertebral no se hallaba desviada, los miembros conservaban todas sus fuerzas, y no habia calentura. Se aplicaron muchas veces sanguijuelas al sitio del dolor, que disminuyó; pero los miem-

brós abdominales se debilitaron é ingurgitaron. Aplicáronse á los lomos dos moxas que se convirtieron en seguida en profundos y estensos cauterios. Sin embargo, se aumentó cada vez mas la debilidad de los miembros, aunque sin formar aun parálisis completa, y al principio del mes de octubre podia sostenerse todavia el enfermo sobre sus piernas. Tenia habitualmente calentura, y se iba consumiendo; pero de repente se presentaron entonces sintomas nuevos: la respiracion se dificultó de un modo no acostumbrado; percutido el pecho daba un sonido macizo en el tercio inferior del lado izquierdo; en el mismo sitio se percibia con mas facilidad el ruido respiratorio que en los demas puntos, y la voz ofrecia una resonancia particular. (*Se aplicó un estenso vejigatorio al lado izquierdo*). Al siguiente dia, 15 de octubre, el ruido respiratorio era nulo en todo el lado izquierdo; no se percibia egofonia; el sonido era macizo desde la clavícula y la espina del omoplato hasta la base del torax; la respiracion era corta y acelerada, la tos rara y la expectoracion nula. En la pleura izquierda se verificaba evidentemente un derrame considerable.

La disnea y la ansiedad general eran mucho mayores el dia 16 que los precedentes. En el lado izquierdo suministraban la auscultacion y la percusion los mismos datos; pero en la parte anterior derecha al nivel y debajo de la tetilla se habia hecho macizo el sonido, el ruido respiratorio que el dia anterior era muy intenso apenas se percibia, y la voz presentaba una oscilacion caprina muy pronunciada; en la parte posterior del mismo lado se oia bien el ruido de expansion pulmonar sin modificacion de la voz, ni decremento del sonido.

El 17 y 18 ofreció aumento progresivo de la disnea, cara cadavérica y diarrea copiosa.

El 19 murió.

ABERTURA DEL CADAVER.

En las dos pleuras existia un liquido turbio, verdoso, mezclado con una gran cantidad de copos albuminosos; pero la disposicion del derrame no era la misma en los dos lados. En el izquierdo se hallaba el liquido como de costumbre, en contacto con las costillas, y habia replegado el pulmon hácia las partes laterales de la columna vertebral; en el derecho por el contrario habia permanecido el pulmon en contacto con las costillas tanto posterior como lateralmente, y un liquido purulento le separaba por la parte inferior del diafragma, y por la anterior é interna del mediastino. Una y otra pleura se hallaban tapizadas de membranas falsas y blandas, por las que serpeaban numerosos vasos.

A los lados de la columna vertebral en el abdomen, desde la última vértebra dorsal hasta la quinta lumbar, existia una enorme cantidad de pus blanco y flegmonoso. En la misma estension se hallaban como disecados por el pus los músculos psoas. En el lado izquierdo no pasaba la coleccion purulenta de la articulacion ileo-vertebral; en el derecho se estendia hasta la fosa ilíaca. La superficie lateral del cuerpo de la primera vértebra lumbar estaba rugosa, desigual y despojada de su periostio; el fibro-cartilago intervertebral enteramente destruido, las superficies correspondientes al cuerpo de las dos vértebras, rugosas y negruzcas. La médula espinal y sus cubiertas, del mismo modo que el cerebro, no ofrecian ninguna lesion apreciable.

Abierto y examinado cuidadosamente el conducto digestivo, se encontró en toda su estension notablemente pálido.

El doble derrame se formó aquí sucesivamente. En ningun lado le anunció el dolor; y existía sin duda despues de algun tiempo el del izquierdo cuando observamos la disnea. Al parecer se habia establecido con lentitud, no empezando á dificultar sensiblemente la respiracion hasta que fué considerable. Por otra parte no creció la disnea, ni los síntomas generales se hicieron verdaderamente peligrosos, hasta que el pus empezó á derramarse tambien en la pleura derecha. Este último derrame fué tambien digno de atencion, por diferenciarse del otro y de los casos ordinarios en ocupar tan solo la parte anterior de la cavidad de la pleura, y replegar al pulmon directamente hácia atras, en vez de rechazarle hácia la columna vertebral, de donde provenia la existencia del sonido macizo y la egofonia en la parte anterior del torax.

Notaremos tambien en esta observacion:

1.º La existencia de una copiosa diarrea en los últimos momentos, sin indicio aparente de inflamacion intestinal; y 2.º la parálisis incompleta de los miembros abdominales, que no reconocia por causa ninguna lesion apreciable de la médula espinal. Puede presumirse que bañados los nervios por el pus habian sufrido una alteracion cualquiera, que les impedia transmitir completamente á los miembros la facultad de sentir y moverse.

CAPITULO V.

PLEURESIAS COMPLICADAS CON OTRAS ENFERMEDADES.

La complicacion mas comun de la pleuresia es la inflamacion del parenquima pulmonar. No insistiremos sino de un modo muy secundario acerca de ella, por haberlo ejecutado ya con numerosos ejemplos en la seccion consagrada á la pulmonia. Citaremos pues algunos casos de complicaciones de pleuresias, ya con diversas afecciones de los órganos torácicos, ya con otras enfermedades.

XXXIII.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico con neumo-torax y tubérculos pulmonares ó intestinales.

Un aleman de 35 años de edad se hallaba acatarrado hacia muchos meses, cuando entró en la Caridad presentando todos los caracteres de una tisis pulmonar en el segundo grado.

A los quince dias próximamente de su entrada fué acometido repentinamente en la noche del 11 al 12 de julio, de un dolor vivo debajo de la tetilla izquierda, que iba acompañado de una gran dificultad de respirar. En la mañana del 12 persistia el dolor, habia un ligero estertor crepitante en la parte posterior é izquierda al nivel del ángulo inferior del omoplato, siendo en los demas puntos fuerte y claro el ruido respiratorio; el pulso estaba duro y frecuente, y la piel ardorosa. (*Veinticuatro sanguijuelas al costado*). Una hora despues de la visita espectoró una gran cantidad de sangre espumosa y roja.

El 13 continuó la hemotisis, y por lo demas el mismo estado. (*Sangria de diez onzas*).

El 14 y el 15 cesó la hemotisis, y desapareció el dolor, persistiendo la disnea y la calentura.

El 16 el enfermo, que en los dias anteriores habia observado una dieta rigorosa, tomó una menestra, la cual apenas llegada al estómago, se reprodujo la hemotisis. (*Sangria de diez onzas, vejigatorio al muslo, dieta*). Durante el dia cesaron los esputos de sangre.

Percutido el pecho habia presentado hasta esta época su resonancia particular, y el ruido respiratorio se habia percibido de un modo claro en todos los sitios, éscpto en algunos puntos del lado izquierdo, donde se oia una mezcla de estertor mucoso y crepitante, resultado probable de la presencia de algunas pequeñas cavidades tuberculosas. Pero el dia 17 fijó nuestra atencion un fenómeno nuevo: no se notaba el ruido respiratorio en la parte posterior izquierda, á pesar de ser mucho mayor en este lado la sonoridad del pecho que en el otro. M. Lermínier anunció la existencia muy probable de

un neumo-torax. Efectivamente el simple enfisema no podia dar lugar á la falta de la respiracion en tan grande espacio.

Al siguiente dia habia tambien debajo de la clavicula izquierda falta completa de ruido respiratorio, y al mismo tiempo gran sonoridad.

Examinando diariamente al enfermo no presentó ningun cambio hasta el 28 respecto de la percusion y la auscultacion. La disnea fué siempre considerable, la tos frecuente, y la expectoracion apareció tres ó cuatro veces sanguinolenta. De cuando en cuando se presentaba un dolor obtuso debajo de la tetilla izquierda, y todas las noches habia sudores abundantes.

El dia 28 percutimos al enfermo, hallándose sentado, y reconocimos por primera vez un sonido macizo en el lado izquierdo posterior, desde la parte inferior del omoplatto hasta la base del torax. Ejerciendo la sucusion del tronco, segun el método de Hipócrates, se oyeron de un modo distinto las oleadas de un liquido en el lado izquierdo del pecho. Desde entonces ya no quedó duda de que en la pleura izquierda habia una mezcla de aire y liquido.

Durante el mes de agosto se anunciaron los progresos del derrame por el aumento del sonido macizo y la ligera separacion de las costillas. Continuaron percibiéndose las oleadas de liquido, y nunca la egofonia fué muy sensible; por lo demas el estado general iba siendo cada vez menos satisfactorio: se alteraban progresivamente las facciones, habia sudores copiosos, que en vano se pretendió moderar con el uso de las píldoras de acetato de plomo, y se habia establecido una diarrea desde principios de agosto.

Desde los primeros dias del mes de setiembre cesaron de notarse las oleadas de liquido. El sonido era muy macizo, tanto en la parte lateral, como en la posterior del lado izquierdo hasta un poco por encima de la mitad del omoplatto, resonando algo el pecho un poco mas arriba, asi por delante como por atras, pero siempre menos que en el costado derecho. En esta época percibimos en la parte posterior una resonancia particular de la voz, que se aproximaba á la egofonia.

El 10 de setiembre eran muy confusas las ideas del enfermo; el 11 deliraba, y tenia el pulso muy frecuente y de una estremada debilidad. El 12 se hallaban tan frios los cuatro miembros, como si el enfermo hubiese dejado de existir veinticuatro horas antes: sin embargo, no murió hasta el siguiente dia por la mañana. Ya hacia algunos dias que conservaba el párpado superior derecho cerrado sobre el ojo, sin poderlo abrir á su alvedrio.

ABERTURA DEL CADAVER.

El torax parecia un poco mas prominente en el lado izquierdo que en el derecho, y midiéndole se halló que tenia en efecto cinco lineas mas de ancho.

Haciendo una pequeña incision en uno de los espacios intercostales superiores del lado izquierdo, no percibimos ningun silbido, ni vimos que se escapase ninguna ampolla de aire. En la pleura del mismo lado habria como tres cuartillos de serosidad cetrina mezclada con copos albuminosos. Las dos superficies costal y pulmonar de la misma membrana se hallaban tapizadas por concreciones albuminosas estendidas en forma de sendo-membranas. Las costillas se encontraban unidas al vértice del pulmon por medio de adie-

rencias bastante sólidas, que tenían mas de dos pulgadas de largo. El pulmon, muy comprimido, se dejó distender fácilmente por el aire que se le insufló. Contenia del mismo modo que el derecho numerosos tubérculos, algunos de ellos reblandecidos. En el mediastino anterior existian muchos ganglios linfáticos tuberculosos. El corazon no presentaba nada de particular. La mucosa gástrica estaba blanca, y era del grueso y consistencia ordinarias. Debajo de la mucosa intestinal se hallaban esparcidos algunos tubérculos crudos, y otros muchos ya reblandecidos, que la habian ulcerado. Los ganglios mesentéricos estaban tuberculosos. El encéfalo y sus cubiertas eran notables por su palidez. En los ventriculos laterales existia una gran cantidad de serosidad transparente.

¿Habia existido realmente en la pleura de este enfermo un derrame gaseoso? A nuestro parecer es indudable: solo por medio de un neumo-torax pueden esplicarse muchos de los fenómenos que se presentaron en diversas épocas. Véase como creemos que se sucedieron las lesiones, y cuál fue el grupo de síntomas que anunció cada una de ellas. Desde luego el dolor de costado indicaba la coincidencia de una inflamacion de la pleura con la hemotisis. Esta flegmasia no dió lugar en el principio á ningun derrame, como lo probaba la conservacion de la sonoridad y del ruido natural de expansion pulmonar. Despues cesó de percibirse de repente este ruido en una gran estension, y al mismo tiempo la sonoridad, lejos de disminuir, se hizo mayor que en el lado opuesto: nos pareció pues evidente la existencia de un derrame gaseoso en la pleura ya inflamada. Mas adelante el sonido se hizo macizo inferiormente, y ejecutando la sucusion hipocrática, se oyeron en el lado izquierdo del torax oleadas manifiestas: como no acontece tal fenómeno sino cuando existe una mezcla de aire y de liquido, fue un nuevo signo que puso de manifiesto la existencia de un neumo-torax, anunciando ademas como el sonido macizo un principio de derrame en la pleura. Este último se aumentó cada vez mas, y á medida que se hizo mas abundante fue desapareciendo la percepcion de las oleadas. Desde entonces creimos que el derrame liquido habia reemplazado completamente al gaseoso, bien porque este hubiera sido reabsorvido, ó bien porque sometido el fluido aeriforme á una presion cada vez mayor, se disolviera en la serosidad. Efectivamente, al abrir el cadáver no se encontró en la pleura mas que una coleccion purulenta ordinaria. Recordemos que en la última época se percibia aun algo la respiracion en la parte superior y posterior, siendo en el mismo sitio el sonido menos macizo, y notemos que hallándose en el referido

espacio sugeto el pulmón á las costillas por estensas bridas, no permitia que se interpusiera entre él y las paredes torácicas sino una masa muy delgada de líquido.

Se hallaba en este caso tan indicada la naturaleza de las lesiones por la de los síntomas, que era casi supérflua la abertura del cadáver con el objeto de comprobar el diagnóstico.

Esta observacion nos ofrece el raro ejemplo de un derrame gaseoso en la pleura sin comunicacion entre la cavidad de esta membrana y el exterior: el gas parece haber sido producto de la exhalacion de la membrana serosa (1). En lo general es por el contrario el neumo-torax resultado de la comunicacion que se establece mediata ó inmediatamente entre los bronquios y la cavidad de la pleura. Asi lo prueban las preciosas observaciones de neumo-torax contenidas en la obra de Laennec, y las no menos notables, publicadas por el doctor M. Louis (2), como tambien los siguientes hechos (3):

Se hallaba atacado de tísis pulmonar en el último grado un hombre de veintitres años, cuando entró en la Caridad. Percutido el pecho era notablemente sonoro en los dos tercios inferiores del lado izquierdo, y en la misma estension se percibia en cada movimiento inspiratorio una especie de sopro sin mezcla de estertor alguno, bastante análogo al ruido que se produce soplando en un vaso de metal. Se anunció la existencia de un derrame de aire en la pleura con fístula pulmonar. Al abrir el cadáver se encontró en efecto replegado el pulmón izquierdo por su parte media hácia la columna vertebral. Su superficie presentaba tres anchas aberturas, por las cuales comunicaba la cavidad de la pleura con estensas escavaciones tuberculosas, donde se abrian muchos troncos bronquiales gruesos. La pleura contenia un líquido purulento, cuya cantidad no era bastante para llenar el espacio vacío que existia entre el pulmón replegado y las costillas.

Murió á consecuencia de una tísis pulmonar un hombre de

(1) Es tan raro un caso de esta naturaleza, que al volver á leer la presente observacion, dudo en el día si el aire contenido en la pleura procederia de una de las pequeñas masas tuberculosas reblandecidas que contenia el pulmón. Situada esta masa cerca de la periferia del órgano podia haber vertido su producto en la pleura perforada, ocultándose en la fístula en razon de su pequeñez.

(Nota de la tercera edicion.)

(2) *Archives generales de Medecine*, julio 1824.

(3) Comunicadas por M. Reynaud.

cerca de cuarenta años. En el momento de hacer una incision en el lado izquierdo del torax , salió silbando una cantidad enorme de fluido aeriforme: la pleura de este lado , tapizada de falsas membranas , contendria como un cuartillo de serosidad verdosa y espumosa ; hácia la parte posterior del vértice del pulmón izquierdo existia una abertura pequeña de tres á cuatro líneas de diámetro , exactamente redondeada , y al través de la cual se escapaba el aire insuflado por la traquea-arteria , formando espuma en la superficie del líquido contenido en la pleura. Esta abertura conducia á una pequeña cavidad tuberculosa , y parecia ser resultado de la simple desgarradura del tejido pulmonar. Por otra parte los dos pulmones contenian numerosos tubérculos.

Un hombre de diez y nueve años , que padecia una enfermedad del corazon , fue acometido repentinamente de los síntomas de una pulmonía : en el intervalo de una visita á otra se hizo de repente excesiva la disnea , y murió. Apenas empezó á abrirse el lado derecho del torax , cuando se escapó silbando un fluido gaseoso. La cavidad de la pleura de este lado contendria cosa de un cuartillo de serosidad verdosa y espumosa , y el pulmón se hallaba replegado hácia la columna vertebral. Insuflando aire por el conducto de la traquea-arteria , se le vió escapar al través de una abertura muy pequeña , redondeada , de una línea de diámetro , y que existia hácia la parte inferior del borde anterior del pulmón. Esta abertura ponía en comunicacion la pleura con una cavidad capaz de contener una nuez pequeña , y que parecia ser resultado del reblandecimiento de un tubérculo ; pero lo mas notable es que el pulmón derecho no contenia ningun otro tubérculo , y en el izquierdo apenas habia cuatro ó cinco en el estado miliar.

XXXIV.^a OBSERVACION.

Derrame pleurítico con pericarditis indolente , y desarrollo de tubérculos.

Un carretero de 25 años , que se hallaba en Paris hacia cuatro meses , entró en el Hotel-Dieu durante el mes de enero de 1822. Entonces tenia un dolor vivo en el lado izquierdo del torax , y tosía sin espectorar. Permaneció quince dias en el hospital , y salió sin curarse de la tos. Entró en la Caridad el 20 de febrero , hallándose ya marasmódico. La respiracion era medianamente fatigosa , y el decúbito dorsal ; percutado el pecho producía un sonido macizo en todo el lado izquierdo desde en medio de la fosa infraesquina del omoplato hasta las últimas costillas ; en esta misma estension era nulo el rui-

do respiratorio; en el lado derecho se presentaba generalmente fuerte y claro, y en algunos puntos mezclado con estertor sibilante. La tos era frecuente; la expectoracion puramente catarral; el pulso acelerado, sin que hubiese aumento de calor en la piel. Todas las noches sudaba el paciente, y tenia completa anorexia. (*Sangria de diez y seis onzas, bebidas emolientes*). La sangre presentó un estenoso coágulo, blando y sin costra.

En los cuatro siguientes dias perdió el pulso su frecuencia. (*Se aplicó un sedal al costado izquierdo*).

Del 26 de febrero al 8 de marzo no hubo ningun cambio notable. En la fosa infra-espina izquierda se oia el ruido particular que hemos designado con el nombre de *respiracion bronquial*.

Del 8 al 20 de marzo recobró el pulso su frecuencia; se suspendieron los sudores, y disminuyó la secrecion de la orina. El abdomen, del todo indolente, adquirió un gran volúmen de un modo insensible, ofreciendo en poco tiempo fluctuacion manifiesta. El marasmo y la debilidad progresaron. (*Crema de arroz, caldos*).

Del 20 al 28 (*bebidas diuréticas*) se suprimió el sedal, que molestaba mucho al enfermo, y no producía al parecer ningun efecto ventajoso, y se sustituyó con dos vejigatorios en las piernas.

El 29 la respiracion, que se habia conservado bastante libre hasta entonces, se aceleró de repente de un modo notable; presentóse el pulso mas frecuente y muy pequeño; las facciones espresaban la mas viva ansiedad, sin quejarse el enfermo de ningun dolor. El 30 habia estraordinaria disnea. (*Estenoso vejigatorio al pecho*).

El 1.º de abril, habia pasado la noche el enfermo medio sentado en la cama, y al tiempo de la visita estaba acostado sobre el lado derecho; la disnea habia llegado al mas alto grado; un sudor copioso corría por la frente y las mejillas, que estaban pálidas y muy hundidas; las estremidades frias, y el pulso apenas perceptible. El enfermo daba gritos lastimeros, y murió en el transcurso del dia.

ABERTURA DEL CADAVER.

El derrame que existia en la cavidad de la pleura izquierda habia replegado el pulmon hasta la altura de la cuarta costilla. Una multitud de bridas gruesas, entrecruzándose en diversos sentidos, dividian la cavidad de la pleura en muchas celdas, que estaban en mútua comunicacion. El liquido que contenian presentaba por su color, consistencia, en una palabra, por el conjunto de sus propiedades físicas, la mas exacta semejanza con la gelatina de carne licuada mediante el calor. Con este liquido particular se hallaban mezclados en corta cantidad los copos albuminosos ordinarios de los derrames pleuríticos. Las pleuras costal y pulmonar aparecian tapizadas de falsas membranas poco gruesas, en las que se habian desarrollado numerosos tubérculos.

La superficie esterna del pulmon izquierdo presentaba hácia su parte media una estensa mancha blanca. Haciendo sobre ella una incision se descubrió una enorme masa tuberculosa, todavia dura, que tenia poco mas ó menos el volúmen de una naranja, y estaba atravesada por algunas estrias negruzcas. Esta masa se parecia mucho à los tubérculos gruesos del hígado, y à su alrededor estaba sano el tejido pulmonar. Los ganglios bronquiales, muy desarrollados, se hallaban tuberculosos, y el mediastino anterior, del mismo modo que el

tejido celular que une la pleura al pericardio, se presentaban tambien llenos de masas tuberculosas.

El pericardio se hallaba distendido por una gran cantidad de líquido rojizo, en el que flotaban algunos copos albuminosos, y cubierto en su cara libre por falsas membranas muy blandas. El corazon, sano, contenia algunos cuajarones de sangre negra.

En el peritóneo habia una cantidad notable de serosidad cetrina. En el espesor de las láminas del gran epiploon, del mismo modo que en las falsas membranas que cubrian la porcion del peritóneo destinada á revestir las dos caras del higado, existian un gran número de tubérculos miliares.

La parte anterior de la cara superior del hemisferio izquierdo del cerebro presentaba, cerca de la gran cisura interlobular, una granulacion amarillenta del volumen de un guisante grueso, implantada en la sustancia cerebral, y formando en su superficie una eminencia de cerca de dos lineas: comprimiéndola entre los dedos vimos que tenia una consistencia ósea. Los ventriculos laterales contenian una corta cantidad de serosidad transparente.

La pleuresia fué en este caso la enfermedad primitiva, y se anunció con los síntomas ordinarios. Cuando habia pasado al estado crónico sobrevino la peritonitis, no acompañada de dolor, pero sí de nueva aparicion de la calentura. El aumento repentino de la disnea en el último periodo parece referirse á la invasion de la flegmasia del pericardio, que á imitacion de la del peritóneo, no fué anunciada por dolor alguno. Por otra parte existian los tubérculos donde la inflamacion se habia manifestado en el estado crónico, á saber; en la pleura y en el peritóneo; pero tambien los habia en otros puntos en que no sabemos preexistiese á su formacion ninguna flegmasia, esto es, en el pulmon del lado opuesto á la pleuresia, en los ganglios bronquiales, y en el mediastino anterior. ¿Necesitaremos decir que semejante diatesis tuberculosa contribuyó poderosamente á producir el estado de marasmo?

Notemos el aspecto particular del líquido que llenaba la pleura, no menos que las numerosas bridas que por su entrecruzamiento formaban celdas incompletas. Tambien deberemos observar, como caso muy raro, la disposicion de la masa tuberculosa única, colocada en el pulmon derecho; y por último, la pequeña granulacion ósea implantada en la sustancia cerebral, y que no fué conocida por ningun síntoma.

XXXV.ª OBSERVACION.

Pleurisia y peritonitis crónicas, tubérculos en las falsas membranas. Tubérculos pulmonares incipientes.

Un mozo de esquina, de 19 años de edad, saboyano, que hacia un año habitaba en París, fué acometido en el mes de mayo de 1821 de una bronquitis, durante la cual esperó algo de sangre. A fines de junio era menos intensa la bronquitis; pero el enfermo no respiraba con entera libertad, y de cuando en cuando sentia dolores en los dos lados del pecho, nunca en el abdomen. Al principiar el mes de noviembre percibió que el abdomen habia adquirido mas volúmen que el acostumbrado, y conociendo que sus fuerzas disminuian notablemente, determinó entrar en el hospital, en cuya época era su estado el siguiente:

Cara pálida, enflaquecimiento considerable de los miembros, abdomen entumecido y tenso, delineándose las circunvoluciones intestinales al traves de sus paredes adelgazadas. No se reconocia fluctuacion, y la presion determinaba solo en los hipocóndrios un dolor obtuso, que era nulo en todos los demas puntos. El enfermo vomitaba de cuando en cuando, la lengua estaba húmeda y blanquecina, y las cámaras eran naturales. Segun estos signos no podia dudarse que existia una inflamacion crónica del peritóneo, y pronto nos cercioramos de que la pleura no se hallaba afectada con menos gravedad. Percutiendo notamos el sonido macizo en la parte posterior de los dos lados, desde en medio de la fosa supra-espina hasta la base del torax; en la misma estension aparecia muy débil el ruido respiratorio, sin mezcla de estertor; las inspiraciones eran cortas y frecuentes, la palabra algo anhelosa, la tos rara, la expectoracion catarral, y el decúbito indiferente, pero por lo regular y habitualmente dorsal. Existia, pues, en este enfermo ademas de la peritonitis un doble derrame pleurítico, habiéndose formado y acrecido una enfermedad tan grave y estensa, sin que el sugeto afectado de ella se hubiese sentido bastante indispuerto para suspender sus ocupaciones habituales. Los latidos del corazon se oian sin impulsión y con intermitencias frecuentes en la region precordial, por debajo de la clavícula izquierda, y en toda la estension del esternon; el pulso estaba débil, lento é intermitente, la piel seca y sin aumento de calor. El enfermo orinaba poco, y sudaba algunas noches (*quinze sanguijuelas al ano, tisana de grama nitrada*). En los dias siguientes el mismo estado (*doce granos de calomelanos y diez y ocho de jabon medicinal para seis pildoras, fricciones á los miembros con alcohol alcanforado, y tintura de digital*). Hubo cuatro á cinco cámaras en las veinticuatro horas, y la orina fué mas abundante.

Como á los quince dias de la entrada del enfermo en el hospital adquirió el abdomen mayor volúmen, y se hizo evidente la fluctuacion. Se advirtió que el lado izquierdo del pecho habia adquirido mas amplitud que el derecho; los espacios intercostales del mismo lado se habian agrandado y puesto convexos; era mayor la debilidad, y se hallaban sensiblemente alteradas las funciones. Sin embargo, se reabsorvió al parecer el liquido derramado en el peritóneo, se deprimió el abdomen, y volvieron á percibirse las circunvoluciones intestinales al través de sus paredes. (*Vejigatorios á las estremidades inferiores*.)

A fines de diciembre disminuyó el derrame en el costado izquierdo, se aproximaron los espacios intercostales, y recobró sus dimensiones ordinarias este lado del pecho. Pero à poco tiempo sobrevino una estraordinaria diarrea (*cocimiento blanco de Sidenham, laxativas emolientes.*) Simultáneamente aparecieron sudores copiosos, una postracion cada vez mayor, y una estremada debilidad del pulso. (*Pocion etérea con jarabe de quina, vino de émula campana, fricciones con amoniaco líquido y tintura de cantaridas.*) En el mes de enero se cubrió la piel de una multitud de manchas escorbúticas, adquirió el rostro un aspecto cadavérico, se empañaron los ojos, se enfriaron las estremidades, y falleció el enfermo sin agonía, conservando hasta el fin todo su conocimiento.

ABERTURA DEL CADAVER.

Marasmo en un grado muy adelantado, numerosas manchas escorbúticas en el pecho y miembros.

El pulmon izquierdo ocupaba solo el espacio comprendido entre la primera y cuarta costillas; estaba vacio de aire, y contenia algunos tubérculos en medio de un tejido muy sano. Debajo de él existia un estenso saco lleno de serosidad cetrina, sin mezcla de copos albuminosos, y atravesado por muchas bridas rojas, muy blandas, que se desgarraban con facilidad, y se entrecruzaban, dejando entre sí espacios de forma y tamaño variables. Las paredes de esta cavidad se hallaban tapizadas por falsas membranas, gruesas y sembradas de numerosos tubérculos.

En el lado derecho separaban à la pleura costal de la pulmonar algunos paquetes de pseudo-membranas arrolladas sobre sí mismas, y que por su aspecto gelatiniforme se parecian bastante à las membranas que constituyen las bolsas hidatídicas. Cerca del diafragma circunscribian estas falsas membranas una pequeña cavidad, en la que apenas cabia una naranja, y que se hallaba llena de serosidad transparente é incolora. El pulmon del mismo lado se hallaba sano.

El corazon estaba en estado fisiológico, y en el pericardio existia un poco de serosidad transparente.

Las paredes intestinales adherian intimamente à los intestinos, y estos se hallaban soldados, de modo que formaban una sola masa muy enmarañada. Las falsas membranas que los unian y envolvian, estaban cubiertas de numerosos tubérculos, cuyo color blanco resaltaba en medio del tinte apizarrado de las pseudo-membranas.

La mucosa gástrica, de un blanco agrisado, tenia el grueso y consistencia ordinarias. Existian muchos tubérculos debajo de la mucosa de los intestinos delgados, que era pálida como la de los gruesos.

El cerebro estaba sano, y el tejido celular sub-aracnoideo infiltrado de una notable cantidad de serosidad.

Nada hay sin duda mas notable que el modo sordo como empezó en este enfermo la doble flegmasia de la pleura y del

perit6neo. Cuando entr6 en la Caridad existia un derrame en los dos lados del pecho, y el abdomen se hallaba tambien ocupado por un l6quido purulento con formacion de falsas membranas, y sin embargo hasta entonces habia tenido bastante fuerza para pasar todos los dias en la esquina de una calle, y continuar sus penosas ocupaciones. La invasion de la pleuresia se anunci6 solo por dolores vagos y fugitivos: el 6nico s6ntoma apreciable para el enfermo, 6 que di6 lugar el derrame, fu6 una ligera disnea. En cuanto 6 la peritonitis se origin6 y creci6 sin producir la menor sensibilidad abdominal. Durante la permanencia del paciente en la Caridad se reabsorvi6 el derrame peritoneal, pero no ces6 la inflamacion de la serosa. Al principio se aument6 la coleccion purulenta de la pleura izquierda hasta el punto de distender los espacios intercostales, y en seguida disminuy6 tambien. Entonces pu6o concebirse moment6neamente alguna esperanza de curacion; pero no tard6 en alterarse la nutricion mas y mas, y llegando 6 ser extraordinario el marasmo, sobrevino la muerte principalmente por la activa formacion de tub6rculos, en los pulmones, la pleura, el perit6neo y el canal intestinal.

XXXVI.ª OBSERVACION.

Reumatismo agudo. Derrame pleur6tico que se abri6 simult6neamente en los bronquios, y al trav6s de las paredes tor6cicas. Absceso flegmonoso de los miembros. Peritonitis.

Un guantero de 40 a6os de edad padecia desde los 25 un reumatismo articular agudo, cuando entr6 en la Caridad. Entonces se habia fijado el dolor en las rodillas y en la mu6eca izquierda. Dos sangrias que sucesivamente se ejecutaron en los dos brazos fueron seguidas de la formacion en ambos miembros tor6cicos de un absceso subcut6neo con dolor y rubicundez de la piel. Sin embargo, desapareci6 el reumatismo; pero se present6 al mismo tiempo debajo de la tetilla derecha un vivo dolor (*treinta sanguijuelas al punto dolorido*). Al siguiente dia era mucho menor este dolor; pero la respiracion se habia dificultado, y vu6ltose macizo el sonido en la mayor parte del lado derecho del torax; el ruido de expansion pulmonar, que el dia anterior era claro y fuerte, habia sido reemplazado por una especie de soplido muy pronunciado (*respiracion bronquial*); la voz ofrecia en todo este lado una resonancia particular, y la expectoracion era catarral. No pareci6 dudosa la existencia de un derrame pleur6tico. El enfermo no permiti6 que le sangraran de nuevo 6 causa de los abscesos que le habian sobrevenido en las dos sangrias precedentes. (*Treinta sanguijuelas al costado derecho, y por la tarde dos vejigatorios 6 las piernas*).

En el siguiente dia, dos de marzo, continuacion del mismo estado. El dia 3 se not6 al lado esterno de la tetilla derecha una pastosidad mal circunscrita

de los tegumentos con dolor, rubicundez y calor (*cataplasmas emolientes*.) El 4 el enfermo, cuyos esputos no habian ofrecido hasta entonces ningun carácter especial, arrojó de repente durante la noche una gran cantidad de liquido purulento é inodoro, que corria formando una superficie plana y uniforme. Se sospechó el establecimiento de una comunicacion entre el derrame y un bronquio. Quejábase el paciente de dolores en el muslo izquierdo, que efectivamente se hallaba rojo y entumecido.

El 5 habia fluctuacion oscura en diversos puntos de los tegumentos del lado derecho del torax; la expectoracion era la misma; persistian el dolor y la tumefaccion del muslo izquierdo, y ademas se hallaba el abdomen tenso y muy sensible á la presion. Por otra parte habia profunda alteracion del rostro, por el que corria un sudor frio y viscoso; la vista estaba apagada, y el pulso miserable y muy frecuente. En medio de tan temible complicacion de lesiones, ¿qué recurso podia ofrecer la terapéutica? La muerte sobrevino en la siguiente noche.

ABERTURA DEL CADAVER.

La cavidad de la pleura derecha estaba llena de una enorme cantidad de liquido semejante al pus flegmonoso, que habia replegado el pulmon hácia la columna vertebral. En la superficie esterna del mismo pulmon, cerca de la cisura interlobular, existia una abertura que establecia comunicacion directa entre la cavidad de la pleura y los bronquios, y se hallaba formada á espensas de un tubo bronquial grueso, cuyas paredes habian sufrido una solucion de continuidad, y que estaba muy cerca del bronquio principal del pulmon. Entre la quinta y sesta costilla se presentó otra abertura, hecha al través de los músculos intercostales, cuyas fibras aparecian separadas é infiltradas de pus, muy blandas, y como irregularmente desgarradas. Por esta abertura se habia fragnado paso hasta el espesor de los músculos destinados á cubrir las paredes torácicas el liquido contenido en la pleura, corriendo por entre las diversas capas musculares hasta delante de la fosa sub-escapular del omoplató.

En el peritòneo, cubierto en diversos puntos de conecriones albuminosas, se habia dertamado un pus tan espeso como el de la pleura.

En los dos antebrazos y en el muslo izquierdo existia una infiltracion sero-purulenta debajo de la piel y entre los músculos. Ademas en cinco ó seis sitios se habian formado focos purulentos con reblandecimiento pultáceo de las fibras musculares inmediatas.

Rara vez hemos visto sucederse cada dia, y con tan admirable rapidez, fenómenos morbosos tan multiplicados y variados. Apenas se producía una inflamacion, cuando de repente terminaba por una abundante supuracion: en virtud de una predisposicion muy notable la ligera irritacion ocasionada dos veces por la picadura de la lanceta ocasionó la formacion de abscesos; presentándose casi al mismo tiempo enormes colec-

ciones purulentas en la pleura, el perit6neo, y en toda la estension del muslo izquierdo. Observemos que en este caso, como en muchos de los ya citados, precedió á la pleuresia un reumatismo agudo, que desapareció al presentarse aquella. Era aun muy reciente la inflamacion de la pleura cuando se abrió paso simultáneamente al través de los bronquios y de un espacio intercostal el pus que habia producido, siendo asi que semejante fenómeno apenas se observa sino en la pleuresia crónica. Aun cuando existia una estensa comunicacion entre la pleura y los bronquios se conservaron inodoros los esputos, lo que depende de que apenas podia penetrar el aire en la cavidad de la pleura, á causa de estar siempre completamente llena de líquido, que parecia formarse á medida que salia al través de los bronquios.

CAPITULO VI.

RESUMEN O HISTORIA GENERAL DE LA PLEURESIA.

250. Seguiremos en este resúmen el mismo método que hemos adoptado al hablar de la pulmonía. Espondremos primero los caracteres anatómicos de la inflamacion de la pleura, y en seguida nos ocuparemos de las causas de la pleuresia, de sus síntomas, curso, variedades, etc.

251. La pleura inflamada presenta: 1.º alteracion de tegido, y 2.º alteracion de secrecion. Ademas, como el derrame comprime y hace cambiar de posicion al pulmon, ofrece de consiguiente esta víscera cambios en su forma, volúmen, situacion y relaciones, que es del mayor interés conocer.

Cuando en la cavidad de la pleura de un animal se introduce un cuerpo extraño, ó se inyecta un líquido medianamente irritante, y se examina la serosa poco tiempo despues, se encuentra enrojecida en una estension variable; pero mediante un atento exámen se descubre que la rubicundez es debida tan solo á la inyeccion mas ó menos intensa de los vasos que serpean por el tegido celular sub-seroso, conservando la membrana misma su transparencia, y sin que aparezca ramificarse por ella ningun vaso. Los mismos fenómenos se notan en los hombres, que hallándose atacados de una ligera pleuresia sucumben de otra enfermedad. Cuando la inflamacion es mas intensa la misma membrana serosa presenta vasos mas ó menos numerosos, llenos de sangre, los cuales en tal caso, ya son en corta cantidad, y entonces dejan entre sí grandes intervalos, y apenas disminuyen la transparencia de la membrana, ó ya siendo su número mas considerable, se aglomeran y anastomosan de mil maneras, produciendo con tales combinaciones simples puntos, líneas largas, placas anchas, fajas mas ó menos sinuosas, ó finalmente un colorido rojo uniforme en una estension mas ó menos grande, cuyo último caso es el mas raro. Conservamos desecadas porciones de pleura que ofrecen los diferentes grados de inyeccion vascular. No deben confundirse las diversas graduaciones de rubicundez inflamatoria con el producto de un simple equimosis: efectivamente, á veces se verifican derrames pasi-

vos de sangre en la superficie esterna de la pleura y del perit6neo 6 consecuencia de enfermedades cr6nicas 6 de ciertas calenturas graves, del mismo modo que en iguales circunstancias se forman debajo de las membranas mucosas y de la piel. A poco que se pare la atencion pueden distinguirse estos equimosis de la inyeccion inflamatoria.

Por lo general no se aumenta el grueso de la pleura, h6llese 6 no roja 6 blanca, opaca 6 transparente; solo muy pocas veces la hemos encontrado verdaderamente engrosada. Los que han hablado del engrosamiento de las membranas serosas como de un fen6meno patol6gico muy comun, han confundido de un modo evidente la misma serosa con las falsas membranas que la cubren.

Cuando se inflama el perit6neo pierde frecuentemente gran parte de su consistencia, se reblandece y ulcera; pero en la pleura no hemos observado lo mismo; algunas veces si la hemos visto desprenderse de la superficie pulmonar con mas facilidad que en el estado sano, como si hubiera participado de la inflamacion, haci6ndose friable el tegido celular muy fino que la mantiene adherida al parenquima. Asi es como en la enteritis puede levantarse en una grande estension sin desgarrarse la mucosa cuando la flegmasia se propaga al tegido laminoso subyacente.

Las alteraciones de secrecion que nos ofrece la pleura inflamada son mas numerosas y variadas que las de tegido, siendo digno de notarse que en muchos casos son aquellas muy pronunciadas, y la membrana no ofrece ningun cambio apreciable en su testura. El l6quido seroso, que exhala la pleura en el estado sano, se halla modificado bajo el doble aspecto de su cantidad y de sus cualidades.

La cantidad puede variar desde menos de una onza hasta muchos cuartillos. Cuando es muy considerable, no solo replega al pulmon, reduci6ndole 6 ocupar el menor espacio posible, sino que tambien el diafragma es rechazado h6cia abajo, de lo que resulta el formar una prominencia mayor las visceras abdominales, especialmente el higado h6cia el lado derecho, y el bazo h6cia el izquierdo. Stoll asegura haber visto tan deprimido el diafragma en una coleccion de la pleura, que resultaba un tumor muy sensible en el hipoc6ndrio. Tambien se separan las costillas, agrand6ndose y formando convexidad al exterior los espacios intercostales; y los mediastinos experimentan del mismo modo algun cambio de lugar, inclin6ndose un poco al lado opuesto al en que existe el l6quido. Por 6ltimo, en casos en que el derrame residia en la pleura izquierda se ha visto perder su situacion habitual al mismo corazon, dirigirse al lado derecho,

y aproximarse su punta de tal modo al esternon , que durante la vida se percibian los latidos detrás de este hueso , y en el lado derecho del torax. Solo una vez hemos tenido ocasion de observar un caso de esta especie.

El líquido exhalado por la pleura presenta una multitud de variedades : referiremos las principales.

A veces se halla solo en la pleura una serosidad incolora ó cetrina , y perfectamente transparente y homogénea. Entonces la ligera rubicundez de la serosa , y el corto numero de concreciones membraniformes que la tapizan son los únicos signos á veces poco aparentes que pueden comprobar la inflamacion , cuya existencia se anunció durante la vida por síntomas inequívocos. Otras veces , y es mas comun , nadan en medio de un líquido que conserva su transparencia algunos copos albuminosos , cuya mayor parte se precipitan al fondo. Por lo regular tales copos son mas abundantes , y enturbian la transparencia , tendiendo á decidirse en la serosidad. En otros sugetos se halla un líquido decididamente turbio , amarillo , verde , pardo ó agrisado , y á veces muy espeso , y como cenagoso. Finalmente , despues de muchos estados intermedios se presenta dicho líquido en forma de verdadero pus , como el que existe en un absceso flegmonoso. En algunos casos muy raros la pleura se encuentra llena de un líquido particular , que no es serosidad ni pus ; y que se halla ordinariamente encerrado en sacos formados por las falsas membranas , y se parece ya á la gelatina de carne medio licuada , ya á la miel , y mejor aun á la materia contenida en los tumores esternos , conocidos con el nombre de *melicoris*. Cuando se inflama la pleura puede tambien hallarse en ella sangre derramada ; y entonces , ó bien el color rojo del líquido es tan débil que parece solo serosidad mezclada con una corta cantidad de materia colorante de la sangre , ó bien por el contrario se encuentra la pleura llena de un líquido del todo semejante á la sangre que acaba de sacarse de las venas , habiendo depositados hácia la parte mas declive de la cavidad verdaderos coágulos fibrosos , privados ó no de la materia colorante. En tales casos no puede dudarse que la serosa ha exhalado sangre. El peritóneo inflamado nos ofrece tambien ejemplos frecuentes de semejante exhalacion sanguinea.

Los diversos líquidos exhalados en la pleura son siempre inodoros , á no ser que se establezca comunicacion entre la cavidad del torax y el exterior , mediante una solucion de continuidad de las paredes torácicas , ó una fistula pulmonar.

En ciertos casos hay en la pleura inflamada fluidos aeriformes , unas veces solos , y las mas mezclados con un líquido.

Su presencia se comprueba sobre todo : 1.º por el silbido que se produce en el momento en que se hace una incision en el costado; y 2.º por el estado espumoso del líquido. Pudiera tambien reconocerse abriendo el torax en el agua. En algunos casos muy raros los referidos gases son producto de una exhalacion de la membrana ; pero por lo general no existen en la pleura sino cuando esta se halla en comunicacion mas ó menos directa con los bronquios ; cuya comunicacion es ordinariamente debida á la abertura de una escavacion tuberculosa en la cavidad pleurítica , y tambien puede proceder de la desgarradura del pulmon por una gangrena , ó una hemorragia verificada en su parenquima , ó finalmente , de una inflamacion ulcerativa que siguiendo un camino inverso al de las lesiones precedentes, haya empezado por la pleura y estendiéndose á los pulmones.

Una parte del líquido exhalado por la pleura tiende naturalmente á concretarse y pasar al estado sólido, de donde resultan las falsas membranas que presentan tantas variedades con respecto á su organizacion , forma, color, estension, consistencia y grueso.

Sin duda alguna la organizacion de las falsas membranas es uno de los fenómenos mas curiosos de fisiologia patológica. Se deposita en la superficie libre de la pleura un líquido amorfo (*linfa coagulable de Hunter*), que se solidifica apenas exhalado: al principio consiste solo en una materia blanda y blanquecina, que puede dividirse en una multitud de filamentos , y de donde se extrae serosidad por espresion. Mas no tardan en presentarse signos de vitalidad en esta materia de apariencia inorgánica: se desarrollan puntos rojos que, siendo primero poco numerosos y aislados , se prolongan despues en forma de líneas ó estrias que atraviesan la superficie de la concrecion albuminosa ; y por último , se convierten en verdaderos canales vasculares , que horadando la concrecion donde han nacido , van á enlazarse con los vasos de la pleura , y establecen de esta suerte comunicacion directa entre la circulacion de la falsa membrana y la general. Los esperimentos en los animales vivos , y las observaciones que ha habido que hacer en el hombre mismo , prueban que á veces se verifica con increíble rapidez esta organizacion. Irritando la pleura de los gazapos , mediante la inyeccion del ácido acético , hemos hallado formadas á las diez y nueve horas falsas membranas blandas y muy delgadas , por las cuales serpeaban numerosas líneas rojizas que se anastomosaban al modo de los vasos verdaderos. En otros gazapos , cuya pleura habia recibido el mismo líquido , y que parecian colocados en las mismas condiciones que los precedentes , no hemos obtenido el

mismo resultado: al cabo de mucho tiempo su pleura no contenia mas que un liquido seroso ó purulento con mezcla de copos albuminosos del todo inorgánicos. Lo mismo poco mas ó menos hemos observado en el hombre, hallando por ejemplo falsas membranas ya vasculares en sugetos muertos de una pleuresia al cabo de muy pocos dias, y ninguna señal de ellas en otros que habian fallecido despues de muchos meses de padecimientos. Asi pues la organizacion de las falsas membranas no depende tan solo del mas ó menos tiempo que pasa desde su primera formacion, y no puede establecerse ninguna regla general acerca del momento en que empieza tal organizacion. Parece haber respecto de esto disposiciones individuales inexplicables que en unos aceleran, y en otros retrasan el movimiento organizador. ¿ Advertiremos de paso que existe la mayor analogía en el modo de desarrollarse los vasos entre las falsas membranas, y la que cubre la yema en los huevos de las aves? Sin embargo hay una notable diferencia, á saber: lá inconstancia, la irregularidad de la organizacion en las falsas membranas, y la constancia de la misma en la membrana de la yema.

La forma de las pseudo-membranas de la pleura es muy variable. Tienen frecuentemente la de granulaciones miliares, aisladas unas de otras, que facilmente podrian confundirse con tubérculos pequeños, á no tener en cuenta su íntima testura. Este género de falsas membranas, que parecen producidas por un liquido coagulable depositado á gotas aisladas en la pleura, coexiste frecuentemente con un derrame de serosidad transparente. Otras veces se hallan cubiertas las pleuras en una parte mas ó menos grande de su estension, y aun en su totalidad, por anchas concreciones que aumentan considerablemente su grueso. La superficie de estas concreciones, mas ó menos perfectamente organizadas, es unas veces muy lisa, otras rugosa, desigual y mamelonada, y otras por último atravesada por filamentos muy delgados, que estrechándose la dan un aspecto areolar. En gran número de casos se prolongan las concreciones, formando bridas de figura, tamaño y densidad variables, que se estienden de la superficie de una pleura á otra, y constituyen adherencias notables á veces por su longitud, pues suelen atravesar una gran parte del liquido para unir las pleuras costal y pulmonar. A veces son muy multiplicadas; se encuentran en medio de la serosidad, y la encierran en una especie de sacos ó celdas mas ó menos regulares que forman entre sí. Aun no habiendo liquido derramado suelen hallarse unidas las pleuras costal y pulmonar por bridas largas, que sin desgarrarse permiten separar de una á dos pulgadas el

pulmon de las costillas. Si las adherencias establecidas entre las pleuras las impidiesen constantemente separarse un poco una de otra, dificultaríase notablemente el movimiento respiratorio. En efecto, cada vez que se ejecuta una inspiracion algo fuerte, cambia la relacion de las costillas con el pulmon: al paso que las primeras se elevan el segundo descende, y de consiguiente cada uno de los puntos de aquel órgano queda en contacto con otro distinto de las paredes torácicas, de lo que podemos convencernos poniendo en un animal al descubierto un espacio intercostal.

Las adherencias recientes son blandas, fáciles de desgarrar, y de aspecto albuminoso; pero tarde ó temprano tienden á transformarse en un verdadero tejido celular que establece una íntima union entre las dos superficies de la pleura. Tal es el estado que ofrecen en los sujetos que han padecido pleuresias antiguas.

¿ Llegan con el tiempo á reabsorverse las adherencias de la pleura? Ningun hecho directo conocemos que lo pruebe; pero puede deducirse por analogía. Efectivamente Beclard (*Anatom. gener.*) ha citado una observación que demuestra la posibilidad de semejante reabsorcion respecto de las adherencias celulares del peritóneo: por lo demas pueden existir multiplicadas adherencias en esta última membrana lo mismo que en la pleura, sin dar lugar á ningun fenómeno morboso. En un sujeto que mucho antes habia tenido síntomas de peritonitis, hemos encontrado reunidas todas las circunvoluciones de los intestinos delgados por un tejido celular bastante flojo para permitirles algun roce. Durante su larga permanencia en el hospital, nunca se habia quejado de ningun dolor ni incomodidad en el abdomen. En cuanto á la inocuidad de las adherencias celulares de la pleura es tan conocida, que nos parece inútil detenernos mas en este punto.

Generalmente carecen de color las falsas membranas, y el tinte amarillento, agrisado ó rojo que presentan, es con frecuencia debido al líquido con que se hallan en contacto. No es raro hallar cubierto el peritóneo de falsas membranas de un negro subido: en las de la pleura nunca hemos visto semejante color. A veces no es mayor su grueso que el de la misma pleura. Se separan de la superficie de esta en forma de películas muy delgadas, y en todo semejantes al tejido de la serosa. Con frecuencia hay sobrepuestas muchas de este modo, que pueden separarse por capas sucesivas; en cuyo caso podria creerse que la misma pleura consta de varias láminas, ó á lo menos es fácil que se oculte la existencia de semejantes falsas membranas:

Nunca las hemos hallado de este modo sino en los casos de pleuresias crónicas, siendo mas comunes en igualdad de circunstancias en la superficie del peritóneo.

A pesar de todo en el mayor número de casos el grueso de las falsas membranas escede en mucho al natural de la pleura, pareciendo á primera vista tanto mas considerable, cuanto que en general suele haber muchas unidas, en cuyo caso adquieren con frecuencia tal solidez y densidad, que fortifican en cierto modo las paredes torácicas, y si estas llegan á sufrir una solución de continuidad en una estension mayor ó menor, pueden suplirlas formando una especie de obturador que defiende suficientemente de los agentes exteriores los órganos contenidos en el pecho. Cuando las pseudo-membranas se aplican á un pulmon separado de las costillas á causa del derrame, forman una especie de barrera que impide al pulmon volver á su estado primitivo despues de reabsorverse ó evacuarse la serosidad. Como hemos visto precedentemente tal barrera puede tambien oponer una resistencia invencible á los esfuerzos que se hagan despues de la muerte para distender el pulmon por medio de la insuflacion.

En el mayor número de casos en que existe un derrame en la pleura, haya sido ó no anunciado durante la vida por el dolor, la calentura ú otros signos de flegmasia, se hallan en la pleura señales evidentes de inflamacion, deducidas de la presencia de las falsas membranas de la naturaleza del líquido derramado, ó finalmente del aspecto de la pleura misma. De donde debemos concluir que el derrame de serosidad en la pleura, sin inflamacion preliminar, ó sin obstáculo mecánico á la circulacion, es una enfermedad infinitamente rara. Aun en las afecciones del corazon es mucho menos comun el hidrotorax que la ascitis.

En la pleura inflamada se desarrollan con frecuencia tejidos accidentales de varias clases. Asi es que las falsas membranas que la cubren pasan á veces al estado fibroso, cartilaginoso y aun huesoso; pero el producto accidental que en ella se desarrolla con mas frecuencia son los tubérculos, como nos lo han comprobado con numerosos ejemplos nuestras propias observaciones. Estos tubérculos toman origen en medio de las falsas membranas; son ordinariamente muy numerosos, y con frecuencia se multiplican, al parecer con gran rapidez. Hemos hallado falsas membranas llenas ya de tubérculos en sugetos que habian muerto de pleuresias, cuya duracion no habia escedido de quince dias. Por otra parte la rapidez de semejante desarrollo no es un fenómeno que carezca de ejemplos: hemos si-

tado en otro punto (1) muchas observaciones á propósito para demostrar que diversos tejidos accidentales, que en los casos mas ordinarios se desenvuelven con lentitud, y se caracterizan con síntomas de una enfermedad crónica, nacen y crecen en algunos con admirable rapidez, produciendo una afección aguda. Recordaremos aqui dos casos de este género, en los que á consecuencia de una lijera peritonitis, se desarrollaron y adquirieron un enorme volúmen en el uno tumores cavernosos, y en el otro tuberculosos.

Un antiguo militar, de 51 años de edad, entró en la Caridad en el mes de setiembre de 1820: se quejaba hacia ocho dias de dolores bastante vivos alrededor del ombligo; tenia poca calentura; las cámaras eran naturales, y la lengua conservaba el aspecto ordinario; era difícil precisar la verdadera naturaleza de los dolores. (*Tisanas y fomentos emolientes, dieta*).

Al dia siguiente, 20, era mas intenso el dolor abdominal, y se aumentaba por una lijera presión; la cara se hallaba alterada, y el pulso pequeño y frecuente. Parecia haberse hecho mas patente la inflamación del peritóneo. (*Treinta sanguijuelas al abdomen*).

El 21 alivio notable de los síntomas. El 22 tensión del abdomen, dolores bastante vivos, y fluctuación oscura. (*Otras treinta sanguijuelas*).

En los dias siguientes se moderaron los dolores abdominales, y la fiebre fue lijera; pero el vientre se abultó mucho. Sin embargo, no era manifiesta la fluctuación, y podia dudarse que tan rápido abultamiento dependiese de un derrame peritoneal, no permitiendo tampoco el sonido macizo de las paredes del abdomen atribuirlo á un desarrollo de gases en los intestinos. Desde el 30 de setiembre reconocimos un tumor irregularmente redondeado, y muy movable, que se estendia desde el ombligo hasta cerca del pubis, y en el cual á principios de octubre adquirió mas estension, y en poco tiempo llegó á ser perceptible en las regiones iliaca y lumbar derechas, presentando en este punto un gran número de abolladuras, y siendo mucho mas doloroso que alrededor del ombligo. Del 15 al 20 de octubre se hicieron atroces los dolores, y diariamente hallábamnos los tumores sensiblemente mas voluminosos que la víspera, habiendo subido un poco por encima del ombligo, y estendiéndose á todo el vacío derecho. El dia 20 murió el enfermo, despues de haber tenido delirio y movimientos convulsivos.

(1) Memoire sur le developpement rapide des tissus accidentels (*Archives generales de medecine*, t. II, p. 205).

Al abrir el cadáver se hallaron ocupadas las regiones umbilical, hipogástrica, lumbares é ilíacas por un tumor, que por la parte superior se insertaba al borde convexo del estómago, y por la parte inferior llegaba hasta el pubis, estendiéndose por encima y por detrás de él.

Desprendiendo el tumor del estómago, y volviéndole de arriba abajo, dejó ver sucesivamente el arco del colon, al que se adhería; el paquete de intestinos delgados cubierto de exudaciones membraniformes, el ciego y las dos porciones ascendente y descendente del colon. La situación de este tumor, su dirección y relaciones no nos permitieron dudar que pertenecía al epiploon. Era de una notable dureza, muy grueso, rugoso y abollado en su superficie; al cortarle presentó en muchos puntos un tejido blanco, azulado, semitransparente, que rechinaba bajo el escalpelo (escirro en estado de crudeza); en otros existían pequeñas cavidades ocupadas por un líquido gelatiniforme, y que eran irregularmente redondeadas ú oblongas, y mas ó menos anfractuosas; siendo las menores capaces apenas de contener un guisante, y pudiendo en las mayores haberse colocado una almendra (escirro en el estado de reblandecimiento). En todos los sitios se percibía mezclado con el tejido precedente otro de un blanco opaco, por el que se ramificaban y entrecruzaban varios vasos sanguíneos, dejando entre sí areolas mas ó menos irregulares (tejido encefaloideo en el estado de crudeza); en dos ó tres parages únicamente habia una sustancia pultácea, rojiza, bastante parecida á la cerebral cuando empieza á corromperse, y está manchada de sangre (tejido encefaloideo en el estado de reblandecimiento). Finalmente, en algunos puntos el color blanco de los tejidos precedentes se hallaba mezclado con un tinte oscuro bastante subido, que tal vez indicaba un principio de melanosis.

En medio de estos diferentes tejidos se hallaba todavía bastante número de los pelotones grasientos que existen por lo regular en el epiploon sano.

El hecho precedente tiene á mi parecer pocos semejantes en los anales de la ciencia. En menos de cinco semanas, á consecuencia de una peritonitis bastante ligera, se desarrolla un tumor canceroso en el epiploon, adquiere diariamente un incremento sensible á la vista y al tacto, y termina por fin duplicando en cierto modo casi la totalidad de la pared anterior del abdomen. ¿Quién será capaz de revelarnos la causa de tan rápido desarrollo? ¿quién podrá explicar como por el contrario estos tejidos accidentales no llegan en otros sugetos á adquirir el tamaño de una nuez?

En este caso la intensidad de los dolores y de la calentura, del mismo modo que el extraordinario enflaquecimiento, estuvieron en relacion con la rapidez del desarrollo de los tejidos accidentales. El siguiente nos va á presentar el ejemplo de un tumor, cuyo incremento fue todavía mas rápido, sin que observásemos dolor ni calentura, y conservándose bastante bien las fuerzas.

Un sastrero de 20 años de edad, de temperamento linfático, hacia siete meses que habitaba en París, y en los de enero y febrero de 1822 trabajó y se acostó en un cuarto muy húmedo: hacia mediados del último mes, y sin notar ningun dolor en el vientre, le vió adquirir un volúmen no acostumbrado, enflaqueciéndose al mismo tiempo los miembros y la cara. A principios del mes de marzo tuvo diarrea abundante, se le presentaron dolores abdominales, que aumentaban por la presión, perdió el apetito, y las fuerzas disminuyeron. Durante todo este mes apareció y desapareció repetidas veces la diarrea, creciendo siempre el volúmen del vientre. El enfermo entró en la Caridad á principios de abril, presentando el estado siguiente:

Cara pálida, enflaquecimiento de los miembros, abdomen voluminoso, y que solo dolia ejerciendo una fuerte presión, y fluctuacion evidente: en veinte y cuatro horas movió una sola vez el vientre: hacia muchos dias que tenia la respiracion libre, y estaba apirético.

M. Lerminier consideró la ascitis como resultado de una inflamacion latente del peritóneo, persuadiéndose que las indicaciones que habian de llenarse eran hacer desaparecer la flegmasia, y procurar á la vez que se reabsolviera el líquido derramado. (*Del 7 al 16 de abril ciento veinte sanguijuelas al abdomen ó al ano, sangría de dos tazas, fomentos emolientes, tisanas de grama nitrada, polvos de Dover como diaforéticos á la dosis de un escrúpulo en cuatro papeles durante las veinte y cuatro horas, algunos caldos*). Bajo la influencia de un tratamiento tan activo disminuyó la ascitis, se hizo mas abundante y mas clara la orina, y la piel se humedeció una sola vez.

El 20 no se percibia la fluctuacion, pero palpando el abdomen se reconocian con facilidad al través de sus paredes las circunvoluciones de los intestinos delgados reunidos en una sola masa. El diagnóstico habia sido exacto, y por otra parte el enfermo se encontraba bastante bien, asegurando sentirse mas fuerte y mejor dispuesto que al tiempo de su entrada en el hospital, á pesar de las muchas pérdidas de sangre que habia sufrido.

Nada ocurrió de nuevo en todo el mes de abril: el enfermo comía cuarta parte de ración, y al principio de mayo se paseaba por el jardín del hospital, doliéndole el abdomen solo cuando se le comprimía con fuerza.

El 7 de mayo se cubrió todo el abdomen con un estenso emplasto de *vigo con mercurio* (quería ensayarse, según el método inglés, la influencia de este tóxico en la reabsorción de las falsas membranas). Hasta el 21 pareció conservarse estacionario el estado del enfermo; no se quejó de ningún nuevo dolor en el abdomen, y continuó levantándose y paseando sin que se desarrollara calentura. Cual fué nuestra admiración cuando el 21, catorce días solo después de la aplicación del emplasto, hallamos al levantarle en vez de las circunvoluciones intestinales un tumor voluminoso que ocupaba el ombligo, la parte inferior del epigastrio, el vacío izquierdo, el hipocondrio del mismo lado, y parecía prolongarse por detrás de las costillas falsas del mismo sitio. Esta disposición daba al tumor mucha semejanza con un extraordinario desarrollo del bazo. Sin embargo nada podía explicarnos tal desarrollo, y al contrario sabíamos que el epiploon puede adquirir en poco tiempo un enorme volumen, y desarrollándose desigualmente en diversos puntos formar tumores, que han simulado muchas veces los del hígado, del bazo, de los riñones, y aun del útero. Por último la falta de calentura nos parecía no contrariar en nada nuestro diagnóstico, pues habíamos visto determinarse en este sugeto una estensa peritonitis sin dolor ni fiebre.

Persuadido á pesar de todo el enfermo de que se hallaba convaleciente abandonó el hospital el 1.º de junio. El 2 de agosto volvió á entrar en el estado más deplorable; pues desde su salida se habían manifestado los síntomas de una tisis pulmonar, y se le había aumentado considerablemente el tumor abdominal, que estaba duro y lleno de abolladuras. Cuatro horas después de esta segunda entrada murió.

El cadáver se abrió treinta horas después de la muerte. El gran epiploon había aumentado cuando menos ocho á diez veces de grueso, en razón de varias masas tuberculosas desarrolladas entre las láminas epiploicas, muchas de las cuales empezaban á reblandecerse. La mayor parte de los ganglios mesentéricos se hallaban también tuberculosos. Detrás del epiploon existía el paquete de intestinos delgados reunidos por medio de falsas membranas, en cuyo espesor se habían desarrollado también tubérculos enormes. En los dos pulmones existían estensas cavernas tuberculosas. Las demás vísceras estaban sanas.

Recapitulemos en pocas palabras las diversas fases ó periodos de esta interesante enfermedad.

Primer periodo. Desarrollo de una peritonitis sin dolor ni calentura.

Segundo periodo. Ascitis, resultado de la peritonitis: desaparicion de la serosidad bajo la influencia de copiosas emisiones sanguíneas.

Tercer periodo. Organizacion de copos albuminosos, que no siendo absorbidos como la serosidad, se transformaron en pseudo-membranas. Adherencia de los intestinos facil de reconocer al través de las paredes abdominales.

Cuarto periodo. Formacion rápida (en catorce dias) del tumor tuberculoso del epiploon, conservándose el alivio general, la conviccion de un estado satisfactorio, habiendo restablecimiento de fuerzas y falta completa de calentura..... El enfermo salió en esta situacion: no observó ningun régimen, y bajo la influencia de las causas irritantes á que se espuso aumentóse la formacion de los tubérculos en el peritóneo, y se propagó á los pulmones, declarándose la calentura héctica y sobreviniendo á poco tiempo la muerte.

Cuando este jóven abandonó el hospital ningun síntoma anunciaba que estuviesen enfermos los pulmones, y en menos de dos meses se multiplicaron los tubérculos pulmonares, se reblandecieron y ocasionaron estensas cavernas.

Es evidente que en los diferentes casos que acabamos de citar, y sobre todo en el del desarrollo de tubérculos en el espesor de las falsas membranas, ha sido la formacion de tejidos accidentales consecutiva á una inflamacion. Nos parece pues muy razonable admitir que tendiendo la inflamacion á modificar la testura de las partes que invade, y á cambiar su modo de nutricion, debe favorecer la produccion de los tejidos accidentales; pero tambien nos obliga la observacion á manifestar que estos no se forman, sino en tanto que hay predisposicion por parte del individuo, como lo prueba el gran número de veces en que no se halla ningun vestigio de tales tejidos, aunque los enfermos hayan sufrido largas y violentas flegmasías; al paso que se producen en otros á consecuencia de la mas ligera irritacion.

Por dos veces hemos hallado ocupada una de las pleuras por masas cancerosas bastante considerables para replegar el pulmon hácia la columna vertebral. Durante la vida habia sido macizo el sonido, y el ruido de la respiracion habia dejado de percibirse como si hubiese un derrame pleurítico. En ambos casos la pleura derecha era el asiento de la enfermedad, y ha-

bia al mismo tiempo cánceres desarrollados en muchos órganos.

Los diferentes modos de alteracion que acabamos de describir pueden existir en las dos pleuras á la vez, ó en una sola, y aun es posible que la inflamacion ocupe una parte circunscrita con mas ó menos exactitud en un solo lado. Acontece con frecuencia que un derrame se halla limitado y encerrado en un pequeño espacio por falsas membranas de forma y grueso variables. Puede invadir solamente la flegmasia á la porcion de pleura que tapiza el diafragma, á la que se prolonga entre los lóbulos pulmonares ó reviste el mediastino anterior, etc. De donde se originan muchas variedades de pleuresias, cuyos sintomas particulares nos ocuparán mas adelante.

El pulmon del lado donde se verifica el derrame merece fijar nuestra atencion, ya respecto de las diferentes posiciones que afecta, ya en cuanto á las alteraciones de testura que puede sufrir.

Generalmente el derrame tiende á replegar el pulmon hácia la columna vertebral. Cuando la coleccion es muy considerable el pulmon existe tan solo en forma de una lámina delgada, que no ocupa mas que un pequeño espacio á lo largo del canal raquidiano, y si aparece cubierto de falsas membranas gruesas puede á primera vista imaginarse que ha desaparecido completamente. En casos de este género es en los que se ha creido que la supuracion habia destruido el pulmon, y sin embargo se halla intacto, y la insuflacion le devuelve por lo regular su primitivo volumen. Otras veces no se encuentra todo el pulmon replegado hácia la columna vertebral; solo un lóbulo por ejemplo está comprimido por el derrame. Asi es que hemos visto rechazado hácia el raquis tan solo el lóbulo inferior, al paso que el superior conservando su sitio ordinario, formaba una bóveda que limitaba el derrame por arriba. Otra vez hemos visto dirigido el pulmon hácia las costillas, tanto posterior como lateralmente, en vez de estar replegado hácia la columna vertebral, de modo que el líquido ocupaba la parte anterior é interna de la pleura. Por último en un caso de derrame casi completamente seroso, los tres lóbulos del pulmon derecho se hallaban muy separados unos de otros hasta la raiz del órgano, no habian perdido mas que el tercio de su volúmen ordinario, y flotaban en medio del líquido libres de toda adherencia. Conviene conocer estas diferentes disposiciones, porque modifican muchos sintomas como veremos mas adelante.

El espacio infinitamente pequeño á que en los casos de derrames considerables se puede reducir el pulmon, prueba cuan

diferente es el volúmen real de este órgano del aparente, debido al aire que le distiende. En este estado no crepita el pulmón; es denso, y se precipita al fondo del agua: parece que vuelve á adquirir las cualidades de los pulmones de un feto que no ha respirado, ó lo ha ejecutado incompletamente. Por lo demás, su aspecto liso, y lo difícilmente que se deja desgarrar, le distinguen bastante de un pulmón hepaticado.

A veces hay simultáneamente derrame pleurítico é inflamación del parenquima pulmonar; pero esta complicación es rara. Hemos citado ejemplos de ella hablando de la neumonía.

252. No nos detendremos en las causas ocasionales de la pleuresia, como la impresión del aire frío, la ingestión de bebidas frías, la supresión repentina del sudor, ó de cualquiera evacuación sostenida por mucho tiempo. Se sabe, por ejemplo, que á consecuencia de la amputación de un miembro afecto de tumores blancos, se forman muchas veces derrames de pus en la pleura (1).

A veces una violencia exterior, que obra sobre las paredes torácicas, determina una pleuresia, de lo que hemos citado un ejemplo (Obs. VI).

La inflamación de la pleura reconoce también por causa frecuente cierto número de lesiones orgánicas del pulmón. Así es que la flogosis de este órgano escita con frecuencia una ligera flegmasia de la membrana que le cubre, siendo más raro hallar pulmonías sin pleuresia, que pleuresias sin pulmonía. Los tubérculos pulmonares crudos y poco numerosos, determinan por lo regular ligeras pleuresias parciales, que se anuncian sobre todo por el dolor, y ocasionan adherencias celulares de la pleura, las cuales son casi constantes en los tísicos.

Cuando los tubérculos se desarrollan inmediatamente debajo de la pleura pulmonar, producen una pleuresia más grave, que por lo común termina por un derrame. Por último, entre las causas orgánicas de la pleuresia, deben colocarse las soluciones de continuidad de la superficie exterior del pulmón, de donde proviene la libre comunicación entre la cavidad de la pleura y los bronquios. Anteriormente hemos indicado las causas de semejante solución de continuidad. Las pleuresias que se producen de este modo son muchas veces parciales, y en-

(1) Después de impresa nuestra primera edición, han demostrado los progresos de la ciencia que los derrames de pus que se hallan en la pleura á consecuencia de las grandes operaciones, son únicamente parte de una lesión más general, cuyo origen es una flebitis.

tonces la coleccion de pus se encuentra circunscrita por falsas membranas, que naciendo alrededor de la fístula pulmonar, constituyen tabiques, fijos por la otra estremidad en un punto cualquiera de las paredes torácicas. Por lo regular son agudas; mas á veces afectan un curso crónico, y aun pueden ser mas ó menos completamente latentes: de la misma manera las peritonitis, que son resultado de una perforacion intestinal, se presentan tambien algunas veces en forma crónica.

153. Pasemos ahora revista á los diversos síntomas que anuncian la pleuresia.

El dolor, uno de los signos mas característicos de esta enfermedad, presenta numerosas variedades respecto de su asiento, de su intensidad y duracion. Generalmente se siente por encima ó debajo de una ú otra tetilla, aunque la inflamacion exista en una estension mucho mayor: tambien aparece, aunque rara vez, en otros puntos. Por ejemplo, le hemos visto existir en el sobaco, debajo de una de las clavículas, á lo largo del esternon, y en las fosas supra é infra-espinas del omoplato. Otras veces el dolor ocupa todo un lado del torax, estendiéndose, por ejemplo, si es lateral, desde el sobaco hasta las últimas costillas, y si anterior, desde la clavícula hasta la base del pecho. En algunos casos se fija sobre toda la longitud del borde cartilaginoso de las costillas falsas, lo cual se observa especialmente cuando la inflamacion invade la porcion de la pleura, que cubre la cara superior del diafragma: en este último caso ocupa con frecuencia uno de los hipocondrios, percibiéndose hasta en el epigastrio, y aun estendiéndose al vacío, de modo que pudiera considerarse como signo de una afeccion abdominal.

Cualquiera que sea el asiento del dolor pleurítico, se aumenta por la percusion, la presion intercostal, el decúbito sobre el lado afecto, la inspiracion, la tos, y los diversos movimientos del tronco.

En muchos casos es muy vivo este dolor, ya de un modo continuo, ya por intervalos: entonces los enfermos se hallan en un estado de extrema ansiedad, ejecutan solo inspiraciones cortas por miedo de aumentar el dolor, y temen especialmente el menor esfuerzo de tos. En otros es muy moderado el dolor; solo se percibe en las inspiraciones profundas, y apenas se aumenta por la percusion y la presion. Por último, hay cierto número de pleuresias con ó sin derrame, que no se conocen por ningun dolor, ni en su principio, ni en todo su curso. Nunca debe perderse de vista la posibilidad de estas pleuresias, completamente indolentes; en la inteligencia de que la pleura,

del mismo modo que las demas membranas serosas, como el pericardio y el abdomen, puede inflamarse, llenarse de pus, cubrirse de falsas membranas, y aun desorganizarse, sin que se anuncien tan graves desórdenes por ningun dolor.

Por lo regular existe el dolor desde la invasion de la pleuresia. A veces es al principio vago y fugitivo, y solo al cabo de algunos dias se fija y hace continuo: en tal caso puede tomarse por un simple dolor reumático. Es preciso confesar en efecto que con frecuencia es muy dificil distinguir el dolor, que tiene su asiento en los músculos de las paredes torácicas, del que depende de una inflamacion de la pleura. Ciertamente que esta última vá por lo general acompañada de sintomas graves; pero sin embargo, puede por una parte producir la calentura y la disnea un simple dolor muscular, y por otra, aunque dependa de la flegmasia de la pleura, es posible que no llegue á observarse ni dificultad de respirar, ni aceleracion en el pulso. Los signos locales, únicos que pueden tener algun valor para establecer la distincion de que se trata son: 1.º el aumento del dolor por una ligera presion hecha en las costillas, ó en sus intervalos: 2.º la gran estension del mismo, y 3.º su inconstancia y movilidad. Estos diferentes signos parecen anunciar que el dolor tiene su asiento en los músculos, pero no pueden dar completa certidumbre.

Despues de haber sido muy vivo en la primera época, disminuye ordinariamente de intensidad el dolor, se hace muy obtuso, y aun cesa completamente antes que termine la enfermedad; á lo menos esto es lo mas general. A veces, despues de haber desaparecido, se presenta de nuevo con gran violencia, lo cual indica positivamente que se exacerba la inflamacion.

A la inflamacion de la pleura debe atribuirse el dolor de costado, que indica el principio de la mayor parte de las pulmonías. A la misma, aunque menos notable por su gravedad, que por la frecuencia de su reproduccion, deben referirse los dolores que sobrevienen en el pecho durante el curso de la tisis, y que se manifiestan especialmente debajo de las clavículas, en los sobacos, en la parte superior de la region dorsal, entre los hombros, y en una palabra, en los puntos donde despues de la muerte se hallan mayor número de adherencias celulares.

154. Lo mas general es hallarse dificultada la respiracion, siendo los movimientos inspiratorios cortos, acelerados, y á veces convulsivos. Mientras no existe derrame la disnea es únicamente ocasionada por el dolor que se opone á la libre contraccion de los músculos que contribuyen á dilatar el torax. Con frecuencia se dilata este sensiblemente menos en el lado

donde existe la pleuresia. Cuando se verifica el derrame se concibe fácilmente que la dificultad de respirar debe estar en razon directa de la cantidad del líquido acumulado. Asi es en efecto lo mas general; sin embargo, hay muchas escepciones. Nunca sin duda se hubiera admitido *à priori* la existencia de sugetos cuya respiracion no se hallase dificultada, á pesar de haber en una de sus pleuras un derrame de tal consideracion, que produjese la dilatacion del lado correspondiente del torax. Y es lo cierto que existen, y no solo parece que no tienen disnea cuando están inmóviles en la cama, sino que se levantan, andan, dan largos paseos, y hablan sin que se quejen de la menor fatiga. Esta falta de disnea no es esclusiva de los casos en que la coleccion se verifica con lentitud, pues tambien la hemos observado en sugetos cuya pleuresia ha terminado en pocos dias por un copioso derrame (Obs. X).

Entre otros hemos citado la observacion de un enfermo de este género, á quien un enorme derrame pleurítico no impedia ejercer sin fatiga el oficio de carrétero por las calles de París. Algunos sienten tan libre su respiracion, que les es imposible creer que se hallan enfermos del pecho. Tal es en particular el caso del jóven discípulo de farmacia, cuya historia hemos referido, y que sin embargo estaba dotado de una viva sensibilidad. Estos hechos prueban que la respiracion puede continuar ejerciéndose con libertad, aunque no haya mas que un pulmon para recibir el aire. Las observaciones patológicas se hallan en esto conformes con los esperimentos en los animales vivos. Para lograr tan feliz resultado es preciso que cese la calentura, y que el líquido contenido en la pleura obtenga las condiciones del que ocupa un reservorio natural como la bilis y la orina en sus respectivas vejigas. Pero porque la respiracion no parezca ser en tales casos manifiestamente difícil, no debe concluirse que los sugetos en quienes uno de los pulmones ha llegado á ser impermeable al aire disfrutan una salud tan completa como si los dos pulmones pudiesen obrar. La observacion demuestra efectivamente que estos enfermos enflaquecen al cabo de un tiempo mas ó menos largo, y que se debilitan todas sus funciones, acabando por morir, en razon sin duda de la falta de hematosis, si el derrame no se absorve poco á poco.

Los enfermos invadidos de pleuresia con un derrame igual, respecto de la cantidad y calidad del líquido, pueden dividirse en tres clases bajo el punto de vista de la mayor ó menor dificultad de respirar. En los unos no deja la disnea de ser considerable desde el principio de la pleuresia hasta la terminacion, que entonces es constantemente funesta. En otros es muy pe-

nosa al principio la respiracion ; despues disminuye la disnea, y por último desaparece del todo mucho antes que se verifique la reabsorcion del derrame. Finalmente, en otros se conserva libre la respiracion desde el principio, y durante todo el curso de la enfermedad.

Los movimientos de elevacion y depresion del torax sufren modificaciones relativas á algunas variedades de la pleuresia. Con efecto, en la costo-pulmonar la respiracion es principalmente diafragmática ; y por el contrario, en la inflamacion de la pleura que tapiza el diafragma, permanece inmóvil este músculo, y la dilatacion del torax se verifica sobre todo por el movimiento de ascension de las costillas.

155. Nunca sobreviene la tos por accesos : es pequeña, como abortada y mas ó menos frecuente. Puede faltar del todo aun cuando la inflamacion sea intensa, y exista un derrame considerable en la pleura. Hemos comprobado en mas de un caso esta falta completa de tos ; concibiéndose que es muy natural no se presente en sugetos poco irritables, cuya mucosa bronquial no se irrite simpáticamente por la flegmasia de la pleura. Tengamos presente que aunque los enfermos no tosan puede existir una grave pleuresia.

156. Cuando existe la tos, es seca ó vá acompañada de expectoracion puramente catarral. Aretco estableció exactamente la diferencia que existe entre la pleuresia y la pulmonia, con relacion á los esputos. Dice que apenas existen en el caso de pleuresia, *sputa vix excreta*, al paso que son abundantes y sanguinolentos en la pulmonia.

Están muy distantes de contener ideas tan claras acerca de este objeto, tanto los escritos de Hipócrates y Galeno, como las obras de muchos médicos de los dos últimos siglos, que al parecer han confundido con frecuencia los síntomas de ambas flegmasias.

Cuando la pleuresia termina por derrame, la expectoracion se conserva siempre como la de un catarro. Algunas veces, sin embargo, se establece una comunicacion entre la cavidad de las pleuras y los bronquios, y se evacua por la traquea-arteria el líquido derramado, formando parte de la materia expectorada. Se han considerado como signos inequívocos para reconocer con facilidad la existencia de un derrame pleurítico, abierto en los bronquios, la naturaleza particular de los esputos, y el modo como se espelen. Asi es que su extrema fetidez, su olor aliáceo ó semejante al del hidrógeno fosforado, se ha mirado como uno de los indicios mas seguros, de que provienen de un derrame pleurítico ; pero nosotros hemos obser-

vado semejante fetidez en sugetos que no padecian mas que una bronquitis crónica (véase el volumen precedente), aunque esto sucede rara vez. Por otra parte, se han visto enfermos cuyos esputos eran inodoros ó poco fétidos, aun cuando tuviesen una comunicacion entre las pleuras y las vías aéreas (Obs XXXVI): en casos de este género, dicen, que observado el cadáver, en virtud de una disposicion particular de los conductos respiratorios se ha hecho pasar con facilidad un líquido de la cavidad de la pleura á los bronquios gruesos, siendo por el contrario imposible comunicar el aire de los bronquios á la pleura, y deducen que aconteceria lo mismo durante la vida, y se habrán conservado inodoros los esputos por no poder ponerse en contacto el aire con toda la coleccion purulenta.

Las demas cualidades de los esputos, como el color, consistencia y forma, pueden hallarse tambien en la bronquitis crónica.

Es una opinion generalmente recibida, que en los casos en que se evacua la materia del derrame al través de los pulmones, se verifica la espulsion repentinamente y en gran cantidad á la vez, de modo que parece que el enfermo vomita realmente pus; pero esto no puede acontecer, sino cuando se forma una estensa abertura. Si por el contrario es al principio pequeña la abertura, y solo se agranda con lentitud, la evacuacion del pus debe verificarse poco á poco, y en corta cantidad cada vez. En este último caso suele ser difícil reconocer el origen de la materia espectorada, y á lo mas puede presumirse por el conjunto de síntomas, que indican la existencia de un derrame pleurítico, adquiriendo por otra parte mas certeza el pronóstico, si van desapareciendo los síntomas á medida que se establece la expectoracion. En el caso de la evacuacion repentina de una gran cantidad de pus, tampoco es lícito afirmar que el líquido provenga de la cavidad de las pleuras, pues puede proceder de una estensa escavacion tuberculosa, que se haya abierto en un tubo bronquial grueso, ó ser de la misma mucosa pulmonar.

¿Qué prueban todas estas observaciones? Que en la referida enfermedad, como en otras muchas, no debe juzgarse de su naturaleza por un solo signo.

A la salida por los bronquios de una coleccion pleurítica pueden seguir la salud ó la muerte. En el primer caso, despues que se ha vaciado el foco, bien repentinamente ó bien poco á poco, cesan sus paredes de segregar nuevo pus, se aproximan, se unen por adherencias que cada dia adquieren mas solidez, y se cura el enfermo. Entonces es muy ventajoso que la coleccion se

evacue con lentitud, para que el pulmon comprimido por mucho tiempo pueda dejarse penetrar poco á poco por el aire, y recobre su antiguo volúmen. En el segundo sucumbe con frecuencia asfixiado el enfermo, y otras veces le conduce con mas ó menos rapidez al sepulcro el aniquilamiento en que le constituye la abundante secrecion morbosa que se verifica en la pleura. Citaremos en este lugar una observacion curiosa acerca del objeto que nos ocupa, inserta en el *Sepulcretum* de Bonet. Trátase de un enfermo, en cuya cavidad torácica penetró una espada al través de un espacio intercostal, saliendo poca sangre de la herida. Esteriormente se cicatrizó pronto la solucion de continuidad; pero al poco tiempo el enfermo, que se creia curado, sintió dificultad y estorbo para respirar. Tenia el pulso habitualmente febril, y tos seca, enflaqueciendo de un modo notable. Repentinamente fué acometido de un acceso de tos, y expectoró una gran cantidad de materia purulenta. La curacion se verificó rápida y completamente. Es probable que perforado un bronquio en este enfermo, tal vez por el mismo instrumento cortante, diese salida al pus depositado en una de las pleuras.

Por lo demas es muy rara tal terminacion de la pleuresia crónica. En la mayor parte de los casos que se ha encontrado en la pleura una coleccion purulenta con fistula pulmonar, no comunicaba la cavidad directamente con los bronquios, sino con una escavacion tuberculosa mas ó menos profunda, ó con una úlcera gangrenosa; habia entonces existido al principio abertura de la cavidad accidental en la pleura, y en seguida pleuresia consecutiva.

Acercóse á consultar con nosotros un hombre de edad media, que después de haber tenido hacia algunos años todos los síntomas de una pleuresia del lado derecho, habia conservado desde entonces tos, producida por la necesidad de arrojar diariamente y en diversos tiempos muchas onzas de un líquido agrisado y fétido semejante al pus. El sonido de las paredes torácicas era macizo en la parte posterior y derecha, no percibiéndose en el mismo sitio el ruido respiratorio, y sin haber ningun signo de neumo-torax. Por lo demas este hombre no habia enflaquecido, se hallaba bastante robusto, su respiracion era poco fatigosa, y no tenia calentura. Solo nos consultaba para liberarse de la copiosa expectoracion que le importunaba, y cuyo olor le era desagradable. Creimos que la materia expectorada tomaba origen de la pleura derecha, y que esta se hallaba en comunicacion con un tubo bronquial.

157. El decúbito sobre el lado afecto ha sido mirado como uno de los signos patognomónicos de la pleuresia con derrame.

Véase lo que nuestras observaciones nos han enseñado respecto de esto: en el mayor número de casos, exista ó no la coleccion, se acuestan los enfermos sobre el dorso, aun cuando muchos tienen tendencia sensible á inclinarse un poco sobre el lado afecto (decúbito dñagonal); solo el menor numero de ellos se acuesta del todo sobre el lado donde existe el derrame, para lo cual es necesario que este sea muy considerable, y que no haya ningun dolor. Mientras hay calentura y disnea es imposible el decúbito sobre el lado opuesto al derrame. Cuando la pleuresia es latente, y á pesar de la existencia de una abundante coleccion en una de las pleuras no hay dificultad sensible para respirar ni movimiento febril, el decúbito sobre el lado sano puede acelerar notablemente la respiracion, y ser penoso para el enfermo. Por último, en algunos individuos colocados en las mismas circunstancias es indiferente el decúbito; se acuestan indistintamente sobre el dorso ó sobre uno y otro lado, sin que ninguna de estas posiciones aumente la dificultad de respirar.

Cuando se halla particularmente inflamada la pleura diafragmática cesa frecuentemente de ser posible el decúbito horizontal, permanecen los enfermos sentados, y aun inclinan mas ó menos el tronco hácia adelante, como si semejante posicion aliviase el dolor (Obs. XVIII, XXI y XXII.) Por lo demas no es tan constante este signo que no pueda faltar algunas veces.

De las consideraciones precedentes se sigue que en el mayor número de las pleuresias con ó sin derrame no suministra el decúbito ningun signo que pueda dar á conocer la naturaleza de la enfermedad. Añadamos, sin embargo, que en algunas circunstancias el decúbito dorsal con ligera inclinacion hácia el lado del derrame, ó bien el decúbito enteramente de este lado son tan pronunciados que por si solos pueden conducirnos á sospechar, antes de un exámen ulterior, la existencia de una coleccion en la pleura. Hemos visto, por ejemplo, tísicos que despues de haberse acostado por mucho tiempo indiferentemente en todas las posiciones, no podian de repente hacerlo sino sobre un lado, so pena de sofocarse: tal decúbito no acostumbrado nos conducia á examinar el estado del pecho, y muchas veces hemos comprobado la presencia de un derrame que se habia formado de un modo sordo sin exasperacion pronunciada de los síntomas de la enfermedad primitiva, y aun á veces sin dolor.

158. Entre los signos que hemos examinado hasta ahora ninguno puede considerarse verdaderamente patognomónico, ninguno puede indicar de un modo cierto la existencia de un derrame pleurítico. Sin embargo, si cada uno de ellos sigla-

damente tiene poco valor, de su reunion pueden nacer probabilidades, que casi equivalen á certidumbre. Mas nos falta todavia examinar el valor de otros signos mas positivos, y que reunidos á los precedentes hacen casi siempre fácil y seguro el diagnóstico de la pleuresia: estos son los que suministran la medicion del torax, la percusion y la auscultacion.

159. En cierto número de casos el lado del torax donde existe el derrame se dilata evidentemente, apareciendo mas ancho que el opuesto. Por poco que esceda en latitud el costado enfermo, aunque no sea mas que cinco á seis líneas, se conoce á simple vista; pero siendo fácil hacerse ilusion respecto de esto, no debe asegurarse que se halla realmente dilatado uno de los lados del torax sin que ambos se hayan medido comparativamente, mediante una cinta que se fija por una estremidad en una apofisis espinosa, y por la opuesta en medio del esternon. Nunca hemos visto que esta dilatacion esceda de pulgada y media. En tal estado las costillas y los cartilagos presentan la situacion en que se encuentran durante las grandes inspiraciones, los espacios intercostales estan muy convexos, sobresaliendo del nivel de las costillas, y aun á veces puede percibirse en ellos una fluctuacion evidente al través de los músculos. Cuando existen tales síntomas no puede quedar duda acerca de la naturaleza de la enfermedad, porque nunca son producidos por una simple hepatizacion del pulmon. Su presencia decidia sobre todo á los antiguos á ejecutar la operacion del empiema. Pero desgraciadamente, lejos de ser un fenómeno constante la dilatacion del torax, puede no existir aunque haya en la pleura muchos cuartillos de líquido, y replegado el pulmon llegue á ser impermeable al aire. Puede aparecer en poco tiempo: á veces la hemos visto elevarse al mas alto grado desde el cuarto ó quinto dia de una pleuresia aguda.

Cuando el derrame empieza á reabsorverse, y una causa cualquiera impide que el pulmon se dilate convenientemente para aproximarse á las costillas, se deprimen estas últimas para llenar el vacío que existe entre ellas y el pulmon. En tal caso el lado donde estuvo el derrame es mas estrecho, que el que permaneció sano. Laennec ha incluido en su obra excelentes observaciones acerca de este punto. Semejante retraccion parcial ó total de uno de los lados del torax puede existir sin trastornar en nada la salud. Conocemos muchos sugetos que han experimentado tal estrechamiento, despues de presentar todos los síntomas de una pleuresia crónica, y sin embargo no tienen ninguna dificultad para respirar, y disfrutan de buena salud.

160. Cuando empieza á verificarse un derrame en la pleura

se anuncia por la disminucion de la sonoridad de las paredes torácicas del lado donde existe. Continuando en percutir el pecho, á medida que el derrame se hace mas considerable, va siendo el sonido mas macizo. Al principio se percibe únicamente la falta de sonoridad en la parte inferior, despues va estendiéndose á todo el lado afecto, y finalmente llega á ocupar desde la fosa supra-espina y la clavícula hasta la base del torax.

En los derrames dobles disminuye el sonido simultáneamente y del mismo modo en los dos lados, y si la coleccion es poco abundante, pero igual en el lado derecho y en el izquierdo, la disminucion de sonoridad puede no observarse, ó considerarse como un estado fisiológico. En efecto, sabemos que hay muchos individuos que disfrutan de buena salud, y cuyo pecho percutido produce menos sonido que el de otros colocados al parecer en las mismas circunstancias.

En algunos casos de derrames circunscritos tampoco existe el sonido macizo, sino en un punto limitado. Con efecto, en un sugeto solo hemos hallado el referido sonido en la parte lateral media de uno de los lados del torax (Obs. XXVII); en otro únicamente le hemos percibido al nivel de los cartilagos costales, y detrás de una parte del esternon (Obs. XXIV.)

En otros casos de derrames circunscritos no se disminuye en ningun punto la sonoridad de las paredes torácicas, siendo muy oscuro entonces el diagnóstico. Esto acontece en muchas pleuresias inter-lobulares (Obs. XXIII) y diafragmáticas (Observacion XVIII, XIX y XX), ó cuando la inflamacion se limita á la parte de pleura que tapiza la cara interna del pulmon y de los mediastinos (Obs. XXIV y XXV.)

Debemos finalmente recordar que á veces el dolor hace impracticable la percusion.

161. Cuando en un sugeto atacado de pleuresia, con ó sin derrame, se aplica al pecho el oido desnudo ó armado del estetoscopio, se obtienen signos mas variados y precisos que los suministrados por la percusion.

Desde el principio de la enfermedad, cuando el dolor es muy vivo, aunque no haya todavia derrame, es sensiblemente mas débil el ruido respiratorio en el lado del dolor que en el opuesto, dilatándose tambien con menos fuerza las paredes torácicas correspondientes. La percusion, si puede entonces ejecutarse, produce un sonido igual en los dos lados. Tales son los fenómenos que se observan en esta época; véase ahora su interpretacion: es mas débil en el costado afecto el ruido respiratorio, porque la intensidad del dolor obliga instintivamente al enfermo á dilatar con menos fuerza las paredes torácicas de este

lado, lo que disminuye la cantidad de aire que en un tiempo dado penetra en el pulmon. Es tan cierto esto, que cuando no existe un dolor tan vivo se dilatan del mismo modo los dos lados del torax, teniendo igual intensidad en ambos el ruido respiratorio.

Desde que empieza á formarse el derrame presenta algo menos de fuerza el ruido respiratorio en el lado enfermo que en el sano, haciéndose cada vez mas débil á medida que se aumenta la coleccion, al paso que en el costado opuesto adquiere mayor intensidad. que en el estado fisiológico. Merece notarse que aunque el derrame sea ya bastante considerable continua percibiéndose el ruido respiratorio, aunque mucho mas débil que en lado donde no hay derrame: le hemos oido distintamente en un caso en que la pleura contenia un cuartillo de liquido. Por último, cuando el derrame es mas abundante cesa de percibirse completamente el ruido respiratorio, ya solo en la parte inferior y posterior, ya en toda la estension de uno de los lados del torax. A causa de las distintas posiciones que puede adquirir el pulmon replegado por el liquido, presentan algunas anomalías dignas de notarse los signos suministrados por la auscultacion, bajo el punto de vista de la presencia ó ausencia del ruido respiratorio en ciertos puntos. Con efecto, en el mayor número de casos se halla todo el pulmon replegado hácia la columna vertebral, y el ruido respiratorio cesa de oirse progresivamente de abajo arriba, tanto posterior como anteriormente, suponiendo que el enfermo se halle sentado en su cama. Pero á veces, en vez de dirigirse el pulmon hácia la columna vertebral, se replega directamente de delante atras, y *permanece aplicado sobre las costillas en forma de una lámina poco gruesa*: entonces no se percibe el ruido respiratorio en la parte anterior, al paso que aun se oye en la posterior, aunque débilmente. Cuando permanece en su lugar ordinario el lóbulo inferior del pulmon á causa de antiguas adherencias, solo se verifica el derrame en el lugar ocupado por el superior, y no falta el ruido respiratorio en el primer sitio, circunstancia no comun que puede hacer desconocer la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Hemos dicho que en los derrames muy considerables es nulo el ruido respiratorio; pero ó bien no le reemplaza ningun ruido, ó bien se oye en su lugar la *respiracion bronquial*, cuyos caracteres hemos descrito indicando su causa al hablar de la pulmonía. Dijimos entonces que podia presentarse siempre que el aire no consiguiese penetrar mas allá de los bronquios; en los casos de pulmonía se opone á la introduccion de este fluido en las vesículas la hepatizacion del tegido pulmonar; en los de der-

rame pleurítico produce el propio efecto la condensacion mecánica del mismo. La observacion nos enseña por otra parte que la respiracion bronquial es debida con mas frecuencia á la primera que á la segunda de estas causas; de modo que es tan comun en los casos de pulmonia en el segundo y tercer grado, como rara en los derrames pleuríticos, de lo que es fácil convenirse, recorriendo los hechos que dejamos referidos.

Cuando los bronquios se hallan llenos de mucosidades no dejan de percibirse los diferentes estertores á que dá lugar la acumulacion de estas, á pesar de la interposicion de un líquido entre los pulmones y las costillas. Observacion es esta que no carece de importancia, pues la existencia de tales estertores podria inclinarnos á creer que el pulmon se hallaba en contacto inmediato con las costillas, haciéndonos por consiguiente desconocer la enfermedad.

Aplicando el oido al pecho de un sugeto sano al tiempo que habla, ó bien se percibe en todos los puntos una resonancia mas ó menos fuerte, que segun los individuos presenta mil modificaciones de timbre y de intensidad, ó bien es nula esta resonancia. Aplicando tambien el oido al pecho de un enfermo que tenga derrame en una pleura, acontece con frecuencia que la resonancia de la voz es diferente en uno y otro lado. En muchos casos la del lado enfermo se aproxima al timbre de voz de la cabra, de donde el nombre de *egofonia* con que la designa Laennec; pero nos parece importante notar que la palabra *egofonia* no es un término genérico en el que deban comprenderse aquellas modificaciones que no se parecen á la voz caprina. El mismo Laennec ha observado que las mas veces no es un verdadero retemblor el que se oye, sino mas bien un ruido del todo análogo á la voz atiplada de un titiritero. Otras parece que la voz pasa al través de una trompeta, ó bien es como ahogada, y la articulacion de cada palabra va acompañada de un soplo particular; á veces se cree oír una especie de *gaita*. Es necesario cuidar de no confundir estos diversos ruidos anormales dependientes de la existencia de un derrame con la simple resonancia de la voz, la cual es por el contrario mayor en el lado sano. Con frecuencia existen solo por intervalos las diversas graduaciones de *egofonia*, y no se perciben sino en la pronunciacion de ciertas palabras. Hemos visto por ejemplo un enfermo que solo presentaba la voz caprina de un modo muy marcado al pronunciar el diptongo *ui* como en la palabra *muy*.

Se concibe facilmente que pueden resultar frecuentes ilusiones de estas numerosas variedades en la resonancia de la voz, y que hasta posible es tomar como efecto patológico uno natu-

ral. Hay un remedio seguro de evitar el error: no decidir si hay ó no egofonia antes de haber oido la voz del lado que se presume sano. Muchas veces despues de haber creido que habia egofonia donde se anunciaba un derrame por los demas signos, no se ha reconocido el error hasta haber aplicado el oido al lado opuesto.

La voz no presenta ninguna modificacion mientras que el derrame es poco considerable, apareciendo las diferentes variedades de egofonia cuando se hace mas copioso, y desapareciendo de nuevo cuando se aumenta mas. Sin embargo, no es tan constante esta regla como algunos han creido. Hemos oido una resonancia de la voz muy distante de la del lado sano en un caso en que existia un enorme derrame en la pleura, oyéndose tambien al mismo tiempo en alto grado la *respiracion bronquial* (obs. XXI). Probablemente es diversa la causa de la resonancia de la voz en los dos casos. Cuando el derrame es poco considerable el sonido de la voz se modifica por el solo hecho de su transmision al través de un líquido, y entonces no se halla el pulmon mas que medianamente comprimido; pero si se aumenta el derrame la compresion se hace extrema; el aire no puede pasar de los bronquios gruesos, donde vibra de un modo particular, dando lugar por una parte á la *respiracion bronquial*, y por otra á una resonancia de la voz que se aproxima mas ó menos á la caprina. Al parecer no toma parte en la produccion de estos fenómenos la naturaleza del cuerpo interpuesto entre el pulmon y las costillas, y asi lo prueba el observarlos absolutamente idénticos en ciertos casos en que no hay derrame en la pleura. Hemos visto en efecto que cuando se halla un pulmon hepatizado se oye al mismo tiempo que la *respiracion bronquial* una resonancia particular de la voz, que ora se parece á la que existe cuando hay dilatacion de los bronquios, ora simula mas ó menos perfectamente la pectoriloquia, ora en fin se aproxima á la voz caprina que constituye la verdadera egofonia.

Creemos poder concluir de las precedentes consideraciones que la diferencia entre la resonancia de la voz producida por un derrame en la pleura, y la ocasionada en el caso de hepatizacion pulmonar no es suficiente en todos los casos para que pueda considerarse la egofonia como signo cierto y patognomónico de un derrame pleurítico. Sin embargo, debe establecerse una distincion. Si al mismo tiempo que el sonido es un poco macizo y hay egofonia, se oye el ruido natural de expansion pulmonar sin mezcla de ningun estertor crepitante, y solamente un poco mas débil que en el lado opuesto; podemos estar ciertos de

que hay derrame y no pulmonía; si por el contrario con un sonido muy macizo y una resonancia de la voz que se aproxime mas ó menos á la caprina, no se percibe ningun ruido respiratorio, ó bien ha sido reemplazado este por el de respiracion bronquial, nos parece imposible decidir por tales signos si hay derrame en la pleura ó inflamacion del parenquima pulmonar. En tal caso la falta de toda espectoracion sanguinolenta es una presuncion en favor de la existencia de un derrame; presuncion que se convierte en certidumbre si se observa mas dilatacion en el lado afecto que en el otro (1).

162. La inflamacion de la pleura va acompañada de un trastorno mas ó menos marcado de diversas funciones. Con efecto, en los casos mas comunes se acelera la circulacion, y se aumenta el calor de la piel: hay en una palabra calentura. En el periodo agudo es notable por lo regular el pulso por su dureza, contrastando con el blando de la pulmonía, y con el pequeño y contraído de la flegmasia de la serosa abdominal.

(1) A los signos físicos que se acaban de indicar pueden agregarse los siguientes que me parecen de gran valor, y cuya exactitud he comprobado en union de M. Reynaud, que ha sido el primero que los ha dado á conocer. Creo no poder espresarlos mejor que transcribiendo las mismas palabras de este hábil observador.

«Cuando faltan del todo en un solo lado las vibraciones de las paredes torácicas que se perciben con la mano aplicada en las mismas al tiempo de hablar los enfermos, es un indicio cierto de que en el referido sitio hay un derrame pleurítico. Esta exploracion no exige que el enfermo se halle sentado ni descubierto. Apreciando la diferencia que respecto de tales vibraciones existe en los dos lados del pecho, puede reconocerse la cantidad del derrame; y examinando los diversos puntos del lado afecto, puede con frecuencia averiguarse hasta donde se eleva el liquido. En los casos en que coincide con el derrame una pulmonía, y aun cuando falten los síntomas que pertenecen á esta, podrá hacerse aparecer uno de los últimos (el estertor crepitante), obligando al enfermo á que se acueste sobre el vientre. Entonces veremos convertirse la egofonia en broncofonia. Colocado el enfermo en esta misma posicion se reconocerá el derrame haya ó no pulmonía por los siguientes: aplicando el oído solo ó armado con el estetoscopio al lado enfermo, se percibirá un sonido muy marcado, semejante al de dos cuerpos que se froten entre sí por sacudidas verificadas alternativamente de arriba abajo y de abajo arriba en los movimientos de inspiracion y espiracion, cuyo ruido será mas ó menos pronunciado, y mas ó menos rápido, segun la estension y rapidez de estos mismos movimientos. Pueden oponerse algunas veces á la produccion de este fenómeno muchas circunstancias anatómicas fáciles de apreciar.

(These inaugurale 1829).

Mientras no cede la pleuresia, persiste la calentura; cuando se modera aquella ó pasa al estado crónico, disminuye el calor; pero el pulso conserva una frecuencia habitual que se aumenta por las tardes, elevándose entonces la temperatura de la piel. Al parecer no se presenta sudor abundante, sino en los casos en que se desarrollan tubérculos en la pleura ó en las falsas membranas que la visten.

Por último, en un grado mas crónico todavía de la enfermedad pierde el pulso su frecuencia, y desaparece toda especie de movimiento febril. Tal apirexia completa coincide constantemente con la respiracion libre. Entonces no se halla curado el enfermo, pues la percusion y la auscultacion dan á reconocer la existencia de un derrame mas ó menos considerable; pero se encuentra en las condiciones mas favorables para que se verifique la reabsorcion. Este es uno de los hechos que pueden servir para demostrar cuán errónea era la opinion de los antiguos que creian ser necesaria la calentura para la resolucion de la mayor parte de las enfermedades crónicas. La observacion prueba por el contrario que una flegmasia crónica no puede terminar apenas felizmente en tanto que no cese la fiebre. Del mismo modo cuando en un órgano cualquiera se desarrollan tejidos accidentales (tubérculos, escirros, etc.) no producen en general ningun desorden en tanto que no sobreviene calentura. Esta en vez de favorecer como creian los antiguos su resolucion, es el indicio de su reblandecimiento, y comunmente desde la aparicion del movimiento febril principian los síntomas mas graves.

La sangre estraida de las venas nos ha ofrecido un cuajaron mas ó menos denso, cubierto de una costra inflamatoria gruesa. Son tan poco numerosos los casos en que ha faltado esta costra, que á nuestro parecer deben considerarse como escepciones de una regla general. Por otra parte la existencia casi constante de costra en los sugetos atacados de pleuresia, es un fenómeno que ha fijado hace mucho tiempo la atencion de los observadores.

Las funciones digestivas no presentan trastorno notable sino en los casos de complicacion.

Se ha notado que frecuentemente coincide con un derrame en la pleura la infiltracion serosa de los miembros del lado correspondiente. Solo una vez hemos visto esta coincidencia.

La secrecion urinaria se disminuye, trastorna y pervierte como en todos los casos de inflamacion.

Finalmente, la nutricion propiamente dicha presenta por lo regular una alteracion profunda, de la que resulta el marasmo

en la pleuresia crónica con derrame. Es sobre todo muy pronunciado el enflaquecimiento cuando hay calentura y disnea; por el contrario puede existir por mucho tiempo un derrame considerable en la pleura, sin que parezca alterarse de modo alguno la nutrición, cuando no hay fiebre, y la respiración está poco dificultada. Hemos citado muchos casos notables de este género (obs. VII, IX, X, XI y XXXV).

163. Recapitulemos ahora los diferentes síntomas que acabamos de examinar, y presentémoslos con su orden acostumbrado.

La invasión de la pleuresia se anuncia por un dolor que generalmente tiene su asiento debajo de una de las tetillas, y vá precedido y acompañado de calos-frios. Al mismo tiempo se observa tos seca, disnea, calentura, y con frecuencia debilidad del ruido respiratorio en el lado del dolor. Si no se verifica el derrame se disipan estos síntomas por lo regular al cabo de algunos dias, y se verifica la curación.

Cuando acontece algun derrame en la pleura se presentan nuevos síntomas: en el lado del derrame se percibe un sonido macizo; el ruido de expansión pulmonar es al principio débil, y despues desaparece ó es reemplazado por la respiración bronquial, que es mucho mas rara, volvemos á repetirlo, en estas circunstancias que en los casos de pulmonía; la voz presenta las diferentes variedades de resonancia que hemos indicado, y las paredes torácicas del lado afecto sufren una dilatación mas ó menos pronunciada.

Tal serie de fenómenos puede ocasionar la muerte en muy corto tiempo, debiendo temerse semejante terminación si es muy difícil la respiración y la calentura muy intensa. Si por el contrario disminuyen la disnea y el movimiento febril, se prolonga la enfermedad, y pasando al estado crónico puede terminar por la muerte ó el restablecimiento de la salud.

En tales circunstancias sobreviene la muerte en medio de un estado de aniquilamiento y marasmo que parecen depender á la vez de la insuficiencia de la hematosis, á consecuencia de la inercia completa de uno de los pulmones, y de la existencia de una flegrmasia crónica con supuración abundante y frecuente producción de tejidos accidentales. Otras veces es debida la muerte á la exasperación repentina de la pleuresia, que despues de haber existido impunemente por muchos meses en forma crónica, se hace de repente mortal, cuando bajo la influencia de una causa mas ó menos apreciable vuelve á adquirir el estado agudo. Finalmente, mas de una vez se ha acelerado el término fatal por el establecimiento de una comunicación espontánea

entre la cavidad de la pleura y el exterior, ora al través de las paredes torácicas, ora perforando los bronquios.

La terminacion favorable se anuncia por la desaparicion de la calentura, la poca dificultad para respirar, y el buen estado de la nutricion y de las fuerzas. Cuando existe tal conjunto de circunstancias se verifica la reabsorcion del derrame en un espacio variable de tiempo, y si el pulmon no puede dilatarse bastante para ponerse en contacto con las costillas, se deprimen estas de un modo mas ó menos notable como hemos dicho anteriormente. Tambien á veces acontece una curacion rápida, abriéndose el derrame salida al exterior al través de los bronquios ó de las paredes torácicas.

Al mismo tiempo que se resuelve la pleuresia, se presentan con frecuencia fenómenos críticos. Una de nuestras observaciones nos ofrece un ejemplo de metrorragia, manifiestamente crítica (Obs. III). Otras veces hemos notado sudores, cuyo carácter crítico no parecia menos evidente (Obs. I, IV, VII y VIII). En el volúmen que precede hemos citado la notable observacion de un derrame seroso en las pleuras, que desapareció al mismo tiempo de presentarse un flujo bronquial abundante, como si en este caso se hubiese verificado una verdadera metastasis.

164. Presentariamos un cuadro incompleto de la pleuresia, sino dijéramos que los síntomas que la anuncian no existen siempre como los acabamos de describir. Hay pleuresias con ó sin derrame, que no van acompañadas de dolor, tos, disnea, ni aceleracion del pulso. Hay otros casos que por razon del asiento de la inflamacion, no ofrecen ni sonido macizo, ni modificacion en el murmullo respiratorio, ni en la voz. Bástenos recordar las notables anomalías sobre que hemos insistido, ya en las observaciones particulares, ya en el exámen especial que hemos hecho de cada uno de los síntomas de la pleuresia.

Nos limitaremos á enumerar las principales variedades de la pleuresia, cuyos síntomas especiales hemos indicado. Deben distinguirse particularmente la pleuresia con ó sin derrame, manifiesta ó latente, simple ó doble, general ó parcial: entre las parciales merecen llamar la atencion sobre todo las pleuresias interlobular, diafragmática y media. Otras tres variedades pueden establecerse segun la naturaleza del líquido derramado, que suele ser pus, serosidad mas ó menos transparente, ó sangre.

165. Entre las enfermedades que complican con mas frecuencia la pleuresia, unas tienen su asiento en el torax, y otras fuera de él. Entre las primeras se hallan la pulmonia, la pericarditis y el neumo-torax. Hemos notado que este último es

rara vez resultado de una exhalacion gaseosa de la pleura ; por lo regular se manifiesta á consecuencia de una comunicacion accidental establecida entre la cavidad pleurítica y las vías aéreas. Cuando hay mucho gas y poco líquido, el sonido es macizo solo inferiormente , al paso que en la parte superior se aumenta la sonoridad del pecho , siendo nulo el ruido respiratorio. Sin embargo , cuando la abertura de comunicacion es muy grande , se oye en cada movimiento inspiratorio una especie de soplido análogo al producido por la entrada del aire en estensas escavaciones tuberculosas casi vacias. En otras circunstancias hemos oido un verdadero gorgoteo , y á veces finalmente el tintineo metálico descrito por Laennec.

Estos diferentes fenómenos deben variar necesariamente en razon de la estension y forma de la fístula pulmonar , de la disposicion de la cavidad establecida en el pulmon , del tamaño de los tubos bronquiales que se abran en ella , y por último , de la cantidad respectiva de gas y líquido contenidos en la pleura. A nuestro parecer el tintineo metálico no es en tales casos un signo patognomónico , pues le hemos percibido de un modo muy pronunciado , en casos de escavaciones tuberculosas. Creemos sea un signo mucho menos equívoco la sucusion del torax , como la ejecutaba Hipócrates. Esta hace percibir distintamente en el interior del torax las oleadas de líquido , que no existen sino cuando la pleura contiene á la vez líquidos y gases ; pero semejante sucusion no puede intentarse siempre , por ser muchas veces muy penosa para el enfermo.

166. El pronóstico de la pleuresia varia segun una multitud de circunstancias. No hay necesidad de decir que en general es menos grave cuando falta el derrame. La pleuresia seca , limitada á una corta estension , es con frecuencia una enfermedad muy ligera , que no dificulta la respiracion , ni escita trastorno alguno simpático. Si es por el contrario general , si ocupa simultáneamente los dos lados , puede hacerse mortal en poco tiempo , antes que se verifique el derrame.

Tambien incluye en la gravedad del pronóstico el asiento de la pleuresia. La esperiencia nos ha enseñado que la diafragmática vá en general acompañada de síntomas mas temibles que una flegmasia mas estensa de otras porciones de la misma serosa.

Cuando hay derrame , la gravedad del pronóstico está en razon directa de la cantidad del líquido. Las colecciones dobles , por poco abundantes que parezcan , son casi siempre mortales ; sin embargo , hemos citado ejemplos de haberse curado. Por otra parte , del mismo modo que en razon de la disposicion in-

dividual es á veces mas funesta la inflamacion de una pequeña parte del parenquima pulmonar, que otra mas estensa, asi tambien ocasiona con frecuencia la muerte un derrame mediano, al paso que otros enfermos no sucumben teniéndolos mas considerables.

Es probable que sea mas temible una coleccion purulenta que otra serosa. Nada prueba que el derrame sanguíneo vaya acompañado de síntomas mas graves que los otros.

La dificultad de respirar y la persistencia de la calentura son siempre de mal agüero. Apenas puede esperarse la reabsorcion del derrame, sino cuando ha disminuido mucho ó desaparecido la calentura, y es ligera la disnea.

Si á pesar de la poca estension del derrame, enflaquece cada vez mas el enfermo y sobrevienen sudores abundantes, es de temer el desarrollo de tubérculos en la pleura inflamada.

167. El tratamiento de la pleuresia se funda en las mismas bases que el de la neumonia; de modo que habiéndonos estendido mucho acerca del último, diremos poco en este lugar por temor de incurrir en repeticiones.

Deben practicarse con abundancia desde el principio de la enfermedad las emisiones sanguíneas. Cuando aparece el dolor y no hay todavía derrame, suele con frecuencia abortar la afeccion á beneficio de sanguijuelas aplicadas en gran número sobre la parte dolorida, obteniéndose con mas seguridad este efecto si se ejecuta una sangría general antes de poner las sanguijuelas. Es muy útil la combinacion de ambas especies de emisiones sanguíneas.

Cuando hay derrame debe recurrirse con valentia á las sangrías con el doble objeto de oponerse á los ulteriores progresos de la inflamacion, y de disminuir la cantidad de sangre que en un tiempo dado pasa por el pulmon comprimido; no debiendo temerse el insistir en estas emisiones mientras la disnea sea considerable, la calentura intensa, y las fuerzas se conserven en buen estado. Si despues de haber pasado la flegmasia al estado crónico se exaspera de nuevo, deben reproducirse las evacuaciones de sangre.

Al mismo tiempo que se practican grandes evacuaciones no debe olvidarse el conservar continuamente aplicadas en el lado afecto cataplasmas emolientes. Este medio puede sobre todo tener grande eficacia en los sujetos cuyas paredes torácicas son poco gruesas.

Mientras la calentura es intensa no conviene recurrir á los revulsivos sin mucha precaucion; pero cuando se modera y dejan de observarse signos de gran reaccion, debe aplicarse al

costado enfermo un estenso vejigatorio. En los sujetos irritables suele el vejigatorio escitar de nuevo la calentura; entonces hay que disminuir su superficie sin secarle enteramente. Si al cabo de cierto tiempo no mengua el derrame, puede intentarse cambiar el modo de irritacion de la piel: se secará el vejigatorio del pecho, y se aplicarán otros á las estremidades inferiores. Tambien puede substituirse por un sedal, cuya supuracion se sostenga por mucho tiempo, ó por un moxa que se transforme en una profunda fuente.

Llega una época en que realmente no existe inflamacion, y en que el derrame ofende solo como un cuerpo extraño que comprime el pulmon. Entonces es dudoso que sean de alguna utilidad todavía los revulsivos de que acabamos de hablar; pueden pues emplearse con ventaja diferentes medios diuréticos y diaforéticos, con tal que se calcule bien su accion, para que no se conviertan en estimulantes que obrando en el sistema circulatorio reanimen la inflamacion de la pleura. Lo que sobre todo debe recomendarse en esta época; y lo que especialmente favorece la curacion, es la severidad en el régimen y la separacion de todas las causas que puedan irritar la pleura. Siguiendo con perseverancia estos preceptos, se conduce poco á poco á la pleura al estado fisiológico, y se la coloca en las condiciones mas favorables para que pueda verificarse la reabsorcion del derrame.

¿Deberá recurrirse á la operacion del empiema enando persista el derrame, á pesar de los medios empleados? Tal operacion se ha practicado hasta ahora sobre todo en los casos en que el derrame es resultado de una herida penetrante de pecho, obteniéndose buenos resultados, siempre que la sangre constituye el líquido derramado. Entonces la inflamacion es nula ó muy secundaria, y ningun obstáculo se opone á que el pulmon se dilate y recobre su volumen habitual en el momento en que se evacua el líquido accidentalmente extravasado. Pero son muy diferentes las circunstancias cuando el derrame resulta de una verdadera inflamacion en la pleura, pudiendo entonces presentarse dos casos: en el primero se practica la operacion persistiendo aun la flegmasia, y entonces es inútil porque no se destruye la causa, y apenas se ha evacuado el líquido, tiende á reproducirse: en el segundo se emplean los medios quirúrgicos cuando, propiamente hablando, no hay flegmasia, y el líquido depositado en la cavidad de la pleura es tan solo un cuerpo extraño, cuya presencia únicamente impide la curacion. Hemos citado mas de un caso de este género; pero aun en ellos pueden oponerse al buen éxito de la operacion otras circunstancias.

Con frecuencia cubren al pulmon falsas membranas densas y sólidas, que le conservan muy aplicado á las partes laterales de la columna vertebral, y que sirviendo de barrera no le permiten aproximarse á las costillas. Por otra parte la operacion del empiema puede en los sugetos irritables reanimar una inflamacion mal estinguida, al modo que en los ascíticos ha ocasionado mas de una vez la paraentesis peritonitis agudas.

Por último, la dificultad de distinguir en todos los casos de una manera segura, si hay derrame pleurítico ó hepatizacion del pulmon, es una de las causas que debe oponerse á que se practique con frecuencia la operacion del empiema. La egofonia, signo de un derrame, y el retemblor particular de la voz, signo de una hepatizacion pulmonar, se hallan separados por graduaciones tan delicadas y tan poco pronunciadas con mucha frecuencia, que no creemos prudente practicar la operacion del empiema, solo por haber comprobado la existencia de dicha egofonia (1). A nuestro parecer solo debe intentarse esta operacion, cuando ademas de los signos ordinarios del derrame, haya manifiesta dilatacion del pecho y fluctuacion evidente al través de los espacios intercostales, que empujados hácia fuera, escedan del nivel de las costillas.

(1) Véase lo que hemos dicho acerca del diagnóstico diferencial de la pleuresia con derrame y de la neumonia.

INDICE

De las

MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE VOLUMEN.

Pág.

SECCION III.

OBSERVACIONES ACERCA DE LA TISIS PULMONAR.

CAPITULO I. <i>Naturaleza y asiento de los tubérculos pulmonares.</i>	7
CAP. II. <i>Síntomas de la tisis pulmonar.</i>	25
ART. I. <i>Síntomas que designan el principio de la tisis pulmonar.</i>	Id.
ART. II. <i>Síntomas que acompañan á los tubérculos pulmonares en los diversos periodos de su existencia.</i>	42
§. I. <i>De los signos deducidos de la percusion y auscultacion.</i>	Id.
§. II. <i>Signos proporcionados por la respiracion.</i>	57
§. III. <i>Signos proporcionados por la tos.</i>	70
§. IV. <i>Signos que suministra la expectoracion.</i>	76
§. V. <i>Signos proporcionados por la hemotisis.</i>	102
§. VI. <i>Signos deducidos de los desarreglos simpáticos de diversas funciones.</i>	113
CAP. III. <i>De las enfermedades que complican los tubérculos pulmonares.</i>	117
ART. I. <i>De las enfermedades que complican los tubérculos pulmonares, y que tienen su asiento en el aparato respiratorio.</i>	118
§. I. <i>Enfermedades de la laringe, de la traquea-arteria y de los bronquios.</i>	119
§. II. <i>Enfermedades del parenquima pulmonar.</i>	140
§. III. <i>Enfermedades de la pleura.</i>	151
§. IV. <i>Enfermedades de los ganglios bronquiales.</i>	157
ART. II. <i>Enfermedades que complican los tubérculos pulmonares, y que no tienen su asiento en el aparato respiratorio.</i>	166
§. I. <i>Enfermedades del corazon y sus dependencias.</i> . . .	Id.

§. II. *Enfermedades del tubo digestivo.* 169

§. III. *Enfermedades de los órganos anejos del aparato digestivo.* 206

§. IV. *Enfermedades del aparato urinario.* 213

§. V. *Enfermedades del aparato locomotor.* 214

§. VI. *Enfermedades del sistema nervioso.* 219

§. VII. *Enfermedades de los órganos genitales.* 223

CAP. IV. *Curso y duracion de los tubérculos pulmonares.* 224

CAP. V. *Cicatrizacion de las escavaciones tuberculosas del pulmon.* 233

SECCION IV.

OBSERVACIONES ACERCA DE DIVERSAS PRODUCCIONES ACCIDENTALES, DESARROLLADAS EN EL PULMON. 240

SECCION V.

OBSERVACIONES ACERCA DE LA PLEURESIA. 255

CAP. I. *Pleuresias sin derrame.* 258

CAP. II. *Pleuresias con derrame.* 263

CAP. III. *Pleuresias parciales.* 294

ART. I. *Pleuresias diafragmáticas.* 296

§. I. *Pleuresias diafragmáticas aisladas.* Id.

ART. II. *Pleuresias interlobulares.* 307

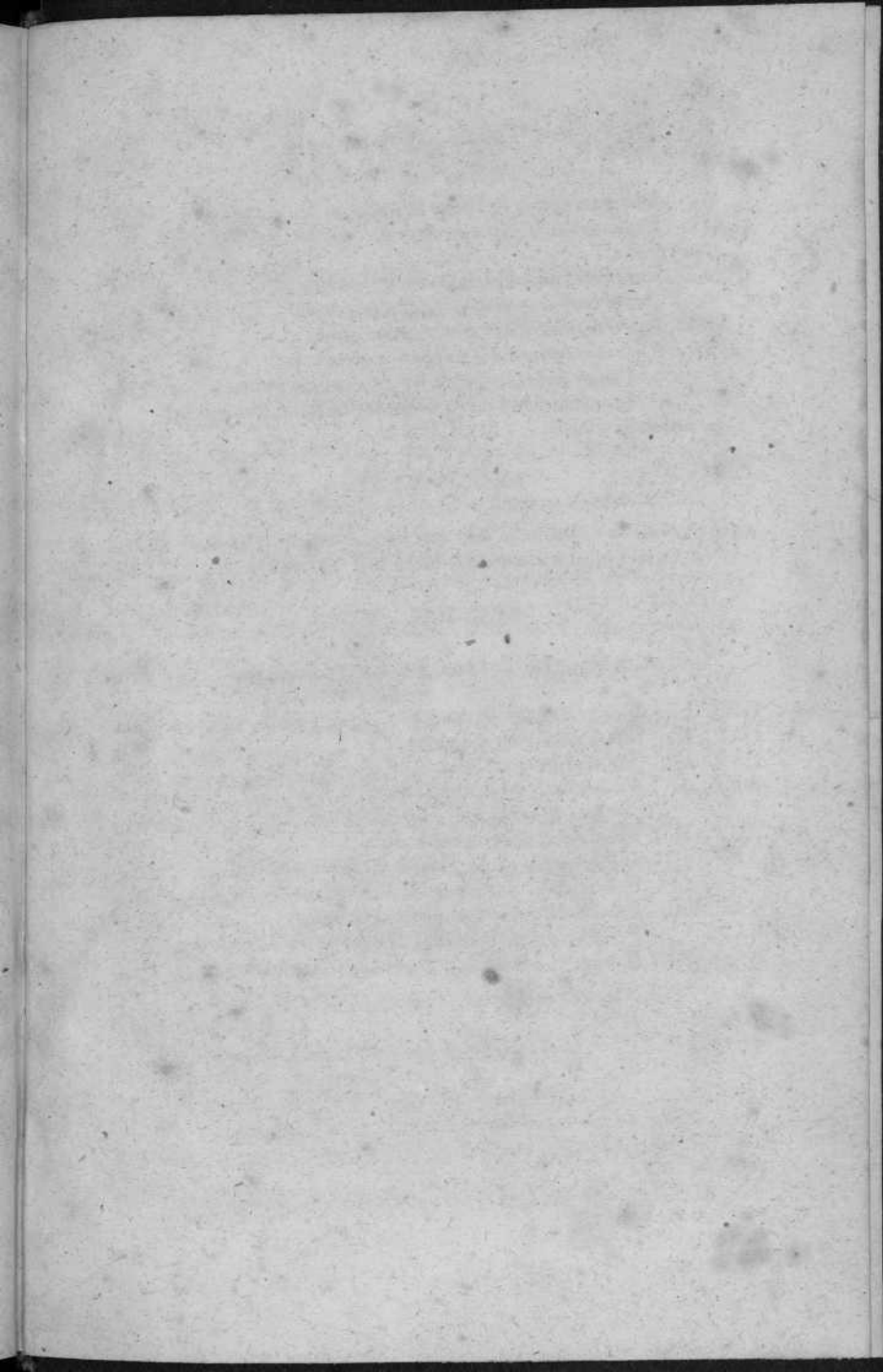
ART. III. *Inflamacion de la pleura media ó mediastino.* . 309

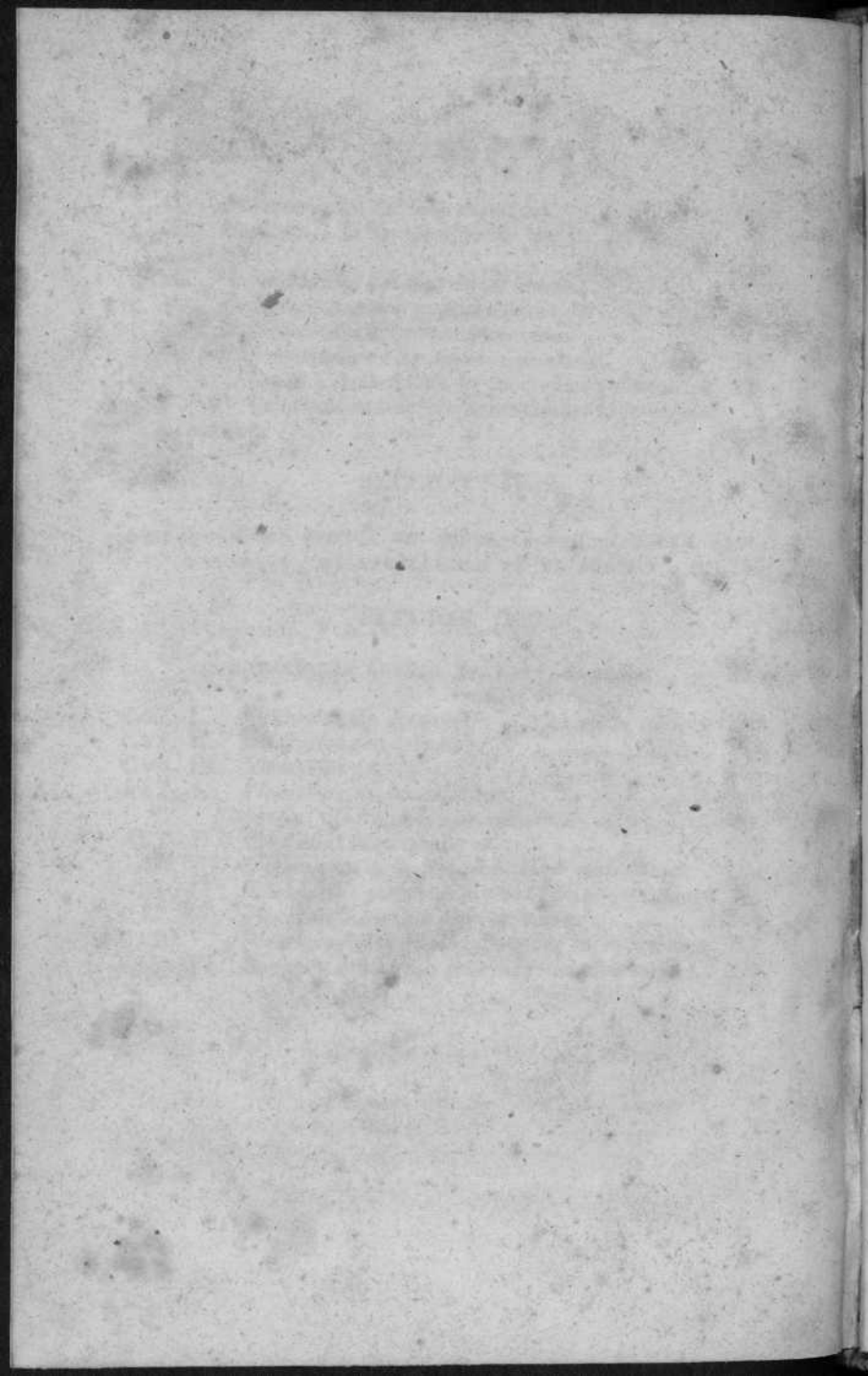
ART. IV. *Inflamacion parcial de la pleura costo-pulmonar.* 313

CAP. IV. *Pleuresia doble con ó sin derrame.* 319

CAP. V. *Pleuresias complicadas con otras enfermedades.* 327

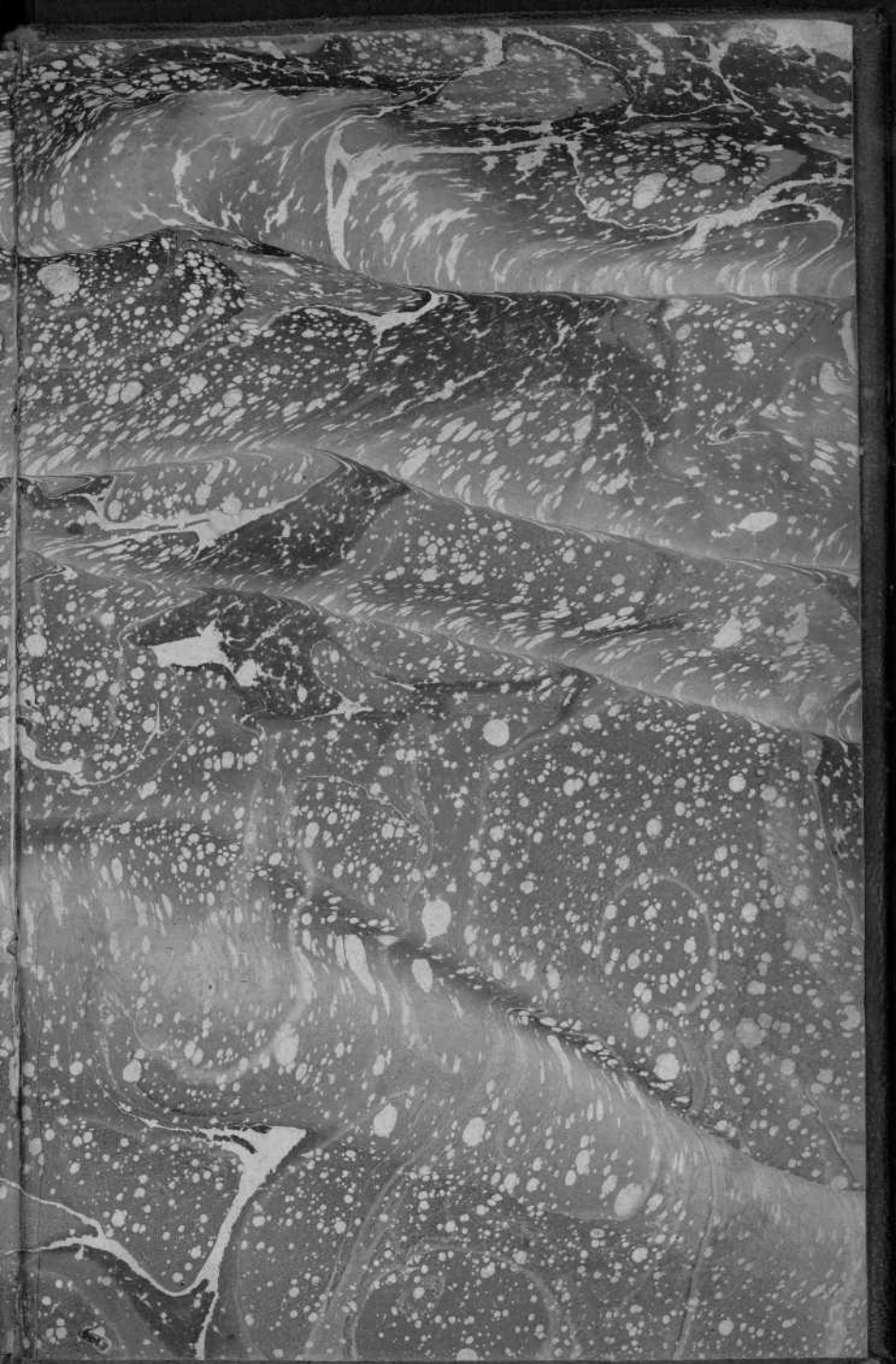
CAP. VI. *Resúmen ó historia general de la pleuresia.* . . 339





1-1-1










ANDRAL.

CLINICA



16.784