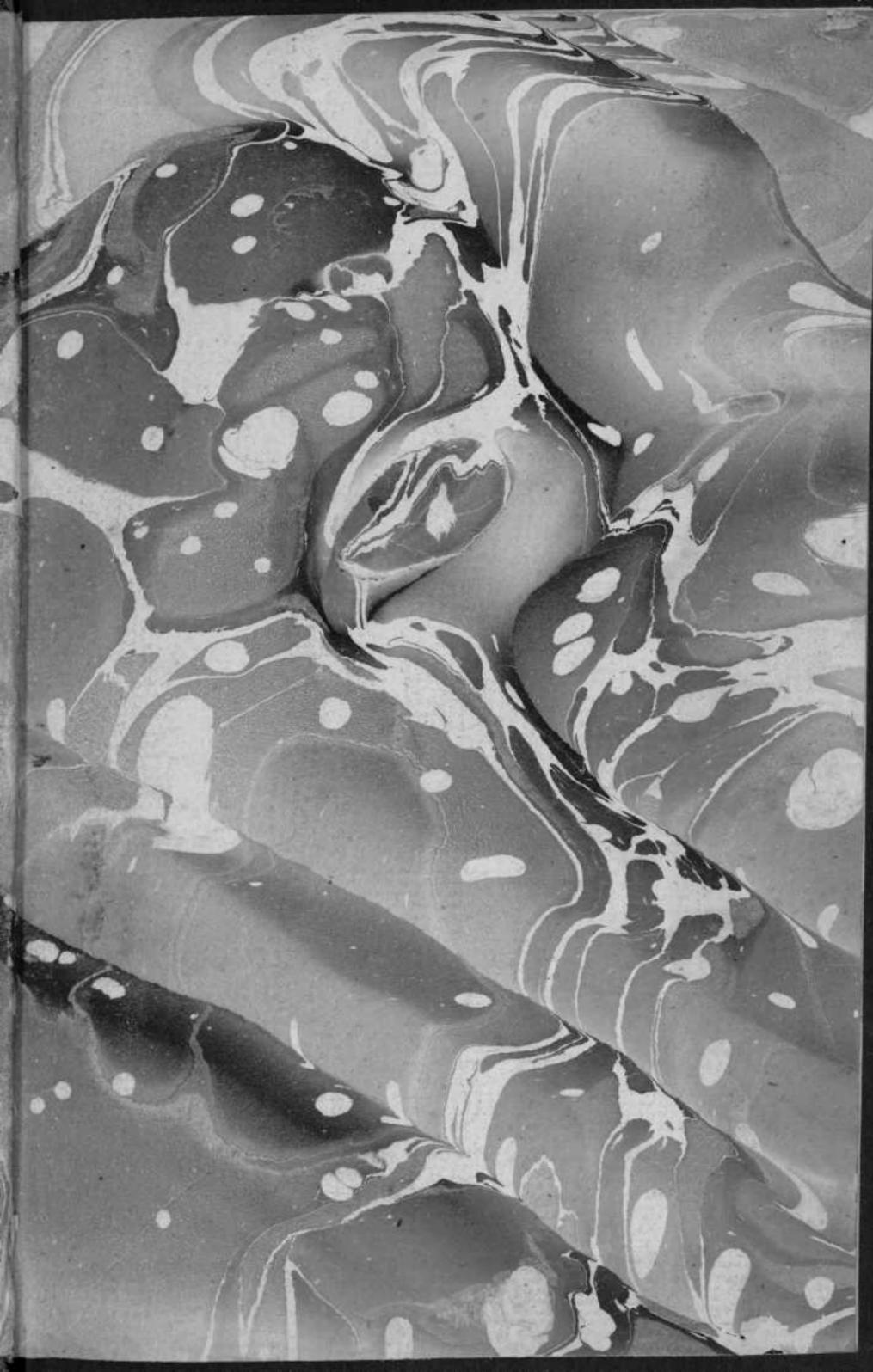


16783  
~~10508~~





193. 405

**BIBLIOTECA ESCOGIDA**

DE

**MEDICINA Y CIRUJIA.**

REVOLUTION

1817

THE REVOLUTIONARY WAR



REVOLUTION

THE REVOLUTIONARY WAR

1817

# BIBLIOTECA

ESCOGIDA

## DE MEDICINA Y CIRUJIA,

ó

## 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 Scrapio  
Escolar y Morales, Don Francisco Mendez Alvaro, Don Francisco  
Alonso, y Don Antonio Codorniu.



U O O O O O O O

IMPRENTA DE LA VIUDA DE JORDAN E HIJOS,

M A D R I D .

CLINICA MEDICA  
BIBLIOTECA

OBSERVACIONES SELECTAS  
DE MEDICINA Y QUIRURJIA  
EN EL HOSPITAL DE LA CIUDAD

CLINICA DE N. BERNARDINI

1883  
TOM. I. 2.ª EDICION

Este libro es propiedad de la Biblioteca de la Clínica Médica y Quirúrgica del Hospital de la Ciudad de Buenos Aires. No se permite su venta ni su préstamo fuera del Hospital. Toda infracción será perseguida legalmente.

El Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, fundado en 1763, es el más antiguo de América Latina. Su historia está llena de glorias y de sufrimientos. En sus aulas se enseñó a los médicos de la Patria y del extranjero. En sus salas se atendió a los enfermos de la Ciudad y de las provincias. En sus quirófanos se practicaron las primeras operaciones de cirugía mayor.

ESTADÍSTICAS DEL PNEUMONIA



En el presente libro se exponen las estadísticas de la neumonía que se practicaron en el Hospital de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 1883. Estas estadísticas son el resultado de un estudio detenido y minucioso de los casos que se presentaron en el Hospital durante el período comprendido entre el 1.º de Enero y el 31.º de Diciembre de 1883.

LIBRERIA DE LA TIENDA DEL JARDIN DE LAS PLANTAS  
DE BUENOS AIRES

22

# CLINICA MEDICA,

ú

## OBSERVACIONES SELECTAS

RECOGIDAS

### EN EL HOSPITAL DE LA CARIDAD

(CLINICA DE M. LERMINIER).

POR G. ANDRAL,

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 ULTIMA EDICION

POR LOS PROFESORES DE MEDICINA Y CIRUJIA

D. Gabriel Usera y D. Francisco Mendez Alvaro.

**TOMO I.**

ENFERMEDADES DEL PECHO.

I.

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

OBSERVACIONES CLINICAS  
DE LOS ALUMNOS DE LA CLINICA

EN EL HOSPITAL DE LA CIUDAD

(CLINICA DE N. FERRER)

1888

El presente libro es el resultado de las observaciones hechas en el Hospital de la Ciudad durante el curso de 1888. El autor desea agradecer a los señores profesores de la Clinica su amable acogida y a los señores alumnos su interés en el estudio de la medicina.

A los señores profesores de la Clinica, a los señores alumnos y a los señores enfermos de la Clinica, a los señores médicos de la Clinica, a los señores farmacéuticos de la Clinica, a los señores enfermeros de la Clinica, a los señores auxiliares de la Clinica, a los señores practicantes de la Clinica, a los señores estudiantes de la Clinica, a los señores médicos de la Clinica, a los señores farmacéuticos de la Clinica, a los señores enfermeros de la Clinica, a los señores auxiliares de la Clinica, a los señores practicantes de la Clinica, a los señores estudiantes de la Clinica.

El presente libro es el resultado de las observaciones hechas en el Hospital de la Ciudad durante el curso de 1888. El autor desea agradecer a los señores profesores de la Clinica su amable acogida y a los señores alumnos su interés en el estudio de la medicina.

El presente libro es el resultado de las observaciones hechas en el Hospital de la Ciudad durante el curso de 1888. El autor desea agradecer a los señores profesores de la Clinica su amable acogida y a los señores alumnos su interés en el estudio de la medicina.

## LOS TRADUCTORES.

---

**U**na obra que ofrecemos al público, merece contarse en el reducido número de aquellas que concurren poderosamente á los progresos de la ciencia, y dan nombre y gloria á sus autores. Al emprender nosotros su traduccion, hemos creido prestar un servicio distinguido á los profesores españoles, poniendo en sus manos la mejor obra de clínica que ha producido este siglo.

La reputacion que á su autor ha proporcionado, y las numerosas ediciones que de ella se han hecho, asi en Francia como en Bélgica, son un testimonio irrecusable de su mérito, y nos creemos por lo tanto dispensados de mayor encomio.

Siendo cierto, y en este punto se hallan conformes todos los hombres instruidos, que el mas sólido cimiento de la medicina es la observacion clínica; lo es asimismo que las obras en que tales observaciones se consignan, dispuestas con método, y acompañadas de reflexiones y de deducciones fundadas en los hechos, ofrecen el mas alto grado de interés para el adelantamiento de la ciencia, y son de consiguiente mas útiles cien veces que todas las puramente especulativas. Los prácticos encuentran en ellas un tesoro inagotable: á su experiencia propia añaden la que á fuerza de tiempo y de fatigas han logrado alcanzar muy distinguidos profesores en los mas concurridos hospitales; y cuando aflige su espíritu alguno de esos casos tan comunes en la

práctica, cuyo diagnóstico es difícil, tardan poco en hallar observaciones análogas; y adquieren por fin sin mucho trabajo el conocimiento que buscaban, marchando desde entonces con paso seguro y ánimo tranquilo. Solo quien jamás haya puesto el pie en el oscuro laberinto de la medicina, dejará de apreciar en su justo valor la satisfacción dulce que experimenta aquel que hallándose perdido encuentra al cabo en sus manos el hilo de Ariadna.

Pero no solo por lo relativo al diagnóstico son de una utilidad extraordinaria al práctico las obras de clínica: en ellas puede apreciar también los efectos que producen las sustancias medicinales empleadas para combatir cada dolencia: puede compararlos entre sí, y adquirir una idea tal cual exacta de sus virtudes, llevando de esta manera á su perfección la terapéutica, ese ramo importante de la medicina tan completamente descuidado en la actualidad.

Otra ventaja puede reportarse aun, principalmente en España, de las obras de clínica: la de despertar la afición hácia este género de investigaciones, y hacer ver cuánto partido puede sacarse de ellas. Es verdaderamente doloroso que haya entre nosotros tan poca costumbre de recoger las observaciones numerosas y de interés, que cada día se ofrecen á los prácticos en los hospitales y en las poblaciones!

Indicado ya algo acerca del mérito de la presente obra, que es una de las mas preciosas joyas de la medicina francesa, y de la utilidad que así la ciencia como los que se dedican á su ejercicio, pueden reportar del estudio de la medicina clínica; solo nos resta decir dos palabras respecto á la traducción que ofrecemos á nuestros profesores. Nuestro principal cuidado se ha reducido á no alterar en lo mas mínimo el texto, y á verterle en nuestro idioma con claridad, con sencillez, de manera que pueda ser comprendido de todos. Hemos procurado evitar los infinitos galicismos en que con frecuencia abundan otras traducciones, y hemos por fin hecho un esfuerzo para que la presente edicion salga correcta.

Algunas notas hubiéramos añadido; pero tales anotaciones no deben, en nuestro concepto, figurar en las obras clásicas que tengan cabida en la BIBLIOTECA.

---



---

# CLÍNICA MÉDICA.

---

## OBSERVACIONES

SOBRE LAS

## ENFERMEDADES DEL PECHO.

---

### LIBRO PRIMERO.

#### ENFERMEDADES DEL CORAZON.

1.  ESDE que se han publicado las inmortales investigaciones de Corvisart, y han estendido el dominio de la ciencia otros numerosos trabajos posteriores á los suyos, debe considerarse como casi acabada la historia de las enfermedades del corazon y sus dependencias. Llamaremos pues la atencion en los artículos siguientes, sobre algunos puntos de esta historia, que, despues de tantas investigaciones, nos han parecido todavia capaces de adquirir mayor ilustracion á beneficio de nuevos hechos.

#### SECCION PRIMERA.

##### OBSERVACIONES SOBRE LAS ENFERMEDADES DEL PERICARDIO.

2. El mayor número de fenómenos morbosos á que dá origen la inflamacion aguda ó crónica del pericardio, parecen de

pendientes del desórden simpático que el corazon ú otros órganos experimentan. Deben por lo tanto ser estos fenómenos sumamente varios, respecto á su naturaleza é intensidad, y deben presentar tantas diferencias cuantas son las que hay en el modo de sensibilidad de cada individuo y en el número y actividad de las simpatías de sus órganos. Sucede en esto á las enfermedades de la cubierta del corazon lo propio que á las de las cubiertas del sistema nervioso cerebro-espinal. Sería verdaderamente de desear que cada lesion fuese indicada siempre por un determinado grupo de síntomas; pero esto solo acontece en un reducido número de casos: asi es que el tratar de referir á una lesion cualquiera síntomas siempre idénticos, es retrasar la perfeccion del diagnóstico queriendo simplificarle. Tan útil seria á lo menos el dedicarse á conocer bien los síntomas numerosos y variados que pueden depender de una misma lesion. No sucede ciertamente respecto á la medicina práctica lo que con otros muchos ramos del saber humano, en los cuales, dado un número reducido de principios, resta únicamente hacer sus aplicaciones á todos los casos particulares. Al contrario acontece en medicina, donde un hecho nunca es parecido exactamente á otros hechos ya observados, y donde es necesario, si puede decirse asi, *individualizar* incesantemente: hé aquí en lo que consiste todo el arte del diagnóstico, y hé aquí por qué el hombre instruido que mas ha visto, es tambien el que debe ver mejor.

## CAPITULO I.

### OBSERVACIONES SOBRE LA PERICARDITIS AGUDA.

3. Las observaciones que siguen son de tres especies: las unas, colocadas en primera línea, manifiestan la inflamacion del pericardio, anunciada por síntomas locales que facilitan el diagnóstico. Referiré en seguida otros casos en que no se advierte mas sintoma local que una disnea mas ó menos fuerte; de manera que solo por la via de esclusion ha podido llegarse á reconocer la existencia de una pericarditis. Finalmente, hallarán lugar en la tercera clase otras observaciones mas raras, en las cuales ni siquiera ha sido anunciada la pericarditis por la disnea, ni ha producido otro síntoma que una extraordinaria aceleracion del pulso, fenómenos nerviosos muy graves, una súbita postracion de fuerzas, y la muerte.

## ARTICULO I.

## PERICARDITIS AGUDA CON SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS.

## I.ª OBSERVACION.

Reumatismo articular agudo. De repente dolor dislacerante en la region del corazon: inerte rápida. Exudacion purulenta en la superficie interna del pericardio.

Un panadero, de edad de 31 años, entró en la Caridad durante el mes de agosto de 1822. Quince dias hacia que se hallaba acometido de dolores vivos, los cuales, despues de haber recorrido varias articulaciones, ocupaban al tiempo de su entrada las del codo y muñeca izquierdos, la rodilla y pie del lado opuesto. Todas estas partes se hallaban tumefactas y rubicundas. Muchas veces, desde la invasion del reumatismo, habia sufrido el enfermo violentos dolores de cabeza; la fiebre era intensa, la lengua estaba encendida y un poco seca, y el epigastrio sensible á la presión. *Dos sangrias, de doce onzas cada una*, fueron practicadas en las primeras veinticuatro horas. El coágulo de la sangre se cubrió de una costra gruesa. Al día siguiente no habia mejoría notable: se prescribió una *tercera sangria* y tambien se presentó costra inflamatoria como en las precedentes. La rodilla y pie del lado derecho dejaron de estar doloridos, pero al mismo tiempo se hinchó la rodilla izquierda: el codo y muñeca izquierdos se hallaban menos tumefactos, indolentes durante el reposo, pero el mas pequeño movimiento despertaba vivos dolores. (*Cuarta sangria de doce onzas; tisanas emolientes; cataplasmas; dieta absoluta*). Costra inflamatoria en la sangre.

Al cuarto día de la entrada del enfermo, á pesar de las cuatro sangrias practicadas en los tres anteriores, estaban hinchados y muy doloridos el codo, la muñeca y la rodilla. La lengua habia perdido su rubicundez. *Se aplicaron veinte sanguijuelas al rededor de la rodilla*. El quinto día estaba esta muy poco dolorida, pero la rodilla derecha se habia abultado: igual estado del codo y muñeca del lado izquierdo: persistencia de la fiebre. (*Tisanas emolientes; cataplasma; dieta*.)

El sexto día, igual estado. (*Quinta sangria de doce onzas; diez sanguijuelas al rededor de la rodilla derecha; otras diez á la muñeca izquierda*.)

Durante el día tuvo lugar un alivio notable: las diferentes articulaciones se deshincharon y hasta podian moverse sin mucho dolor: el enfermo dijo que experimentaba por primera vez una mejoría sensible. Pero esta debia ser de poca duracion: á cosa de las ocho de la tarde todas las articulaciones estaban casi completamente libres, se hallaba bien el enfermo.... A las diez fué atacado repentinamente de un dolor cruel un poco debajo y al lado interno de la tetilla izquierda: este dolor persistió toda la noche, y á la mañana siguiente se hallaba en el estado que vamos á referir: Gritos arrancados por el dolor dislacerante que sentia en el punto indicado: este dolor ni aumentaba por la presión, ni por la tos, ni por los movimientos inspiratorios, ni en fin, por el cambio de posicion; no tenia por consiguiente ni los caractéres de un dolor pleurético, ni los de un dolor muscular. Las articulaciones estaban del todo indolentes. Ademas, falta completa de tos; pecho sonoro; ruido respiratorio claro, pero de una fuerza notable. Latidos del corazon muy frecuentes,

tumultuosos, irregulares en su fuerza ó intermitentes. Pulso que ofrecia las mismas intermitencias que el corazon, pero muy pequeño, que desaparecia á la mas ligera presion, y solo se percibia por instantes. Cara pálida, contraída, espresando la mas viva ansiedad; estremidades frias. Este espantoso aparato de sintomas fue atribuido á una inflamacion del pericardio. Tan débil parecia el enfermo, que M. Lermnier no creyó conveniente abrir de nuevo la vena. Se aplicaron treinta sanguijuelas á la region precordial y se pusieron sinapismos ambulantes á los miembros con el objeto de llamar á ellos la afeccion reumática, que, por una especie de metastasis, parecia haberse dirigido á las cubiertas del corazon.

En este dia ningun alivio se notó: la respiracion, todavia bastante libre por la mañana, se hizo mas difícil y sucumbió el enfermo durante la noche, á las veintinueve horas despues de la invasion del dolor precordial.

La abertura del cadáver confirmó la exactitud del diagnóstico. La totalidad de la superficie interna del pericardio estaba tapizada por una exudacion blanquecina, blanda, membraniforme y con un aspecto como areolado. Por debajo de esta exudacion se notaba una viva rubicundez del pericardio: no habia en él, propiamente hablando, liquido derramado, y solo se recogió una onza de serosidad verdosa (1). La sustancia misma del corazon, la superficie interna de sus cavidades, los vasos gruesos que van á él ó de él proceden, se hallaron en el mejor estado; la pleura solo presentaba unas antiguas adherencias celulosas, y el pulmon un infarto seroso sanguinolento. El estómago estaba un poco rubicundo á lo largo de su grande curvadura: nada habia notable en los restantes órganos del abdomen, ni tampoco en el encéfalo y sus dependencias.

Esta observacion presenta el ejemplo de una de las pericarditis mas agudas, cuya historia se ha publicado hasta el dia: no duró mas que veintisiete horas, y su invasion siguió de cerca á la desaparicion del reumatismo articular. Mas adelante veremos que tambien se manifiestan inflamaciones de la pleura y del pulmon al mismo tiempo que desaparecen repentinamente los dolores articulares. Esta es la metastasis reumática de los antiguos (2).

(1) No podia, pues, existir en este caso el sonido macizo, que ha sido reputado como uno de los signos característicos de la pericarditis.

(2) Esta metastasis no va siempre seguida de la produccion de una pericarditis, de una pleuresia ó de una pulmonia. Lo que predomina en mas de un caso de este género, es la lesion de funcion, mas grave de lo que corresponde á la lesion de textura. Asi es que, á consecuencia de la desaparicion de un dolor reumático, se manifiestan palpitaciones, un agudo dolor precordial, un dolor pleurítico, una disnea mas ó menos fuerte. Pero la prontitud con que á su vez desaparecen estos accidentes diversos, no permite referirlos á una alteracion profunda de la textura del órgano donde se fijan. No obstante presentan estos accidentes, si puede decirse asi, una fisonomia tan alarmante cuando menos como los que resultan, ya de una hepaticacion pulmonar, ya de un derrame de pus en la pleura ó en el pericardio. Asi, pues, la misma causa que, en un mismo dia, producirá los dolores en diez articulaciones di-

Estos hechos deben fijar muy particularmente la atención del práctico. Observemos también cuán infructuosas fueron en este caso las numerosas emisiones de sangre, ya para hacer cesar el reumatismo articular, ya para prevenir la invasión de la inflamación del pericardio (1). Por otra parte, en este caso fue la irritación simpática del órgano central de la circulación, la causa de todos los síntomas y de la muerte. Se reconoció la pericarditis por la naturaleza misma de los síntomas locales, á saber: el dolor precordial, el modo tumultuoso é irregular con que el corazón latía, y la estremada frecuencia, irregularidad y pequeñez del pulso. Este estado particular del corazón y del pulso ha sido en efecto señalado por los autores como indicio de la pericarditis. Sin embargo, la observación que sigue vá á manifestarnos una alteración casi idéntica del pericardio, con un estado muy diferente de los latidos del corazón, y principalmente del pulso.

## II.ª OBSERVACION.

Do'or por debajo del esternon y en la region cardiaca, que aumentó de intensidad gradualmente, reemplazando á unos dolores articulares. Oscuridad de los latidos del corazón; fuerza y regularidad del pulso. Falsas membranas en el pericardio.

Un negro, de 19 años de edad, sastre, de constitucion débil, pero que disfrutaba habitualmente de buena salud, sentía, desde el 19 de abril, dolores que se dirigian alternativamente de una articulacion á otra, pero que atacaron con predileccion la muñeca derecha, las dos rodillas y la articulacion tibio-tarsiana del lado izquierdo. Entró en la Caridad la tarde del 23 de abril de 1822, y se hallaba en el siguiente estado cuando el día 24 se hizo la visita:

Viva ansiedad general, ojos cargados, ligera hinchazon de la muñeca derecha y de la rodilla del mismo lado; los movimientos mas ligeros que se comunicaban á estas partes, causaban un dolor bastante fuerte para arrancar gritos al enfermo; la rodilla izquierda y la circunferencia de los tobillos estaban asimismo doloridos, pero no abultados; pulso frecuente y desarrollado,

---

ferentes que se verán volver al estado sano con tanta rapidez como enfermaron, puede, cuando dirige su influencia sobre alguna parte interna, determinar en ella: 1.º una simple modificacion de accion ó dinámica: 2.º una lesion de organizacion. Esta segunda lesion no es otra cosa que una consecuencia de la primera, y por lo mismo no es tan frecuente.

(1) Muchos ejemplos hallaremos en esta obra de llegmasias, que habiendo sido combatidas en su principio, ó durante su curso, por sangrias copiosas, no dejaron por eso de seguir su curso, ya hubiesen de terminar por la salud, ó ya por la muerte. Hay, creo yo, muy pocos casos en que una enfermedad pueda disiparse repentinamente por medio de una emision sanguínea,

piel caliente y algo húmeda, lengua blanca, mediana sed y constipacion. (*Sangría de cuatro tazas; infusion de borraja y de amapola; julepe*) (a).

Por la noche tuvo un sudor abundante.

El 25 se hallaba el enfermo casi en el mismo estado. La sangre sacada el día antes presentaba un estenso coagulo, poco consistente, sin costra inflamatoria. La persistencia de los dolores y la intensidad de la reaccion general condujeron à M. Lermier à prescribir otra segunda sangría de tres tazas. Al poco tiempo de haber salido la sangre de la vena, presentaba un coagulo denso, pequeño, con los bordes levantados, como los de ciertas setas, cubierto de una costra espesa y rodeado de abundante serosidad verdosa. Ya se advierte que habia una notable diferencia entre la sangre de la segunda sangría y la de la primera, aunque en ambos casos habia sido abierta la vena de la misma manera.

Tomó el enfermo en el discurso del día doce granos de los polvos de Dower en dos dosis, y sudó con abundancia la mayor parte de la noche.

El día siguiente 26, no estaban hinchadas las articulaciones, y apenas se manifestaban doloridas; pero el enfermo se quejaba, por la primera vez, de dolores vagos en las paredes torácicas, su respiracion estaba acelerada y la fiebre persistia. *Se practicó una tercera sangría*, que ofreció los mismos caracteres que la segunda.

Todo el día se quejó mucho el enfermo: los dolores torácicos se concentraron al epigastrio y parte inferior del esternon. Por la noche, viva agitacion, insomnio completo; nada de sudor.

El 27, todo se habia exasperado. Los movimientos inspiratorios, que eran cortos y frecuentes, se ejecutaban á un tiempo por la elevacion de las costillas y la depresion del diafragma: el enfermo se quejaba sin cesar, diciendo que sentia un vivo dolor en el epigastrio, que se estendia à la parte inferior del esternon y à la region precordial y que se aumentaba por la mas ligera presion. Los dolores de los miembros habian desaparecido del todo. Sin embargo, no tosia el enfermo; la percusion del pecho daba un sonido natural; la respiracion se oia tambien en todos los puntos fuerte y clara; el pulso era muy frecuente, regular y de una dureza notable, mientras que los latidos del corazon solo se oian con el estetoscopio de un modo muy débil; el oido, aplicado inmediatamente sobre la region del corazon, no percibia sino un ruido confuso que no dejaba reconocer las pulsaciones de los ventriculos y de las aurículas. Este conjunto de sintomas, y al propio tiempo la falta de todo signo de una flegmasia de las pleuras ó de los pulmones, nos condujeron à sospechar la existencia de una pericarditis. *Se aplicaron cuarenta sanguijuelas à la*

(a) Ignoramos qué julepe es este que el autor aconseja aqui, como en otros muchos lugares de su obra; en los hospitales de Paris no sabemos se usen otros julepes que los siguientes:

*Julepe calmante.* Jarabe de opio, *dos dracmas.*

— De azahar, *seis dracmas.*

Agua destilada de lechuga, *cuatro onzas*: mézclase. Se usa à dosis de una cucharada de hora en hora.

*Julepe gomoso.* Goma arábica en polvo, *dos dracmas.*

— Jarabe de malvabisco, *una onza.*

— Agua destilada de azahar, *media onza.*

— *Comun, tres onzas.* Mézclase. Se usa como el anterior.

(Los TT.)

region precordial, y pocas horas despues se cubrió el epigastrio con un vegigatorio.

Hallóse el enfermo notablemente mejorado durante el dia; pero por la tarde se reprodujeron los accidentes, fiebre violenta, disnea considerable y peligro de sofocacion. Al momento se practicó una abundante sangria: apenas principió la sangre à salir, se hizo mas libre la respiracion. La sangre tenia el mismo aspecto que en las sangrias precedentes.

El 28 por la mañana habia experimentado el enfermo una notable mejoría; la respiracion era mas tranquila, el pulso menos frecuente y de una fuerza casi natural, y el dolor del epigastrio y de la region precordial habia desaparecido.

El 29 volvió à ser la respiracion mas dificil y el pulso adquirió mucha frecuencia y algo de dureza: en la region del corazon se oia una especie de ruido tumultuoso indefinible. Por la percusion se reconocia en esta region un sonido mas macizo que los dias precedentes, y el dolor del epigastrio y de la region precordial se habia presentado de nuevo. Como las evacuaciones de sangre produjeron una mejoría sensible cada vez que se usaron, se recurrió à ellas nuevamente. Se practicó una *sangria de tres tazas* y se aplicaron *doce sanguijuelas à la region del corazon*. El vegigatorio del epigastrio, que se habia ya secado, se suplió por otros dos à las piernas.

El 3o era la respiracion, aunque siempre acelerada, menos dificil que el dia anterior. El enfermo no sentia dolor alguno; su cara estaba infinitamente mas tranquila y natural; el pulso conservaba bastante fuerza y tenia la sangre un aspecto semejante al de las otras sangrias. (*Quince sanguijuelas à la region del corazon*).

Todo el dia permaneció en el mismo estado. A las ocho de la noche se hallaba tranquilo; su sifonomia no estaba alterada; la respiracion parecia bastante libre; hablaba con facilidad, se sentaba sin trabajo y no padecia. Murió repentinamente à las once de la noche.

La inspeccion cadavérica se hizo nueve horas despues de la muerte.

Ni el cerebro, ni sus membranas presentaron ninguna lesion apreciable: cada uno de los ventriculos laterales contenia dos ó tres cucharaditas, de las de café, de una serosidad clara.

Los pulmones estaban sanos, descoloridos y sin infarto; la cavidad del pericardio contenia como media azumbre de serosidad turbia; la porcion de membrana serosa que viste el corazon, y la que tapiza la hoja fibrosa, estaban cubiertas en su totalidad por una falsa membrana que, como estuviere erizada de asperidades numerosas, presentaba un aspecto análogo al del segundo estómago de los ruminantes.

Esta especie de falsa membrana mamelonada, ha sido ya designada por Corvisart y M. Laennec, como una forma especial de pseudo-membrana, que solo han hallado estos grandes observadores en el pericardio. A lo largo del surco que indica el punto de reunion de los dos ventriculos, y en la punta del corazon, habia concreciones albuminosas membraniformes como las que ordinariamente se encuentran en las membranas serosas inflamadas. Finalmente, en dos ó tres puntos se estendian, de una de las caras de la membrana serosa à la otra, largas bridas blanquecinas muy blandas, que se rompian apenas se ejercia la mas pequeña traccion. El tejido del corazon estaba pálido: sus cavidades contenian coagulos fibrinosos, despojados en parte de la materia colorante y que se estendian hasta los vasos.

Las vísceras del abdomen se hallaban sanas: el bazo era notable por su estremada blandura.

Examinadas las articulaciones no ofrecieron vestigio alguno de fleumasia.

Tambien en este caso, como en el precedente, pareció que la inflamacion del pericardio tuvo su origen al tiempo mismo que desapareció la afeccion reumática de los miembros. El dolor que señaló la invasion de la pericarditis, fue vago al principio y poco intenso; acaso no fuese debido entonces á la enfermedad del pericardio. El reumatismo principi6 en algun modo invadiendo las paredes torácicas, y los dolores vagos anunciaron su presencia; despues, estos dolores se hicieron mas vivos y ocuparon sucesivamente el epigastrio, la parte inferior del esternon y la region precordial. Aunque muy agudos, nunca fueron tan intensos como en el enfermo que forma el objeto de la primera observacion: en este no cesaron sino con la vida, y en el negro, por el contrario, no fueron continuos: he aqui, pues, un rasgo mas de semejanza con la afeccion reumática. Muchas veces, durante el curso de la enfermedad, hemos visto desaparecer, juntos con el dolor, la disnea y la ansiedad general. ¡Cosa notable! no sobrevino la muerte en medio de una exasperacion del dolor, ó durante un acceso de disnea; aconteció cuando ya habia una mejoría sensible y parecia caminar la enfermedad hácia su resolucion. El pulso, aunque diferente del que observamos en el primer enfermo, estuvo constantemente desenvuelto, duro y regular, mientras que los latidos del corazon fueron al mismo tiempo notables por su grande oscuridad. Precisamente es esto lo contrario de lo observado en otras circunstancias, en que la lesion del pericardio es sin embargo la misma, pero en que hallándose el corazon irritado de otra manera, el sistema nervioso sufre diverso género de influencia.

### III.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Dolor en la region del corazon que por intervalos se irradia al Brazo izquierdo. Latidos de aquel órgano muy fuertes en el principio y muy oscuros despues: pulso constantemente pequeño y regular. Sonido inactivo en la region precordial. Grande disnea. Derrame sanguineo en el pericardio.

Un zapatero, de edad de 31 años, fue admitido en el hospital de la Caridad, el 6 de noviembre de 1821. El 4 del mismo mes habia sido atacado de escalofrios y de un malestar general: en la noche del 4 al 5 decia haber tenido mucha calentura. El 5, de madrugada, sintió un dolor muy vivo al nivel y parte interior de la tetilla izquierda. El 6 persistió este dolor. El 7 presentaba el siguiente estado: cara pálida, en que se hallaban pintados el dolor y la inquietud; risa sardónica de cuando en cuando; temblor como

convulsivo de los labios. El dolor de la region precordial era habitualmente poco intenso, pero de tiempo en tiempo se avivaba y hacia mas fuerte, no limitándose entonces à la region del corazon, sino estendiéndose como rayos de fuego, segun la comparacion del enfermo, à todo el lado izquierdo del torax, y presentándose al propio tiempo en el miembro torácico del mismo lado un adormecimiento muy notable, que alguna vez era reemplazado, durante un momento, por un dolor vivo que se estendia principalmente à la cara anterior del brazo y el antebrazo. Siempre que el dolor se exasperaba de esta manera, ó presentaba las especies de irradiaciones que acaban de ser descritas, se dificultaba repentinamente la respiracion, las pulsaciones del corazon se hacian tumultuosas y sumamente irregulares, el pulso desaparecia y un frio glacial se apoderaba de las extremidades. Cuando disminuia el dolor de nuevo, solo ofrecia la respiracion una dificultad mediana y conservaban su fuerza las pulsaciones del corazon; se las oia en toda la estension de la parte anterior del pecho; pero recobraban su regularidad, y el pulso se desarrollaba un poco, aunque siempre quedaba pequeño relativamente à los latidos del corazon. El enfermo tosia algo, pero el pecho estaba sonoro en todos sus puntos y el ruido respiratorio se oia en todas partes con claridad y limpieza. Este conjunto de síntomas presentaba muchos rasgos de semejanza con los que se han considerado como pertenecientes à la angina del pecho, y se creyó deber referirlos à una inflamacion del pericardio. (*Sangria de una libra, treinta sanguijuelas à la region precordial, sinapismos al rededor de las rodillas, tisana de cebada, dieta.*)

Despues de la sangria y aplicacion de sanguijuelas se hicieron menos intensos y frecuentes los paroxismos de dolor: la noche fué mejor que las precedentes.

En la madrugada del 8 solo se quejaba el enfermo de una sensacion incómoda, como de opresion, en la region cardiaca, mas bien que de un verdadero dolor. Los latidos del corazon no eran tan fuertes; el pulso siempre pequeño y sumamente frecuente. La respiracion era poco difícil. En el curso del dia se avivó todavia tres ó cuatro veces el dolor del corazon, estendiéndose en estos casos à todo el lado izquierdo del torax, con adormecimiento muy pronunciado del brazo, del antebrazo y mano del mismo lado. Por la tarde se le hizo una sangria de doce onzas: la noche fué buena. El estuvo poco mas ó menos en igual estado.

El 10 de noviembre, sexto dia de la enfermedad, aparecieron nuevos síntomas: el dolor no existia ya; la cara habia tomado un aspecto mas natural; los latidos del corazon eran menos fuertes y extensos, y el pulso conservaba su estremada pequeñez. Algunas horas despues de la visita, sin que el dolor hubiese aparecido de nuevo, fué atacado repentinamente el enfermo de una terrible disnea que siguió aumentándose hasta el siguiente dia por la mañana. Auscultando entonces la region del corazon quedamos muy admirados al notar que sus latidos, tan enérgicos hasta aquel momento, solo se percibian de un modo muy oscuro; el pulso estaba mas pequeño que nunca; de nuevo se percutió el pecho, y por la primera vez se reconoció al lado izquierdo la existencia de un sonido muy macizo que se extendia, procediendo de arriba abajo, desde el nivel de la cuarta costilla hasta el de la novena ó décima, y transversalmente desde la tetilla, poco mas ó menos, hasta toda la mitad izquierda del esternon inclusive. El decúbito horizontal se habia hecho imposible; sentado el enfermo en la cama apenas podia pronunciar algunas pa-

labras con una voz anhelosa; decia que sentia como un lazo de hierro que comprimia fuertemente su pecho y le ahogaba. (*Dos vejigatorios á los muslos*). Durante el dia fué haciéndose la opresion mas considerable, y sucumbió el enfermo por la noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Apenas fueron separadas las paredes del torax, se vió salir por delante del corazon y de los pulmones un saco enorme que habia rechazado á estos hácia arriba, y que no era otra cosa que el pericario distendido por cerca de una azumbre de liquido rojo negruzco, parecido á la sangre que sale de una vena. Ademas la superficie interna del pericardio estaba tapizada por concreciones membranosas teñidas de color rojo. Ninguna alteracion notable existia en los restantes órganos del torax; á no ser un infarto considerable de los pulmones. Hígado repleto de sangre; inyeccion venosa muy manifiesta en el conducto intestinal; infiltracion serosa notable del tejido celular sub-aragnoideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales; sustancia blanca del encéfalo sembrada de un gran número de puntos rojos.

Esta enfermedad nos ofrece todavía otros síntomas diversos que las dos precedentes. Pueden dividirse los referidos síntomas en dos series, respecto á la alteracion orgánica que parece haberles dado origen. En la serie primera colocaremos los que presenta el enfermo desde la época de la invasion de la pericarditis hasta el fin del noveno dia. Dependian estos síntomas de una lesion del pericardio parecida á la que existia en los dos casos anteriores; y sin embargo no eran ya únicamente los que se notaron en las observaciones primera y segunda. Ciertamente halláinos todavía en este caso anomalias en los latidos del corazon y en el pulso; pero estas anomalias no son exactamente idénticas: el pulso, por ejemplo, es pequeño como en la observacion primera, y regular como en la segunda. Hubo dolor; pero este tuvo caracteres muy notables, se hacia vivo por intervalos, y pareciendo completamente intermitente, é irradiándose lejos del sitio de su origen, fácilmente se le pudiera haber creido efecto de una neurose (1). El noveno dia, y al prin-

---

(1) Estos mismos síntomas se reproducen efectivamente en muchos casos, y no pueden referirse mas que á una afeccion puramente nerviosa. Hemos visto en la Caridad una jóven que, de cuando en cuando, sufría un dolor vivo en la region del corazon, desde donde se irradiaba á diferentes puntos del torax y á los brazos. Estos miembros eran frecuentemente sitio de un adormecimiento que llegaba algunas veces á convertirse en una parálisis completa; la enferma experimentaba por intervalos palpitations violentas, durante las cuales se hacia el pulso filiforme. Sin embargo, desaparecian estos diferentes fenó-

cipio del décimo, tuvo lugar un alivio notable; pero de repente principió una nueva enfermedad, ó mas bien la pericarditis, que parecía caminar á su resolucion, tomó un nuevo carácter: entonces no fué una pequeña cantidad de materia purulenta, de linfa coagulable la que bajo la influencia de la inflamacion segregó el pericardio; vino este á ser sitio de una abundante y súbita hemorragia, y en algunas horas se llenó su cavidad con una enorme cantidad de sangre: desde entonces fueron haciéndose cada vez mas difíciles los movimientos del corazon, y sufriendo mayor compresion los pulmones: la muerte sobrevino por asfixia. ¡Cuán diferentes hubieran sido los sintomas si, como citaremos mas adelante y presentaremos ejemplo, el derrame se hubiera efectuado con lentitud!

#### IV.ª OBSERVACION.

Sintomas de pericarditis. Curacion.

Un picapedrero, de edad de 39 años, estaba enfermo hacia diez dias cuando entró en el hospital, á principios del mes de mayo de 1823. Habia tenido primeramente sintomas de congestion cerebral, despues calentura, y experimentaba por fin, cuatro dias hacia, un dolor bastante vivo por debajo del apéndice xifoides. Se le hizo una sangria el mismo dia de su entrada, y despues de ella disminuyeron el dolor de cabeza y el atolondramiento; pero el dolor del epigastrio se hizo mas vivo y se extendió en el espacio situado entre la tetilla y el esterno. Ningun alivio produjeron veinticuatro sanguijuelas que se aplicaron al epigastrio, y el 9 de mayo presentaba sintomas muy graves: quejábase de un dolor insufrible en la region precordial, al paso que el del epigastrio era mucho menos vivo: este dolor no se aumentaba ni por la presion ni por la inspiracion; parecia al enfermo algo menor cuando estaba echado sobre el dorso que cuando adoptaba un decubito lateral; los latidos del corazon, tranquilos y regulares el dia anterior, se habian vuelto irregulares y tumultuosos; el pulso era asimismo muy irregular, frecuente y con la fuerza ordinaria. Por otra parte ningun signo anunciaba una afeccion del pulmon ó de las pleuras, y esto hizo sospechar desde luego la existencia de una pericarditis. Se la combatió con una nueva sangria de doce onzas, y con la aplicacion de euarenta sanguijuelas á la region precordial. El siguiente dia 10 de

---

menos despues de haber durado desde algunos minutos hasta veinticuatro ó treinta horas, y en sus intervalos nada particular se advertia en el aparato circulatorio. Con frecuencia eran reemplazados estos accidentes por otros fenómenos nerviosos, tales como movimientos convulsivos, parciales ó generales, alternativas de exaltacion y de abolicion de la sensibilidad, y síntomas de corea. En medio de estos diversos desórdenes funcionales, como dejar de conocer una enfermedad cuyos sintomas pueden variar segun el sitio, pero cuya naturaleza resulta ser siempre idéntica? Yo diré desde luego que esta mujer padecía de tiempo en tiempo un *corea del corazon*.

mayo habian desaparecido en gran parte los formidables síntomas de la víspera; el enfermo sentia tan solo un dolorcillo en la region del corazon; los latidos de este, asi como el pulso, habian perdido su extraordinaria irregularidad; pero existia fiebre, y la respiracion no se verificaba todavia con entera libertad. Era evidente que la inflamacion del pericardio se habia detenido en su curso, pero persistia aun. Reducirse á una medicina espectante era esponerse á que la flegmasia, que se habia reprimido, se exasperase de nuevo y siguiese su curso con mayor actividad, ó, lo que no ofrece menor peligro, pasase al estado crónico. Bien convencido de que en este caso solo existia un simple alivio de sintomas, y que la enfermedad se habia únicamente suspendido, pero no curado, como lo comprobaban los sintomas persistentes, emprendió nuevamente M. Lerminier la misma medicacion que tan eficaz habia parecido el dia antes: se sacó de la vena la misma cantidad de sangre; se aplicó otro número igual de sanguijuelas, y ademas se pusieron al enfermo dos vejigatos grandes en la parte interna de los muslos. En las veinticuatro horas siguientes fué aliviándose cada vez mas, y el 12 de mayo se hallaba en convalecencia, tardando poco tiempo en salir del hospital en buen estado de salud.

No será cierto, pero si sumamente probable, que haya habido en este caso inflamacion del pericardio, y que el tratamiento antiflogístico activo la haya hecho abortar (1). Las emisiones sanguíneas practicadas al siguiente dia del alivio que esperimentó el enfermo el 10 de mayo, fueron acaso tan útiles como las sangrías practicadas el 9, supuesto que completaron y consolidaron el beneficio de estas. Es en efecto muy frecuente que una flegmasia aguda tenga una funesta terminacion, menos porque se la deje de combatir cuando sus síntomas sean bien evidentes que cuando se la supone ya vencida. No se considera que el trabajo patológico que se verifica en el órgano inflamado persiste por lo comun despues que los síntomas mas notables han desaparecido, y que entonces es cuando debe el práctico redoblar su atencion, y cuando mas dificilmente llena su deber: en semejantes casos debe dar valor al síntoma mas pequeño, y no cansarse de combatir al enemigo mientras dé el mas ligero indicio de su presencia. ¡Cuántas flegmasias que han permanecido algunos dias como adormecidas y se tenian por completamente curadas se han despertado de repente para ocasionar la muerte! ¡Cuántos estados hay que se llaman convalecencias y solo son el presagio del tránsito del periodo de agudeza de una flegmasia al crónico!

---

(1) Compárese el caso presente, respecto á esto, con muchos de los precedentes en que nada se alcanzó con un tratamiento poco mas ó menos igualmente activo.

El principio de la enfermedad es digno tambien de fijar nuestra atencion. Es uno de los infinitos casos que se hallan en la medicina práctica, en que muchos órganos parecen ser á un tiempo ó sucesivamente el sitio de congestiones sanguíneas, sin que ninguno se manifieste precisamente inflamado (1). Muchas veces vuelve el enfermo á la salud despues que estas especies de congestiones se han paseado, digámoslo así, por la mayor parte de los órganos, sin que la afeccion de ninguno de ellos haya llegado á adquirir predominio: esto es lo que muchos autores han llamado *enfermedad general*, término sumamente vago, y que, en último resultado, ninguna otra cosa significa, aplicado á los sólidos, que afeccion simultánea de muchos tejidos, órganos ó aparatos de órganos. Acontece otras veces que despues de haber sido la enfermedad *general* (2) en el sentido que acabamos de espresar, adquiere predominio la afeccion de un órgano: este segundo caso es el que ha tenido lugar en nuestro enfermo.

En los diferentes casos que acabamos de referir ha sido anunciada la pericarditis por un conjunto de síntomas que hacen muy fácil el diagnóstico: ahora vamos á citar otros, en los cuales, no existiendo el mas notable de aquellos síntomas, el dolor, no puede llegarse á reconocer la inflamacion del pericardio, á no ser procediendo en algun modo por via de exclusion.

## ARTICULO II.

### PERICARDITIS AGUDA SIN DOLOR, PERO CON DISNEA.

#### V.ª OBSERVACION.

Tubérculos pulmonales. Respiracion habitual poco difícil. De repente una disnea muy intensa: muerte rápida. Derrame purulento en el pericardio.

Un zapatero, de edad de 28 años, que padecía de tos hacia ya veintidos

(1) He procurado manifestar en otra obra (*Precis d'anatomie pathologique*) que es imposible establecer una linea de demarcacion bien determinada entre la congestion sanguínea activa y lo que se llama *inflamacion*.

(2) En el actual estado de la ciencia tenemos todavía necesidad de esta espresion, porque ayuda para comprender y referir á su verdadera causa esos estados morbosos tan comunes, en que aparecen simultánea ó sucesivamente un crecido número de desórdenes, ya orgánicos, ya dinámicos, cuyo sitio comun parece ser una lesion de la inervacion ó de la hematosi. En semejante caso hay sin duda un punto de partida; pero ¿cómo señalar los límites de la enfermedad? ¿No reside en todas aquellas partes en que hay sangre y nervios?

meses y habia espectorado mucho, por la primera vez, quince dias antes de su entrada en el hospital, presentaba todos los sintomas de una tisis bastante adelantada, cuando fué sometido á nuestra observacion á principios del mes de junio de 1824. Respiraba con bastante libertad: auscultado el corazon nada notable presentaba; se oia cierto estertor ó gorgoteo en el vértice de ambos pulmones; el apetito era bueno, y las cámaras regulares. Nada ocurrió de nuevo hasta el 17 de junio sino es un poco de diarrea por intervalos, y una notable disminucion del apetito. Sin embargo, en el dia referido tenia el enfermo mas alterado el semblante que de ordinario, y se quejaba por primera vez de dificultad de respirar: en efecto, hablaba con una voz algo anhelosa, y eran sus movimientos respiratorios notablemente acelerados: el pulso era pequeño y frecuente: la auscultacion no suministraba ningun nuevo indicio. El 18 continuaba en el mismo estado. Estos nuevos sintomas podian atribuirse á una pulmonia intercurrente, que en razon, ya de su sitio, ya del anterior estado del pulmon, dejaba de notarse por medio de la auscultacion. (*Sangría de ocho onzas*). La sangre sacada de la vena presentó una costra inflamatoria delgada y verdosa. El 19 y 20 fué aumentándose mas y mas la opresion: nosotros comparábamos el estado del enfermo al que presentan los tísicos cuya afeccion se halla complicada con una lesion orgánica del corazon. La cara estaba ligeramente abotagada, los párpados algo infiltrados, los labios abultados y de color de violeta. El pulso ofrecia una extraordinaria frecuencia y un poco de irregularidad en la fuerza de sus latidos; de cuando en cuando, cada quince pulsaciones poco mas ó menos, se advertia una intermitencia bien pronunciada. El corazon se oia sin grande impulso y en una estension bastante pequeña. La estremada frecuencia de sus latidos impedia analizarlos bien; ademas presentaban las mismas intermitencias que los de la arteria. (*Veigalorios á las piernas*). El 21 la irregularidad y la intermitencia del pulso eran mucho mas notables.

El 22 ortopnea, principio de estertor traqueal. Muerte por la tarde.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Escavaciones tuberculosas en el lóbulo superior de ambos pulmones: tubérculos miliares en los otros lóbulos. Segun los sintomas observados era probable que hallásemos algun afeccion del corazon. En efecto, si bien la sustancia de este órgano no ofreció otra cosa mas que una hipertrofia interna poco pronunciada del ventriculo izquierdo, en el pericardio habia un derrame sero-purulento con concreciones membraniformes sobre sus paredes. Se notaba ademas una inyeccion muy viva de la membrana mucosa del estómago, y rubiendnez sin ulceracion en los intestinos gruesos que estaban muy contraidos.

He aquí un caso de pericarditis bien diferente de los que preceden bajo muchos aspectos. En primer lugar vá el principio del mal acompañado de síntomas mucho menos graves: solo se observa una dificultad no acostumbrada en la respiracion. Hay constante falta completa de dolor. Sin embargo en algunos dias se ven aparecer todos los síntomas que descubren un aneurisma del corazon; pero este aneurisma no habia podido

formarse de pronto, ¿cómo, pues, no habria dado señal alguna de su existencia desde la entrada del enfermo hasta el 17 de junio? El pulso particularmente habia sido muy regular hasta este dia. La abertura del cadáver manifestó que en efecto los síntomas observados desde el 17 de junio no dependian de un aneurisma, sino que eran debidos á la pericarditis. Prueba pues este hecho, que hay ciertas formas de la inflamacion del pericardio que modifican los movimientos del corazon, en términos de resultar un trastorno en la circulacion que dá lugar á los mismos fenómenos que se observan en cierto periodo de los aneurismas de este órgano.

#### VI.ª OBSERVACION.

Asma ligera hacia muchos años. Repentinamente disnea estremada, cuya intensidad, siempre en aumento, produjo la muerte por asfixia. Derrame seroso en el pericardio.

Un sastre, de edad de 20 años, que habitualmente disfrutaba de buena salud, porque no miraba como estado morboso la ligera dificultad en la respiracion que sufría hacia muchos años al coser ó al subir escaleras, acababa de pasar muchas noches trabajando, y tosía hacia algunos dias, cuando el 2 de marzo de 1820, sin causa conocida, fué de pronto atacado de una disnea terrible. Aquella misma tarde se le hizo una sangria. El 3 y el 4 siguió en aumento la opresion. Habiendo entrado en la Caridad la tarde del 5 se le sangró de nuevo. *Estado en que se hallaba el dia 6:* cara abotagada y lívida; labios violados; decúbito sobre la espalda, medio sentado, con el cuello tendido y la cabeza inclinada hacia atras. Se contaban 65 inspiraciones en un minuto, las que se ejecutaban á un tiempo por la elevacion de las costillas y la depresion del diafragma. El ruido respiratorio se oía en todas partes con fuerza y limpieza, excepto en el ángulo inferior del omoplato del lado derecho, donde se percibia un poco de estertor mucoso, cuya existencia se hallaba en relacion con la bronquitis que habia aparecido algunos dias antes. Percutido el pecho, resonaba bien por todas partes, excepto en la region del corazon, donde era el sonido macizo. El enfermo no habia sentido ni sentia en aquel momento dolor alguno torácico, y tenia una expectoracion puramente catarral. Los latidos del corazon, que eran regulares, se oían con una ligera impulsión en la region precordial; la mano aplicada sobre esta region no distinguía otra cosa más que una especie de estremecimiento vago en el sitio que la percusion daba á reconocer el sonido macizo. El pulso era regular, pero duro, vibrátil y de una frecuencia proporcionada á la de las inspiraciones: la piel estaba caliente y seca; las funciones digestivas no ofrecian nada que fuese de notar.

¿Cuál era la causa del verdadero estado de semi-asfixia en que se encontraba este enfermo? Tal causa no parecia residir ni en las pleuras, ni en el parenquima pulmonar, ni en los bronquios. Procediendo de esta manera por via de exclusion, se llegó á sospechar la existencia de una afeccion del pericardio. El sonido macizo de la region del corazon y el estremecimiento que se advertia aplicando la mano sobre esta region, indicaban tambien la existencia de un derrame en el saco membranoso (*tercera sangria, treinta sanguijuelas al epigastrio, por la tarde sinapismos á las piernas*). A entrada de noche

tuvo el enfermo un sudor general muy abundante, pero que no produjo ningun alivio. En la madrugada del 7, sofocacion cada vez mas inminente, persistencia de la dureza del pulso (*vejigatorios á los muslos, lavativas purgantes*). Muerte por la tarde, cinco dias despues de la invasion de la disnea.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Catorce horas despues de la muerte.

Visto esteriormente el pericardio, presentaba una distension considerable: contenia cerca de una azumbre de serosidad clara, sin color, en medio de la cual nadaban algunos copos albuminosos. La superficie interna de este saco no ofrecia ni rubicundez ni vestigio de falsa membrana; en una palabra, no habia señal alguna de trabajo inflamatorio. Las paredes del ventriculo izquierdo del corazon solo estaban medianamente hipertrofiadas: este órgano no presentaba ninguna otra lesion. Los bronquios estaban generalmente rojos; el perenquima pulmonar ingurgitado; el higado lleno de sangre, y el conducto digestivo inyectado.

Atendiendo á la gran cantidad de líquido derramado en el pericardio, tiene alguna analogía la precedente observacion con la III; pero en esta era el derrame formado por sangre, mientras que en la presente solo consistia en serosidad casi pura, que parecia mas bien ser resultado de una simple exhalacion activa que de una inflamacion propiamente dicha. Pero ¿podrán asignarse límites precisos que separen rigurosamente estas dos afecciones, que en muchos casos á lo menos no parecen ser mas que formas diversas de un mismo fenómeno primitivo? De cualquier modo que sea, la existencia de este derrame fué señalada por el sonido macizo y el estremecimiento particular que percibia la mano aplicada sobre la region del corazon. Por otra parte los latidos de este órgano, asi como el pulso, conservaron mucha regularidad, permaneciendo el último constantemente duro y vibratil. He aqui unos fenómenos diferentes de los que hemos señalado en la observacion V; y sin embargo en ambos casos existia igual estado de hipertrofia del corazon. Pudiera creerse que en el presente habia permanecido el pulso bajo la influencia de esta hipertrofia, mientras que en la observacion V fué modificado por la pericarditis. Ademas, aqui hubo falta completa del dolor: ¿dependeria tal vez de que solo habia hidro-pericardias? Pero en la observacion V era pus lo que contenia la cubierta del corazon, y la pericarditis fué tambien indolente.

Antes de dar fin á estas reflexiones haremos observar como circunstancia accesoria el ligero principio de asma que presen-

taba este sugeto, y que no reconocia otra causa mas que una simple hipertrofia del ventrículo izquierdo del corazon, sin obstáculo alguno en los orificios, ni afeccion en la mitad derecha.

#### VII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Viruela confluyente. Complicacion de pericarditis anunciada tan solo por una grande disnea.

Un jóven, de edad de 17 años, entró en la Caridad durante el año de 1818. Se hallaba en el tercer día de la erupcion de una viruela bien caracterizada, que no es nuestro objeto describir en este lugar. Los granos eran en todas partes muy numerosos y los síntomas benignos. Hasta el último día siguió bien la erupcion, sin que ninguna complicacion la contuviese; pero en el momento que los granos principiaban á estar en plena supuracion se hizo la respiracion dificil, sin que hubiese por otra parte ni tos ni expectoracion sanguinolenta. Los dos días siguientes permaneció la erupcion estacionaria; muchas pústulas se ennegrecieron; otras se llenaron de una serosidad rojiza; algunas petequias lividas aparecieron en sus intervalos; el enfermo cayó rápidamente en el último grado de postracion, aunque la lengua permaneció húmeda y blanquecina; la disnea aumentó cada vez mas, y sobrevino la muerte al principio del décimo día.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

No se encontró en los órganos internos mas lesion notable que un derrame sero-purulento en el pericardio. Ademas la membrana mucosa del estómago presentaba hácia el fondo de este órgano una inyeccion bastante viva.

Aunque es incompleta esta observacion respecto á la descripcion de muchos síntomas, y en particular de los que suministran el corazon y el pulso, no carece, sin embargo de interés por la especie de complicacion que ofrece. Hallamos aquí un caso de esas viruelas llamadas malignas, cuyos síntomas graves y terminacion fatal se esplican por la complicacion de una flegmasia interna. Cuando esta flegmasia es una meningitis, una pulmonia, una pleuresia ó una gastro-enteritis, es siempre el diagnóstico bastante fácil; y el tratamiento antillogistico, racionalmente empleado, ofrece entonces muchas probabilidades de buen éxito. Pero ¿qué síntoma podrá, en el presente caso, revelar la naturaleza de la lesion interna? El mal aspecto que la erupcion tomó repentinamente, las petequias que se manifestaron, la súbita postracion de fuerzas, y ademas una disnea notable; tales eran los fenómenos morbosos, cuya causa habia necesidad de penetrar. Para los antiguos hubieran anunciado estos síntomas la existencia de lo que llamaban viruela pútrida

ó maligna. Nadie duda efectivamente que hay casos en los cuales, tal vez por el trastorno que la afeccion de la piel induce en el sistema nervioso, se observan, durante el curso de ciertas viruelas, síntomas estravagantes, irregulares, cuya causa no revela la anatomía patológica. Esto acontece, no solo en las viruelas, sino en todos los exantemas cutáneos agudos. Algunos meses hace, por ejemplo, hemos abierto en la ciudad, con los doctores Moreau y Fauconneau Dufrène, el cadáver de una mujer que al principio de una erupcion de sarampion fué acometida de un poco de delirio, y sucumbió inopinadamente, sin que algunas horas antes de su muerte hubiese anunciado ningún síntoma grave tan fatal terminacion. La inspeccion del cadáver, hecha con el mayor esmero, nos manifestó todos los órganos en su estado sano, á escepcion de los bronquios, que presentaban una viva rubicundez, circunstancia que debe existir siempre en el sarampion. ¿No habia en nuestro enfermo, como en esta mujer, otra cosa que trastorno, perversion de las funciones del sistema nervioso, pudiendo referirse á la modificacion morbosa de la inervacion la disnea, y aun el cambio de aspecto de la erupcion? Cuando menos, nos parece indudable que la postracion extraordinaria en que repentinamente cayó este enfermo habia sucedido con mucha rapidez á un estado muy satisfactorio de fuerzas, para que pudiese ser considerada como real y positiva. ¿Dependia acaso de la invasion de alguna flegmasia interna? Muy inclinados estábamos á admitirla, aunque nos fuese imposible asignar su asiento. La disnea parecia, sin embargo, indicar una lesion cualquiera de los órganos de la respiracion ó de la circulacion. La autopsia cadavérica dió á reconocer la causa en una inflamacion del pericardio. Ejemplo es este sin duda muy notable de la oscuridad del diagnóstico de la enfermedad que nos ocupa, de la influencia que es capaz esta de ejercer sobre la erupcion variolosa, y en fin de la grande postracion que repentinamente puede determinar.

En el caso que acaba de citarse era la disnea el único signo que anunciaba la afeccion de los órganos torácicos: procediendo por via de esclusion, segun hemos ya manifestado, se puede todavía en este caso llegar á reconocer, ó á lo menos sospechar, la existencia de una pericarditis. Pero aun hay casos mas oscuros, en los cuales no se advierte siquiera dificultad notable de la respiracion ú otro síntoma que descubra la existencia de una enfermedad de pecho. Vamos á citar una observacion de este género, recogida en la Caridad, y despues nos haremos cargo de otra análoga que se halla consignada en la obra de M. Rostan sobre el *Reblandecimiento del cerebro*.

## ARTICULO III.

## PERICARDITIS AGUDAS SIN NINGUN SINTOMA CARACTERISTICO.

VIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Sintomas de meningitis. Inflamacion aguda del pericardio.

Una mujer, de edad de 26 años, madre de dos niños, y que habia abortado poco tiempo antes, entró en la Caridad, durante los primeros meses del año de 1820, en un estado tal de delirio que no pudo tomarse ninguna noticia de sus antecedentes. Era notable este delirio por la constante taciturnidad que le acompañaba; si algo se preguntaba á la enferma, miraba con la vista fija sin responder una palabra; la cara estaba pálida, los labios separados uno de otro, y agitados de cuando en cuando como por un temblor convulsivo, dejaban entrever la lengua húmeda y blanca. El pulso era frecuente y pequeño, aunque regular. La piel estaba poco caliente (*sanguijuelas detras de las orejas*). Los dos dias siguientes: inclinacion de la cabeza hácia atrás, elevacion repentina del tronco por intervalos, sobresalto de tendones; la enferma habla, y parece comprender; pero sus palabras son completamente incoherentes. La cara conserva una estremada palidez; el pulso es muy frecuente é intermitente. El cuarto dia de su entrada no hay ya delirio: la enferma se queja solo de mucha debilidad; los músculos de la cara se hallan agitados por movimientos convulsivos casi continuos; los miembros superiores ofrecen de cuando en cuando una rigidez como tetánica. El cuarto dia nueva aparicion del delirio, las facciones estan inmóviles y descompuestas; los miembros torácicos descienden por su propio peso cuando se les levanta, como si estuviesen paralizados; en el discurso del dia cae la enferma en un estado comatoso, y muere por la tarde.

## ABERTURA DEL CADAVER.

En el encéfalo, la médula espinal y sus cubiertas no se advierte ninguna alteracion apreciable de color, consistencia, etc. El conducto digestivo, abierto en toda su estension, solo ofrece una inyeccion ligera en algunos puntos. Las restantes visceras abdominales se hallan exentas de lesion.

Los pulmones no tienen mas que un ligero infarto en su parte posterior. La sustancia del corazon ningun vestigio presenta de estado morbozo; ni tampoco los vasos que van y salen de él; pero el pericardio se halla tapizado interiormente por conerecciones albuminosas, muchas de las cuales se estienden, como bridas todavía blandas, de una de sus caras á la otra; tambien se hallan derramadas algunas onzas de serosidad verdosa con copos de albumina.

En esta enferma el sitio de todos los sintomas residia evidentemente en los centros nerviosos, pero se hallaban estos

idiopáticamente afectados? ¿ó bien lo estaban solo de un modo simpático, y era la inflamacion del pericardio el origen de la enfermedad y su causa verdadera? Sometemos este hecho á la meditacion de los prácticos porque nos parece muy curioso, cualquiera que sea la interpretacion que se le quiera dar.

La observacion publicada por M. Rostan manifiesta, como la que acaba de referirse, síntomas cerebrales, para cuya esplicacion no se halla mas lesion que una pericarditis. A pesar de la oscuridad y la forma insólita de sus síntomas, M. Rostan formó su diagnóstico. He aquí el hecho en resúmen. Una mujer cayó repentinamente, despues de dos dias de desazon general, en una profunda pérdida del conocimiento. Al dia siguiente: vista fija, párpados muy abiertos, cara encendida, inmovilidad casi absoluta de los miembros que cesaba no obstante cuando se los pellizcaba; pulso apenas perceptible, asi como los latidos del corazon; muerte al cuarto dia: serosidad sanguinolenta en el pericardio con falsa membrana en su superficie. Ninguna otra alteracion notable en los demas órganos (1).

El hecho consignado en la observacion VIII, y el referido por M. Rostan, me parece son muy á propósito para demostrar que en razon de las susceptibilidades individuales, no hay órgano cuya lesion no pueda determinar los síntomas nerviosos mas variados, de manera que produzca simpáticamente los diferentes estados morbosos, cuyo sitio se refiere á los centros nerviosos y sus dependencias. Razon ha habido para establecer que, con mas frecuencia que cualquier otro órgano, influye sobre el cerebro el conducto digestivo inflamado, dando lugar á los síntomas de una aragnoiditis ó de una encefalitis. Pero no es menos cierto, como M. Boisseau ha advertido muy bien, que las flegmasias de otros órganos pueden igualmente originar, por su influencia simpática sobre encéfalo, los diversos grupos de síntomas que constituyen la fiebre llamada atáxica (2).

(1) Rostan, *Recherches sur le ramollissement du cerveau*.

(2) Las observaciones que acaban de leerse pueden dar una idea de la grande variedad de síntomas que acompañan á la pericarditis aguda. En un mismo sugeto pueden hallarse reunidos un dolor vivo en la region del corazon, un sonido macizo en la misma region, una disnea considerable, una grande celeridad de los latidos del corazon y del pulso, una irregularidad notable en estos latidos, una fuerza insólita en los del corazon, al paso que los de la arteria sean al contrario muy débiles, y finalmente sincope; sin que haya ningun signo de enfermedad del pulmon ó de las pleuras. En semejante caso es el diagnóstico bastante fácil. Pero la mayor parte de estos síntomas pueden faltar, ó hallarse aislados unos de otros. Asi que hay pericarditis agudas que no van acompañadas de ningun dolor, ó que solo presentan uno muy poco

## CAPITULO II.

## OBSERVACIONES SOBRE LA PERICARDITIS CRONICA.

4.º En el precedente artículo hemos visto cuán variables y frecuentemente oscuros son los síntomas de la inflamacion aguda del pericardio. Su inflamacion crónica se presenta, en ciertos casos, bajo una forma tal, que da lugar á la mayor parte de los síntomas generales que caracterizan una afeccion orgánica del corazon, y principalmente á la hidropesía. Las observaciones siguientes van á ofrecer casos de este género.

## IX.ª OBSERVACION.

Falsas membranas muy gruesas al rededor del corazon. Síntomas de aneurisma.

Un albañil, de edad de 25 años, habia gozado de una escelente salud hasta el mes de diciembre de 1823: entonces fué atacado de un catarro que cada vez se hizo mas fatigoso.

En enero de 1824, principió á sentir algo de disnea; las estremidades inferiores y despues el abdomen, se hincharon. Cuando entró en la Caridad, hácia fines del mes de febrero del mismo año, presentaba el estado siguiente:

Color livido de la cara, lábios violados; infiltracion de los miembros inferiores, ascitis. La respiracion era corta y acelerada: en diversos puntos del torax se oia el estertor bronquial húmedo. Percutido el pecho resonaba bien en todos sus puntos; la tos era frecuente con expectoracion mucosa; los latidos del corazon nada ofrecian de insólito respecto á su fuerza y estension;

---

pronunciado intermitente ó que se manifiesta en parte distinta de la region del corazon. Hay otras pericarditis en que los latidos del corazon no son ni mas fuertes ni mas débiles que en el estado ordinario, sino únicamente mas ó menos frecuentes. El pulso, notable con frecuencia por su estremada pequeñez, presenta otras veces una dureza insólita, siendo irregular en algunos casos, y conservando en otros su ritmo normal. El sonido macizo puede faltar, supuesto que depende del derrame efectuado en el pericardio, y que la muerte ó la curacion pueden sobrevenir antes de que él se verifique. Respecto á la disnea, es algunas veces el único accidente producido por la pericarditis; pero puede faltar tambien, y en algunos casos que la respiracion habia permanecido completamente libre hasta la muerte, ó en que no se habia manifestado ningun dolor en la region precordial, ha acontecido hallar una pericarditis con produccion de sendo-membranas recientes ó derrame de pus. Hay, por fin, otros casos en que con esta disnea coinciden signos de neumonia ó de pleuresia; y si no existe ningun dolor en la region del corazon, solo queda para reconocer la pericarditis el sonido macizo en este sitio. Pero tal signo, ademas de que puede faltar, pierde mucho valor si al mismo tiempo existe en el lado izquierdo un derrame pleurítico ó una pulmonia.

pero eran intermitentes como tambien las pulsaciones arteriales, notables al mismo tiempo por su poco desarrollo. El enfermo no habia sentido nunca dolor alguno en la region precordial. La lengua estaba natural, el apetito se habia conservado, á la ingestion de los alimentos en el estómago seguia inmediatamente un aumento notable en la disnea. Hacia tres meses que padecia una diarrea habitual. La orina, poco abundante, presentaba un sedimento rojizo. La piel estaba constantemente seca.

Naturalmente debia sospecharse en este caso la existencia de una afeccion orgánica del corazon; las intermitencias del pecho parecian anunciar asimismo la existencia de un obstáculo en el origen de la aorta ó una enfermedad de las válvulas, unida probablemente á un estado de dilatacion de las cavidades del corazon: esto es lo que en efecto habiamos hallado en otros enfermos que presentaban el mismo conjunto de sintomas, asi locales como generales (*Vejigatorios á las piernas; fricciones con una mezcla de vino escilitico y alcohol alcanforado, fumigaciones de enebro, cocimiento del rusco con adiccion de cuatro onzas de jarabe de las cinco raices, y de dos onzas de miel escilitica para dos azumbres. Julepe por la noche.*)

Los dias siguientes, orina mas abundante y clara; respiracion mas libre; disminucion de la hidropesia.

El 5 de marzo se agravó el estado del enfermo sin causa conocida: la mano derecha se hincho por la primera vez; la dificultad de la respiracion hizo imposible el decúbito horizontal, y el enfermo estuvo en su cama casi sentado. El pulso era muy pequeño y de una notable irregularidad; la diarrea persistió sin dolor. (*Otros dos vejigatorios á los muslos.*)

Los cinco dias siguientes no estuvo peor el enfermo ni ofreció ningun sintoma nuevo: murió inopinadamente el 10 de marzo.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Las dos hojas del pericardio estaban fuertemente adheridas entre sí en toda su estension. Su medio de union consistia en capas membraniformes que tenian mas de una pulgada de grosor, y que envolvian al corazon imitando una especie de concha. Tenian estas capas membraniformes la solidez de la fibrina que ha permanecido largo tiempo en los sacos aneurismáticos, y tambien presentaban su color, pues eran descoloridas y blancas esteriormente, haciéndose sucesivamente mas rojas cuanto mas próximas se hallaban al corazon, hasta tomar el aspecto de la carne. El corazon se hallaba en su estado normal, asi como los vasos que acaban y nacen en él. Los pulmones presentaron las alteraciones de que hemos hablado ya, y que por lo mismo no deben ocuparnos ahora. La superficie interna del estómago estaba sembrada de puntos rojos. En toda la longitud del tubo intestinal se advertia inyectada la membrana mucosa, y en los intestinos gruesos inyectada y reblandecida. El higado y el bazo estaban llenos de sangre, asi como todas las venas abdominales. Antiguas adherencias celulares unian al higado y al diafragma. El encéfalo y sus dependencias presentaban una palidez que hacia contraste con la inyeccion general de los demas órganos. Los ventriculos no contenian mas que una cantidad escasa de serosidad.

¿Qué sintoma hubiera podido dar á reconocer en este en-

fermo la existencia de una pericarditis crónica? En el caso presente pareció principiarse la enfermedad de una manera oscura; ningun dolor, ningun estado agudo señaló su invasion. Por otra parte, el curso de la enfermedad, los síntomas que existian, y particularmente el modo de respiracion, la infiltracion de los miembros, la ascitis, y el estado intermitente del pulso, todo parecia anunciar una afeccion orgánica del corazon. A la verdad, ni la aplicacion de la mano sobre la region precordial, ni la auscultacion, descubrian otra cosa particular que la irregularidad en los latidos del referido órgano. Pero en lo sucesivo veremos que, por mas que se haya dicho, hay cierto número de casos de afecciones orgánicas del corazon, en las cuales ningun signo local revela su existencia. En el presente, sin embargo, no estaba enferma la sustancia del órgano; mas parece que este deberia hallarse como comprimido y limitado en sus movimientos, por la envoltura espesa y sólida que le rodeaba: de aqui, dificultad en la circulacion pulmonal, y por consiguiente disnea; de aqui tambien obstáculo al libre retorno de la sangre de las venas cavas, y como consecuencia inmediata la hidropesia. Asi, pues, todos los fenómenos que resultan de un aneurisma del corazon, fueron producidos en este caso por falsas membranas desarrolladas al rededor de aquel órgano.

#### X.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Sendas membranas muy gruesas al rededor del corazon. Hidropesia, frecuencia extrema de pulso. Pericarditis reconocida durante la vida.

Un hombre, poco mas ó menos de igual edad que el precedente, habia disfrutado siempre de buena salud, cuando en el mes de abril de 1825 sintió de repente palpitations violentas del corazon con disnea y calentura. Habiendo entrado primeramente en el Hotel-Dieu, salas de M. Husson, se le hicieron muchas sangrias, y bajo la influencia del tratamiento prescrito por este respetable y sabio práctico, cesaron las palpitations, la dificultad de la respiracion disminuyó notablemente, y hallándose el enfermo muy aliviado, quiso dejar el hospital, á pesar de los consejos del médico que no le consideraba curado. Tal fue la relacion que nos hizo este sugeto cuando entró en la Caridad, algun tiempo despues de su salida del Hotel-Dieu. Entonces no sentia palpitations; podia echarse de todas maneras; la mano y el oido, aplicados sobre la region precordial, no daban á conocer otra cosa mas que una extraordinaria frecuencia de los latidos del corazon. El ruido respiratorio se oia generalmente con fuerza y claridad. El pulso, regular y con una fuerza ordinaria, latia mas de ciento cuarenta veces por minuto; la temperatura de la piel no estaba aumentada, ni habia fiebre, propiamente hablando. Las estremidades inferiores presentaban un principio de infiltracion. Las vias digestivas y los restantes órganos, ningun trastorno notable ofrecian en sus funciones.

El fenómeno morboso mas sobresaliente que se advertia en este sugeto, era la suma frecuencia del pulso. Este signo, junto con la consideracion del curso de la enfermedad y de los restantes sintomas, nos condujo á sospechar la existencia de una pericarditis, aunque jamás hubiese habido dolor en la region precordial. Las emisiones sanguineas no parecian indicadas ya: M. Lermier prescribió la aplicacion de *vejigatorios á las piernas*, *la tisana de grama nitrada y cuatro granos de polvo de digital divididos en dos pildoras*. Los dias siguientes se aumentó con rapidez la dosis de digital, llegando á administrarse hasta doce granos en veinticuatro horas: la frecuencia del pulso no disminuyó por esto, ni tampoco se aumentó la secrecion de la orina, pero sobrevinieron vómitos que obligaron á suspender el uso de dicha planta.

Entretanto la infiltracion de los miembros inferiores iba en aumento, y no tardó mucho el abdomen en principiar á abultarse. (*Fumigaciones de bayas de enebro; fricciones en los miembros con partes iguales de vino escilítico y de tintura de digital.*) Mas tarde la cara se infiltró á su vez; la respiracion, libre hasta entonces, se hizo difícil, y la voz del enfermo era anhelosa como en las afecciones orgánicas del corazon; la frecuencia del pulso continuaba en el mismo grado; la ascitis cada vez era mas evidente. En tal estado se hallaba el enfermo, cuando un dia, percutiendo el torax, nos convencimos de la existencia de un sonido muy macizo en toda la parte posterior del lado izquierdo del pecho y de falta completa de ruido respiratorio en la misma estension, sin que por otra parte estuviese modificada la resonancia de la voz. Parecia, pues, que en el espacio de algunos dias, sin dolor ni cambio notable en el estado del enfermo, habia venido á verificarse un derrame en la pleura izquierda. Desde este momento fueron declinando rápidamente las fuerzas del enfermo; sus facciones se alteraron cada vez mas; sobrevino en fin una abundante diarrea, y aconteció la muerte algunos dias despues de la aparicion de esta última complicacion.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Adherencia de las dos hojas del pericardio; falsas membranas alrededor del corazon, que, como en el caso precedente, formaban una cubierta de mas de una pulgada de grosor; en medio de estas falsas membranas habia pequeñas masas blanquecinas de forma irregular: las unas todavia líquidas se parecian al pus; las otras mas sólidas y fáciles de desmenuzar, tenian un aspecto semejante á los tubérculos. El corazon se hallaba exento de toda lesion. La pleura izquierda estaba llena de un liquido sero-purulento. Las pleuras costal y pulmonar del lado derecho se presentaban unidas por pseudo-membranas, que contenian numerosos tubérculos parecidos á los del pericardio. Serosidad abundante derramada en el peritoneo: placas rojas bastante numerosas en la superficie interna del ciego y de las tres porciones del colon.

Debén considerarse en esta enfermedad dos distintos periodos. En su principio, no produjo otros fenómenos la inflamacion del pericardio que los que resultan de la irritacion simpática del corazon; de aqui las palpitations violentas y la disnea. Así, pues, hay cierto número de palpitations

que pueden reconocer por causa una afeccion del pericardio, aunque haya falta completa de dolor. Mas tarde, y bajo la influencia de un tratamiento anti-flogistico bien dirigido, perdió la pericarditis su estado de agudeza; entonces cesaron las palpitaciones y se hizo mas libre la respiracion. Pero la enfermedad no habia desaparecido, lo que hizo fue pasar al estado crónico, y entonces empezó el segundo periodo. De la condensacion mas y mas grande de las pseudo-membranas, segregadas en el saco del pericardio, resultó la formacion de una especie de cubierta, que parecia oponerse á la libertad de los movimientos del corazon; de aqui la aparicion de muchos de los sintomas que caracterizan el aneurisma de este órgano. En cuanto á los sintomas locales, eran nulos; la auscultacion no suministró mas que datos negativos. Pero se observó al mismo tiempo, y de una manera constante, un fenómeno notable: la estrema frecuencia del pulso, que no disminuia con el uso de la digital. La pleuresia izquierda, que se manifestó en los últimos tiempos, presentó lo mismo que la pericarditis, absoluta carencia de dolor, y parece no produjo otra cosa mas que un aumento de postracion: esta llegó por fin al mas alto grado á consecuencia de la invasion de una colitis, que si bien hubiera tenido poco valor en otras circunstancias, pareció ser aqui la causa que arrastró al enfermo al sepulcro.

Comparando ahora este enfermo con el que forma el objeto de la observacion IX, hallarémos como relaciones de semejanza, 1.º, una alteracion del pericardio; 2.º, un estado igual de infiltracion, y otros síntomas que caracterizan ordinariamente una afeccion orgánica del corazon. Pero el principio de las dos enfermedades no es parecido: en la última hay un periodo agudo que falta completamente en la observacion IX. En el sujeto que sirve de objeto á esta, se aproximaba mas el pulso al que es propio de las enfermedades del corazon; era irregular é intermitente. En el que forma la observacion X, ofreció el pulso una frecuencia que no pertenece casi á las afecciones del corazon, y que nos condujo á reconocer una pericarditis. Ahora bien: ¿por qué siendo en ambos individuos igual la lesion del pericardio, han diferido tanto las pulsaciones arteriales? Esto seria lo mismo que preguntar por qué entre dos sujetos, cuyas meninges se hallan inflamadas en un mismo grado y en un mismo punto, se observa que el uno cae en un estado comatoso, mientras que el otro se halla agitado por convulsiones. En fin, la muerte, en el que sirve de objeto á la IX observacion, parece fue debida á la afeccion misma del pericardio, mientras que en el de la observacion X fue principal-

mente efecto de la doble inflamacion intercurrente de la pleura izquierda, y del intestino grueso.

5. Acabamos de ver dos casos en que la pericarditis crónica ha dado lugar á síntomas que simulaban los de una afeccion orgánica del corazon. Pero con frecuencia puede existir tambien la pericarditis sin producir ni estos síntomas, ni otro alguno; de suerte que durante la vida nada conduzca á sospechar la existencia de una afeccion del corazon ó de sus dependencias, y que solamente se la reconozca despues de la muerte. Otro tanto acontece algunas veces, cuando se han desarrollado producciones accidentales en el pericardio. Un lapidario, de edad de 33 años, cuya historia referiremos en otro lugar con mas detalles, sucumbió á una hepatitis crónica con inflamacion del peritóneo. Durante la vida no se habia reconocido ningun síntoma morboso por parte del torax: la respiracion habia parecido constantemente libre, y los latidos del corazon en su estado normal. Hallamos sin embargo la pared esterna del ventrículo derecho, cubierta desde su punta hasta cerca de la union de este ventrículo con la aurícula, por un tumor irregularmente redondeado, del tamaño de un huevo grande de gallina, interpuesto entre la sustancia propia del corazon, que estaba intacta, y la hoja visceral del pericardio, levantada por él. Componíase este tumor de un tegido blanquecino, duro, atravesado por algunos vasos, sin ninguna apariciencia de fibras (materia encefaloidea en su estado de crudeza). El corazon y el pericardio no presentaban otra lesion.

Las observaciones de pericarditis aguda ó crónica que hemos referido, son todas relativas á casos en que la inflamacion de la cubierta del corazon era general. Pero hay asimismo otros en que la pericarditis es parcial, y no ocupa mas que un espacio de algunas líneas. Entonces no es una enfermedad grave, y acontece con frecuencia que los sujetos atacados de ella no hacen cama siquiera. Los vestigios de estas pericarditis parciales que se hallan en los cadáveres son, ó ya manchas blancas circunscritas que ocupan algunos puntos de una ú otra cara del corazon, ó ya bridas celulosas que se estienden de una de las hojas del pericardio á la otra: estas adherencias son parciales, y se manifiestan con mas frecuencia hácia la punta del corazon. Tales flegmasias circunscritas del pericardio nos parecen ser causa, sino siempre, á lo menos muchas veces, de esos dolores mas ó menos vivos que experimentan algunos en la region precordial. Hemos conocido personas que durante un espacio de tiempo mas ó menos largo estuvieron atormentadas por dolores de esta naturaleza, sin que experimentasen otra inco-

modidad. Muchas sufrían, sin embargo, palpitaciones que aparecían principalmente cuando se exasperaba el dolor. Es necesario reconocer también que más de una vez se han encontrado en el pericardio las alteraciones que acabamos de mencionar, aunque durante la vida no hubiese existido en la región cardíaca dolor notable por su intensidad ó por su duración. Sucede otro tanto que en los individuos cuya pleura presenta numerosas adherencias; unos han padecido en distintas épocas de su vida dolores más ó menos intensos en diversos puntos de las paredes torácicas, y otros nunca los han experimentado.

## SECCION SEGUNDA.

### OBSERVACIONES SOBRE LAS ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA CARNOSA DEL CORAZON Y DE SU MEMBRANA INTERNA.

6. Bajo este título comprendemos diferentes alteraciones de textura, de las cuales resulta una desproporción en la capacidad de las cuatro cavidades del corazón, sea entre sí, sea con relación al diámetro de los vasos que terminan en este órgano, ó de él toman origen. Estas alteraciones son numerosas, y pueden dividirse en tres clases. Hay en la primera disminución de capacidad de una sola ó de muchas cavidades; en la segunda, al contrario, se halla aumentada su capacidad, pudiendo en ambas encontrarse las paredes de las cavidades, ó más espesas ó más delgadas que en el estado normal, y por consiguiente ser su contracción ó más enérgica ó más débil. Últimamente, en la tercera clase no se observa otro cambio que un aumento en el espesor de las paredes de las cavidades, conservándose el diámetro de estas sin variación alguna. De estos modos diversos de alteración y de su sitio en tal ó cual parte del corazón, resultan diferentes grupos de síntomas que, hecha abstracción de los locales producidos por las contracciones insólitas del órgano, pueden referirse á la modificación que experimentan: 1.º la circulación pulmonal, sea arterial ó venosa: 2.º la circulación venosa y general; y 3.º la circulación aórtica.

Antes de proceder á señalar los síntomas que se manifiestan durante el curso de las enfermedades orgánicas del corazón, vamos á hablar de los síntomas variados que indican su principio, y de las lesiones diferentes que estos síntomas anuncian. Supondremos conocida la anatomía patológica de estas alteraciones. En efecto, ¿qué pudiera decirse de nuevo en la materia después de las excelentes descripciones que dieron antiguamente

Lancisi y Senac, de las que despues ha hecho Corvisart, y de las que recientemente han publicado, con tan rigorosa precision Laënnec, Bertin y Bouillaud?

## CAPITULO I.

### LESIONES QUE EXISTEN AL PRINCIPIO DE LAS ENFERMEDADES DEL CORAZON. — SINTOMAS DE ESTAS LESIONES.

7. Cierta número de hipertroffias de las paredes del corazon, con ó sin modificacion en el calibre de sus cavidades, nos parece reconocen por causa una inflamacion aguda ó crónica, sea del pericardio, sea de la membrana interna del corazon, sea en fin de la aorta. He aquí el resultado de nuestras observaciones en este punto.

8. Algunos individuos que siempre han gozado de una salud escelente, que no han presentado en particular ningun sintoma que pueda hacer sospechar la futura existencia de una enfermedad del corazon, se sienten acometidos repentinamente de un dolor vivo, dislacerante en la region precordial; sufren violentas palpitaciones; su respiracion se hace dificil; caen en una postracion súbita, y tienen que estar en cama durante algunos dias: despues estos graves sintomas disminuyen; el dolor desaparece; la respiracion se hace mas libre, y las fuerzas oprimidas se manifiestan de nuevo. Sin embargo, tales sugetos no recobran por completo su primer estado de salud; tienen habitualmente un poco de disnea que cada vez va aumentándose mas; experimentan con frecuencia palpitaciones del corazon, precedidas muchas veces, ó acompañadas de nueva aparicion del dolor precordial. Si dan una larga carrera, si permanecen mucho tiempo de pie, se les infiltran con facilidad los tobillos. Estos diversos sintomas van haciéndose mas y mas intensos, hasta que por fin llega á ser manifiesta la existencia de un aneurisma.

¿Cómo interpretaremos esta sucesion de sintomas? ¿A qué causa orgánica referiremos el principio repentino de la enfermedad? Seguramente no puede haber nada mas parecido á una pericarditis que el conjunto de los sintomas que acompañan á este principio. Es asi que en cuantas partes se hallan los músculos de la vida orgánica en contacto con una membrana inflamada (sea mucosa ó serosa) adquieren una notable tendencia á nutrirse de un modo mas activo, á hipertrofiarse, como se observa muy claramente respecto de la túnica carnosa del estómago, de los intestinos y de la vegiga en los casos de inflamacion crónica

de su membrana mucosa ; luego por analogía debe admitirse, que la inflamacion de la membrana que rodea el corazon determina sobre este músculo un efecto semejante. Sea , pues , que la pericarditis , primitivamente aguda , haya pasado al estado crónico ; sea que , auaque completamente resuelta , haya impreso sin embargo á la nutricion del corazon una actividad extraordinaria , las paredes de este órgano deben tender á hipertrofiarse ; y si algo puede causarnos admiracion es el no hallar constantemente aumentado su grosor á consecuencia de todas las pericarditis.

Un hombre de mediana edad se hallaba sujeto mucho tiempo hacia á dolores reumáticos , notables por su grande movilidad. Repentinamente desaparecieron los que padecía en los lomos , y en otras diferentes partes de los miembros , y al mismo tiempo se manifestó en la region del corazon un dolor terrible , acompañado de otros síntomas enumerados ya en el precedente párrafo. Algunos meses despues entró en la Caridad , y nos presentó todos los signos característicos de una hipertrofia general del corazon , con dilatacion de sus cavidades. Sucumbió por fin , y fué hallada en el corazon la lesion que de antemano se habia anunciado : los orificios estaban libres , pero *algunas adherencias celulosas unian entre sí las dos hojas del pericardio.*

9. Si una pericarditis puede servir , por decirlo asi , de punto de partida á cierto número de afecciones orgánicas del corazon (y este hecho nos parece incontestable) , nos hallaremos inclinados á admitir que otras hipertrofias del mismo órgano reconocen por causa primera una inflamacion de la membrana que tapiza la superficie interna de los ventrículos y de las aurículas y que de estas cavidades se estiende , ya á las arterias , ya á las venas. Los hechos siguientes nos conducen á pensar que esta asercion no es una simple congetura.

En muchos enfermos que padecian por largo tiempo de diferentes afecciones orgánicas del corazon , cuyos síntomas eran bien manifiestos , hemos visto sobrevenir de repente accidentes bastante notables : los latidos del corazon se hacian súbitamente mucho mas tumultuosos que de ordinario ; el pulso sufría al mismo tiempo diversas modificaciones , siendo pequeño é irregular unas veces , duro , vibratil , y menos irregular otras. La respiracion se ejecutaba con suma dificultad , llegando la ansiedad general al mas alto grado , y en la region precordial se presentaba algunas veces un dolor mas ó menos vivo. En unos desaparecian estos síntomas despues de haber durado muchos dias ; pero en otros se agravaban cada vez mas , y ocasionaban por fin la muerte. En este último caso , encontrábamos , cuando

se abria el cadáver, vestigios de inflamacion en la superficie interna de las cavidades del corazon y de los grandes vasos. Se conocia esta inflamacion: 1.º por la rubicundez mas ó menos viva de la citada superficie interna: 2.º por un abultamiento, una tumefaccion muy manifiesta de las partes de la membrana interna que constituyen las diferentes válvulas de los orificios auriculo-ventriculares y arteriales: 3.º por la facilidad con que algunas veces separábamos estensos pedazos de esta misma membrana en lo interior de las cavidades del corazon: 4.º en algunos casos, por un reblandecimiento notable, una extraordinaria friabilidad de la sustancia carnosa, que estaba muy roja, inyectada de sangre, y participaba indudablemente de la inflamacion de la membrana interna.

De estos diversos caractéres de la inflamacion solo el primero puede ponerse en duda. En efecto, hemos probado ya en otro lugar que la rubicundez de la superficie interna del corazon y de los vasos no es muchas veces otra cosa mas que un fenómeno puramente cadavérico (1); pero aquí le acompañaban otros caractéres anatómicos de la inflamacion, y no podemos negarnos á admitir la existencia de esta.

La inflamacion aguda de la superficie interna del corazon y de los vasos, parece, pues, ser la causa á que pueden referirse, cuando menos en cierto número de casos, los síntomas arriba mencionados. Luego, siéndo precisamente estos síntomas los que se manifiestan en algunos individuos al principio de la afeccion orgánica del corazon; es licito concluir lo que *á priori* pudiera haber sido admitido, á saber, que bajo la influencia de una carditis interna, puede hipertrofiarse la sustancia carnosa, consecutiva ó simultáneamente irritada, ni mas ni menos que la túnica muscular del estómago se engruesa á consecuencia de una gastritis. Pero esta hipertrofia del corazon no depende únicamente de la irritacion que á su sustancia carnosa ha sido comunicada por la flegmasia de la membrana interna. Porque si esta última flegmasia pasa al estado crónico, la membrana en que reside se engruesa mas y mas, principalmente en los sitios donde se dobla para constituir las válvulas de los diferentes orificios del corazon; por ser una especie de ley en patologia que la circunferencia de los orificios de comunicacion de las diferentes cavidades del cuerpo, padezca las flegmasias crónicas con mayor intensidad que los restantes puntos de estas cavidades. En tal caso se hallan el piloro, el punto de union del ileon y del

---

(1) Véase *Clinica médica*, tomo I, y *Precis d' anatomie pathologique*,

ciego, el cuello de la vegiga, etc. Y no solamente se engruesa esta membrana, sino que ademas suele ser sitio de vegetaciones y degeneraciones diferentes. Ademas las porciones de tegido fibrinoso que cubre se engruesan igualmente; y en aquel sitio, como en todo otro que es atacado de inflamacion, tiene tendencia este tegido á pasar al estado cartilaginoso ú oseo. Ahora bien, estas diversas alteraciones producen el efecto comun de angostar los diferentes orificios del corazon, oponerse al libre juego de las válvulas, y dificultar por consiguiente el curso de la sangre; de aquí se origina, como viene ya indicado, un esfuerzo mayor de los hacecillos musculares del corazon, y por consecuencia de este exceso de accion, una nutricion mas activa, la hipertrofia.

La inflamacion de la membrana interna del corazon puede, como toda flegmasia, afectar desde su principio un curso crónico; entonces no es por lo comun fácil apreciar la época en que principia, y solo se manifiesta su existencia por la hipertrofia del órgano, á la cual dá origen. Pero el curso diferente de una enfermedad no cambia su naturaleza: bien sea que las diversas alteraciones de la membrana interna del corazon hayan ido precedidas por sintomas inflamatorios manifiestos, bien que estos permanecieren latentes, su causa, su primitivo origen, no debe, en nuestro concepto, considerarse diferente. Tampoco se miran como de diversa naturaleza dos derrames pleuríticos, porque uno de ellos haya ido precedido ó acompañado de dolor, de disnea y de fiebre, mientras que el otro haya permanecido indolente y sin causar ningun trastorno notable en la respiracion ni en la circulacion; tampoco dejan de ser una misma enfermedad la gastritis agudísima, determinada por los venenos corrosivos, y la producida lentamente por el abuso diario de los licores alcohólicos, aun cuando sean como son tan diversos sus sintomas respectivos.

Si, por otra parte, dejando á un lado el exámen de los sintomas, nos limitamos á la simple inspeccion anatómica, hallaremos aun nuevas pruebas en favor de nuestra opinion. En efecto, el angostamiento de los diferentes orificios del corazon es causado frecuentemente por la presencia en las válvulas, de fungosidades, de vegetaciones rojas ó grises, duras ó blandas, que tienen una perfecta semejanza con aquellas que en otros órganos provienen indudablemente de un trabajo inflamatorio. Ademas, al mismo tiempo que por debajo de la membrana que constituye las válvulas, existen producciones cartilaginosas ú oseas, la membrana misma se halla frecuentemente roja, lívida, friable y engrosada; tambien suelen advertirse otros muchos puntos del resto de

la membrana engrosados en forma de placas ó manchas blancas, que se hallan esparcidas en la superficie interna de las cavidades del corazon, y por fin, pero esto es menos frecuente, se encuentran á veces en el mismo tegido ulceraciones de forma y tamaño muy variables. Entre otros casos recordamos el de una mujer cuyas válvulas aórticas estaban como cubiertas por un tumor fungoso, parecido por su disposición mamelonada á ciertas vejetaciones sifilíticas de la márgen del ano, designadas comunmente con el nombre de *frambesiae*; un grande número de pilares carnosos del ventrículo izquierdo estaban sembrados de ulcerillas redondeadas, cuyo fondo dejaba ver descubierta la sustancia carnosa, roja y reblandecida. En este caso el reblandecimiento estaba limitado á la superficie del fondo de la úlcera, pero otras veces le hemos hallado mas profundo, invadiendo todo el espesor de la pared, aunque solamente en la estension que ocupaba la ulceracion de la membrana interna. Tal era en una ocasion este reblandecimiento que una ligera presion ejercida con el dedo hacia que este atravesara la pared de parte á parte. No dudamos que á un reblandecimiento semejante unido á una ulceracion interna sean debidas cierto número de roturas del corazon. Y ¿quién no encuentra una perfecta analogía entre este género de perforacion y las que sobrevienen en otras paredes músculo-membranosas?

Asi pues, un número crecido de angostamientos de los diferentes orificios del corazon, producidos bien sea por vejetaciones que cubran la membrana, bien por concreciones cartilaginosas ú oseas que la levanten, son efecto de una inflamacion aguda ó crónica de la membrana que tapiza las cavidades del corazon.

Esta inflamacion parece ser la causa primitiva de muchos aneurismas de aquel órgano, ya determinando simplemente una irritacion de su sustancia, ya produciendo estrecheces en sus orificios y alterando de tal manera la textura de las válvulas que dificulta sus movimientos.

10. En ciertos casos de aneurisma del corazon, se hallan libres sus orificios, y ningun vestigio de inflamacion antigua ni reciente se observa en la superficie interna de sus diferentes cavidades, como tampoco en su cubierta exterior. Pero la aorta se encuentra mas ó menos alterada; su superficie interna ha perdido la blancura y brillo que la caracterizan en el estado sano; y presenta diferentes grados de coloracion roja, bien en forma de placas, bien en la de fajas irregulares. Producciones variadas existen entre las membranas media ó interna, y levantan mas ó menos esta última, ocasionando á veces su destruccion.

Entre estas producciones se halla verdadero pus, ora líquido ora mas ó menos concreto, constituyendo pequeños abscesos por debajo de la túnica interna. En lugar de tales focos purulentos, se encuentran con frecuencia depósitos de una materia cretacea, terrea, que se hace cada vez mas sólida, llegando á tomar el aspecto de una concreción osea; en otros puntos se forman cartilagos mas ó menos perfectos; finalmente, suelen tambien observarse verdaderas vegetaciones, especies de hongos que no es raro presenten muchos caracteres del tegido encefaloideo. La existencia de una ú otra de estas últimas alteraciones, coincide muy amenudo con ulceraciones numerosas que principiando por la membrana interna, se estienden mas ó menos á las membranas subyacentes que constituyen el fondo. Aquí, como en el corazon, la inflamacion de la membrana interna deja rara vez intacta la membrana fibrosa subyacente que corresponde al tegido carnoso del órgano; unas veces se reblandece esta membrana tornándose muy friable; otras pierde la elasticidad que constituye su propiedad característica; otras, en fin, á semejanza de la sustancia muscular del corazon, se hipertrofia notablemente y al mismo tiempo la cavidad de la arteria aumenta muchas veces de calibre. De la frecuente coincidencia de estas diversas alteraciones de la aorta con los diferentes grados de hipertrofias del corazon debe inferirse que contribuyen las unas á la produccion de las otras.

Creemos poder deducir de estos hechos las consecuencias siguientes:

1.º Un número crecido de angostamientos de los diferentes orificios del corazon reconocen por causa una inflamacion aguda ó crónica de la membrana que tapiza las cavidades de este órgano.

2.º Esta inflamacion es el origen, la causa primera, de muchos aneurismas del corazon.

3.º Un crecido número de producciones cartilaginosas y oseas de la aorta, y muchas de las alteraciones que sufre su membrana media, ya en la textura, ya en las propiedades, son resultados de una arteritis.

4.º Estas diferentes lesiones de la aorta parecen desempeñar un principal papel en la produccion de los aneurismas del corazon.

11. Ahora rogamos al lector no estienda nuestra opinion mas allá de los límites en que nosotros mismos la circunscribimos. Acabamos de sentar que un trabajo inflamatorio es la causa frecuente de las osificaciones de la membrana interna del corazon y de las arterias. Esta opinion, emitida ya por re-

comendables autores, hallaria ademas una nueva demostracion en la analogia de lo que acontece en otros órganos, donde una flegmasia indudable precede muchas veces á la osificacion accidental. Pero no hemos dicho que otro tanto se verifique en todas las osificaciones; creemos que de tal manera puede modificarse en la vejez la nutricion de muchos tegidos fibrosos y cartilagosos, que, sin aumento de congestion sanguinea, se endurezcan y osifiquen; y creemos tambien que, asi como los cartilagos de las costillas y de la laringe pasan, en virtud de los progresos de la edad, al estado oseó, asi pueden formarse depósitos de fosfato calcáreo en lo interior del corazon y de las arterias, sin que preceda ninguna irritacion. Mas todavia, en los ancianos puede el fosfato calcáreo depositarse abundantemente al rededor de los orificios del corazon y en la aorta, sin que por eso resulte las mas veces ninguno de los síntomas que caracterizan por lo comun las afecciones de aquel órgano. En una mujer, entre otros casos, de edad de 73 años, observamos las válvulas aórticas de tal modo rodeadas de fosfato calcáreo, que dos de ellas se hallaban inmóviles sin poderse deprimir, resultando de aqui una estrechez extraordinaria del orificio aórtico. Otras incrustaciones habia en la base de la válvula mitral, y era de notar asimismo una hipertrofia de las paredes del ventrículo izquierdo del corazon con dilatacion de su cavidad. El pulso de esta mujer era sumamente irregular: su respiracion no habia sido nunca dificil ni jamás habia presentado la menor apariencia de hidropesia. Parece que en los individuos de edad muy adelantada la lentitud mayor de la circulacion, y tal vez la menor cantidad de sangre, hacen menos peligrosos los obstáculos que se oponen en el corazon á la libre salida de este líquido. Lo que á lo menos no admite duda es que muchos viejos presentan durante largos años, un pulso irregular, sin experimentar por otra parte, ni disnea, ni hidropesia. Sin embargo, en el mayor número de ellos, llega por fin una época en que su respiracion se dificulta, se les infiltran las piernas y mueren hidrópicos. Ahora bien: ¿son debidos estos accidentes á los progresos que hace la osificacion de los orificios, ó dependen de que perdiendo el corazon cada vez mas su energia, carece al fin de contracciones bastante fuertes para superar el obstáculo que se opone á la libre salida de la sangre, resultando de aqui la estancacion de esta en las cavidades del corazon, y por consecuencia la disnea y la anasarca?

¿Se objetará á esta última opinion que ese corazon á quien rehusamos bastante fuerza para impeler la sangre, se halla sin embargo hipertrofiado? Pero entonces podria replicarse que el

grosor de un músculo no es la condicion única de su energia. Siendo, pues, exacta esta manera de ver, se concibe que debe inducir notables modificaciones en el tratamiento de las enfermedades del corazon de los ancianos: las sangrias no deberán practicarse, en mas de un caso, sino como medio mecánico de disipar la ingurgitacion del sistema vascular; pero muy abundantes ó muy repetidas pudieran llegar á ser esencialmente nocivas, mientras que una medicacion estimulante, sea interior ó esteriormente, proporcionará tal vez alguna ventaja.

Mas es necesario tener entendido que las osificaciones vasculares no solo se hallan en los viejos: con mucha frecuencia las hemos observado desde la edad de 40 á 60 años, amenudo han aparecido tambien en sugetos de 25 á 40 años, y una vez, en fin, hemos probado la existencia de un estado de osificacion muy notable en el corazon de un jóven que todavia no habia cumplido 18 años cuando sucumbió. El corazon de este jóven tenia un volúmen por lo menos tres veces mayor que el de su puño: las dos hojas del pericardio estaban unidas intimamente, pero solo en la estension de los ventriculos: las paredes del ventrículo izquierdo se hallaban sumamente hipertrofiadas y su cavidad dilatada de un modo prodigioso; las paredes de la aricula izquierda estaban manifiestamente engrosadas: dos válvulas aórticas aparecieron osificadas en su base: de la superficie auricular de la válvula mitral se elevaba un tumor duro, desigual, mamelonado, formado por la reunion de muchas concreciones calcáreas, algunas de las cuales no estaban cubiertas por ninguna membrana. Este tumor, que salia tres ó cuatro líneas por cima de la superficie de la válvula, ocupaba casi la tercera parte de su estension en anchura, se prolongaba desde el origen de los tendones hasta la base de la válvula; y penetraba de cuatro á cinco líneas en la sustancia misma del corazon. Un poco mas abajo, en el espesor del tabique de los ventriculos, existia, enteramente aislada de la precedente, otra concrecion del volúmen de una avellana gorda. La aorta estaba exenta de toda alteracion, como tambien el lado derecho del corazon.

Muchas de las vegetaciones que cubren las válvulas de este órgano pueden todavia tener un origen diferente del que acabamos de indicar; en algunos casos están realmente constituidas por sangre coagulada que se adhiere con mayor ó menor intimidad á la membrana subyacente. Estos coagulos de sangre se presentan bajo la forma de unos tumores pequeños, de figura irregular; su color varía en razon de la mezcla ó de la separacion mas ó menos completa de la fibrina y de la materia colorante de la sangre; muchas veces son del todo semejantes á

los coagulos antiguos que obstruyen las venas y que por lo comun adhieren íntimamente á las paredes de estas. No estamos muy distantes de creer que en algunos casos adquieren estos coagulos sanguíneos, estas especies de polipos, los caracteres de una verdadera organizacion y acaban por unirse, mediante una comunicacion vascular, á la membrana, que solo cubrian al principio. En tales coagulos se hallan en efecto, los elementos mismos que en las falsas membranas llegan á convertirse en tegido organizado. Como quiera que sea, pueden adquirir bastante volúmen para angostar de un modo notable el orificio á cuyo rededor se encuentran. Algunas veces han sido el único obstáculo que hemos observado en el orificio aórtico, coexistiendo con la hipertrofia de las paredes del ventrículo izquierdo. Asi pues, en el centro mismo de la circulacion pueden formarse concreciones sanguíneas durante la vida, del mismo modo que acontece en las cavidades de las venas, y estas concreciones pueden asimismo adquirir diferentes grados de organizacion.

Comprobada la existencia de tales concreciones, puede preguntarse, ¿cuáles son las causas que favorecen su formacion? ¿será necesario buscarlas en la manera de contraerse el corazon, ó en una disposicion particular de la sangre, que en ciertos estados de la economía ofrece una tendencia notable á coagularse, asi como, por el contrario, tiende otras veces á permanecer líquida? Hay casos, por ejemplo, en que la sangre que sale por la abertura de una vena, se reúne con tanta rapidéz en coágulo, que se la vé solidificarse en los bordes mismos de la abertura, resultando de aqui un obstáculo á la salida del líquido. Otras veces sucede lo contrario, siendo en un todo idénticas las demas circunstancias; por mas que se comprime sobre la abertura de la vena, la sangre no se coagula, sigue corriendo, y suele detenerse con mucha dificultad. Si llegáran á ser bien conocidos y apreciados estos hechos, nos restaria solamente averiguar si puede la terapéutica suministrarnos medios adecuados para aumentar ó disminuir la tendencia de la sangre á la coagulacion.

12. Las diferentes alteraciones orgánicas que acabamos de examinar, no son las únicas que preceden al aneurisma del corazon, y que pueden considerarse como favorables á su produccion. Los dos vasos arteriales á quienes el corazon envia la sangre, y los orificios de comunicacion de estas arterias y de aquel órgano, pueden hallarse mas reducidos que en su estado normal, sin que haya al mismo tiempo ninguna alteracion de textura. Unas veces es congénita esta estrechez, al paso que

otras es adquirida, como acontece, por ejemplo, cuando la aorta no se desarrolla en proporcion del corazon. Dos veces hemos visto tan reducido el orificio ventricular de la aorta, que no se podia introducir por él el dedo pequeño, é inmediatamente por debajo presentaba ya la arteria su calibre acostumbrado. Esta estrechez no era causada por ninguna produccion accidental, por ningun engrosamiento apreciable de los diferentes tegidos que constituyen la circunferencia del orificio aórtico. Las cuatro cavidades del corazon estaban notablemente dilatadas, é hipertrofiadas las paredes de ambos ventriculos. Uno de los dos individuos en quienes se observó la alteracion que acaba de referirse, no habia dado noticias suficientes acerca del principio de su enfermedad; pero el otro, que no tenia todavia 30 años cuando falleció, nos dijo que desde su mas tierna infancia habia sido corto de aliento, y que desde los 10 años estaba sujeto á frecuentes palpitaciones, cuya violencia aumentó en la época de la pubertad, hasta el punto de ir muchas veces acompañadas de pérdida completa de conocimiento. Parece, pues, que en este enfermo la estrechez-estrordinaria del orificio aórtico del ventriculo izquierdo, era un vicio congénito de conformacion que habia producido poco á poco, y de un modo enteramente mecánico, la hipertrofia de las paredes del corazon y el aumento de sus cavidades. En este caso, por otra parte, solo existia el obstáculo al lado izquierdo, y sin embargo el corazon derecho participaba igualmente de la enfermedad.

En otros tres individuos estaba la aorta muy estrecha en toda su estension, y el corazon presentaba con corta diferencia el mismo modo de alteracion que en los otros dos enfermos que solo tenian angostamiento en el orificio aórtico.

---

El primero de estos tres sujetos tenia la edad de 55 años cuando fue sometido á nuestro exámen. Toda su vida, decia, habia tenido la respiracion muy corta, y cuando subia escaleras ó andaba un poco de prisa, espermentaba violentas palpitaciones. Sin embargo, hasta cerca de la edad de 40 años, gozó de buena salud: el *asma ligera* que padecia no le privaba de entregarse á sus ocupaciones; pero todo aquello que tendia á acelerar la circulacion, y particularmente la ingestion de licores alcohólicos en el estómago, aumentaba mucho la dificultad de respirar y renovaba las palpitaciones. Hacia la edad de 42 años fue atacado, sin causa conocida, de un vivo dolor en la region precordial, con mucha disnea y fiebre. Entonces hizo cama por la primera vez y se le practicó una sangria. El dolor fue de certa duracion; la disnea disminuyó; pero desde aquella época conservaba este hombre un estado valetudinario: la dificultad de la respiracion aumentaba poco á poco; los miembros inferiores principiaron á ponerse edematosos, y doce años despues sucumbió de una

afeccion que no es necesario indicar en este sitio. Hecha la abertura del cáver, se halló, 1.º el pericardio adherido al corazon en toda su estension; 2.º una dilatacion considerable de ambos ventriculos con mediana hipertrofia de sus paredes; 3.º un angostamiento muy notable de la aorta en toda su estension. La estremidad del dedo indice apenas podia penetrar en el orificio de comunicacion del corazon y la arteria; esta no tenia en toda su porcion torácica el calibre ordinario que presenta inmediatamente por cima de su bifurcacion mas abajo de la columna lumbar. Desde su paso al través del diafragma, hasta el nacimiento de las renales, apenas igualaba el volúmen comun de la carotida primitiva, y desde este último punto hasta su bifurcacion, era mas pequeña que de ordinario lo son las ilíacas.

La diversidad de los sintomas presentados de un modo sucesivo por este sugeto y el curso de su enfermedad, pueden esplicarse muy bien por la naturaleza de las lesiones: habia sentido disnea y palpitations desde su infancia, lo que se explica por la pequenez del calibre de la aorta, defecto que, tambien en este caso, parece ser congénito. Sin embargo, hasta despues de la edad de 42 años no se manifestaron signos bien pronunciados de aneurisma, y aun eso fue á consecuencia de la aparicion de un conjunto de sintomas que dependian probablemente de la invasion de una pericarditis, cuyos vestigios se presentaron despues de la muerte. Esta última inflamacion pareció ser la causa ocasional del desarrollo mas rápido del aneurisma en un individuo que se hallaba ya predispuesto á él por las condiciones orgánicas en que su aorta se encontraba.

Otro enfermo, de edad de 22 años, habia estado ocupado desde que tenia 12 en sacar agua de un pozo muy profundo, muchas veces al dia. Desde entonces principió á experimentar palpitations y sobrealiento. Sin embargo, los años siguientes continuó entregándose á ocupaciones muy penosas: hacia frecuentes viajes de Sévres á Paris, cargado de un haz pesado que subia á pisos muy altos. La opresion y las palpitations cada vez se hicieron mas fuertes, y le obligaron por último á suspender sus ocupaciones el 26 de diciembre de 1821. Entonces principió á toser. Entró en el Hotel-Dieu el 28 y se le hicieron muchas sangrias. Salió el 11 de enero de 1822 respirando ya con bastante facilidad, pero tosiendo todavia. Al volver á su casa sintió frio, y por la noche aparecieron de nuevo la disnea y las palpitations, mas fuertes que nunca. El siguiente dia 12 estaban las piernas y las manos edematosas. Sometido á nuestro exámen el 30 de enero, presentó el estado siguiente:

Ortopnea; palabra anhelosa; cara abotagada; labios violados; estremidades inferiores; paredes abdominales y manos edematosas. Los latidos del corazon se oían precipitados y con impulsion en la region precordial; tambien se les oía debajo de la clavícula derecha. Pulso frecuente, lleno, regular; calor

natural de la piel (*tisana de rusco con adición de miel escilitica; poción eléctrica, sinapismos, fumigaciones de bayas de enebro*). Los días siguientes aumento de la hidropesía, disnea cada vez mayor, ansiedad extrema; dolor en la región del corazón (*vejigatorios á los miembros inferiores*). Muerte el 4 de febrero.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El corazón tenía un volúmen triple de lo ordinario: las paredes de ambos ventrículos estaban muy engrosadas y aumentada su capacidad: el izquierdo podía contener un huevo de gallina. El interior del corazón y de los vasos gruesos conservaba su color acostumbrado; el origen de la aorta era tan estrecho que apenas podía admitir la extremidad del dedo índice: después se dilataba un poco hácia el cayado, y volvía por fin á estrecharse de nuevo hasta el punto de no exceder su diámetro de seis líneas. Hácia su bifurcación no cabía en ella el estremo del dedo pequeño. Las iliacas primitivas tenían el volúmen de la arteria femoral en su terminación. Una serosidad cetrina y abundante existía en el pericardio, en las dos pleuras y en el peritoneo. Hasta las paredes de la vejiguilla biliar se hallaban infiltradas. Infarto sanguíneo del hígado; inyección venosa del intestino delgado.

Dos causas parecen haber concurrido en este caso á la producción del aneurisma del corazón: la una, interna y congénita, consistía en la estrechez de la aorta; pero este defecto no hubiera tal vez obrado de modo alguno, ó lo hubiera hecho con mucha lentitud, á no haberse añadido desde la infancia en este sujeto otra concausa exterior. Y los ejercicios violentos á que se halló sometido desde la edad de 12 años no hubieran ejercido probablemente ninguna influencia fatal en cualquier otro individuo; pero como en él había una causa orgánica predisponente al aneurisma del corazón, esta causa debió producir sus efectos á consecuencia de la habitual aceleración que se comunicaba al movimiento circulatorio.

Solamente hemos visto la abertura del cadáver de otro tercer individuo en quien había asimismo coincidencia entre un estado de angostamiento extraordinario de la aorta en toda su extensión y una hipertrofia doble de los ventrículos del corazón, con dilatación de sus cavidades. Pero había en este caso una circunstancia anatómica digna de atención: las paredes de la porción torácica descendente de la aorta y de su porción abdominal se hallaban tan sumamente adelgazadas que habían venido á ser transparentes; fácilmente se las hubiera tomado por paredes de la vena cava; sin embargo, presentaban todavía bastante resistencia cuando se intentaba romperlas. La disección nos enseñó que este adelgazamiento notable de las paredes de la

aorta era principalmente debido á una verdadera atrofia de la túnica fibrosa, que parecía hallarse en gran parte reemplazada por un tejido celular denso, semejante á aquel que se encuentra en las paredes de las venas, en el sitio que las fibras longitudinales de su túnica media son poco pronunciadas. Asi, pues, en este caso la falta de desarrollo de la arteria no solo se manifestaba por la pequeñez de su calibre, sino tambien por una disminucion notable en el espesor de sus paredes. Esta observacion se hizo en el cadáver de una mujer que aparentaba tener la edad de 30 años.

Del mismo modo que la aorta, puede presentar la arteria pulmonar un angostamiento notable y coincidir este igualmente con un aneurisma del corazon. A la verdad no tenemos para fundar esta posibilidad mas que un solo hecho, y aun este incompleto, porque solo podemos dar los detalles de la abertura del cadáver. El corazon tenia un volúmen muy considerable, volúmen que dependia principalmente de la hipertrofia de ambos ventrículos, cuyas paredes eran sumamente gruesas. La aurícula presentaba tambien una hipertrofia indudable de sus paredes; habiéndola cortado no se aplanó como sucede en el estado natural por ser sus paredes mas delgadas y flojas. Nada habia notable ni en los diferentes orificios del corazon, ni en la aorta; pero la arteria pulmonar era muy pequeña, escediendo muy poco el volúmen de su tronco al de la carótida primitiva; sus dos divisiones eran todavia mas pequeñas á proporcion. El sugeto á quien se refiere esta observacion falleció en las salas de M. Lermnier durante el mes de marzo de 1820: era de edad de 27 años. Sucumbió muy poco tiempo despues de su entrada; por manera que no hubo tiempo de tomar noticias acerca de su estado anterior. Durante su corta permanencia presentó todos los síntomas ordinarios de las afecciones orgánicas del corazon.

Cuando tratemos del estado de este órgano en los tísicos, veremos hasta que punto puede una induracion del parenquima pulmonar, dificultar la circulacion por lo interior de los pulmones y causar un aneurisma del corazon.

Por otra parte, sea que el obstáculo al libre curso de la sangre exista en la aorta angostada, en el tronco de la arteria pulmonar, mas estrecho que lo ordinario, ó en los vasos de lo interior del pulmon, obstruidos ú obliterados, es necesario no olvidar que bajo la influencia de estas diferentes causas, pueden manifestarse durante largo tiempo palpitaciones y disnea, sin que todavia haya ningun cambio material en el espesor de las paredes del corazon ó en el calibre de sus cavidades; aun

cuando existe una tendencia continua á la produccion de este cambio, y, segun hemos observado ya, todas las causas morales ó físicas que determinan un trastorno cualquiera en la circulacion, apresuran entonces singularmente la produccion del aneurisma. Tampoco, á no ser que sobrevengan palpitaciones, dará á reconocer la aplicacion de la mano ó la del oido á la region precordial, nada de insólito en el corazon, mientras no haya todavia aneurisma, ni el pulso dejará de hallarse en su estado natural. Una mujer, de edad de 45 años, habia tenido toda su vida la respiracion algo corta, de modo que perdía el aliento cuando subia escaleras ó corria. Toda emocion moral, todo cuanto podia acelerar en ella el movimiento circulatorio, determinaba la disnea. A pesar de esto llegó á la edad de 39 años, sin que la disnea fuese bastante considerable para conceptuarla como estado morboso. Pero desde principios del verano de 1825 empezaron á sentirse palpitaciones acompañadas muchas veces de desmayos; la disnea se hizo mucho mas considerable; de cuando en cuando experimentaba la paciente dolores vivos en la region precordial, y otras veces como un frio glacial en la misma region. En octubre de 1825 entró en la Caridad: habia enflaquecido mucho desde unos cuantos meses antes, y nada anunciaba una lesion de las diferentes partes del aparato respiratorio. Ademas de esto, fuera del tiempo que duraban las palpitaciones, el corazon, explorado con el cilindro, parecia hallarse en sus condiciones fisiológicas bajo todos aspectos; el pulso era pequeño, pero regular y sin frecuencia, y ninguna señal de hidropesía se habia manifestado todavia. ¿Cuál era pues en esta mujer la causa de las palpitaciones, y sobre todo de la disnea á que se hallaba sujeta desde su infancia? Todo conducia á admitir la existencia de una afeccion del corazon; pero tal afeccion no presentaba signos locales en los intervalos de una palpitacion á otra. En atencion á semejante conjunto de hechos, sospechamos la existencia de una estrechez congénita de la aorta, la cual parecia haber llegado á la época en que principia el trastorno en la nutricion del corazon, trastorno probablemente consecutivo al vicio de conformacion de la aorta.

13. Llegamos por fin á aquellos casos en que, para explicar el prodromo de los aneurismas del corazon y el mecanismo de su produccion, no se encuentra ni estado inflamatorio agudo ó crónico del pericardio ó de la membrana interna del corazon, ni arteritis, ni existencia de vejitaciones, ó de incrustaciones en la circunferencia de los orificios, ni estrechez congénita, sea de las diferentes aberturas del corazon, sea de las arterias que nacen de él (aorta y pulmonar), ni dilatacion insólita de

estas mismas arterias, ni en fin obstruccion del sistema circulatorio pulmonar. Nadie duda que sin la existencia de ninguna de estas causas se vé algunas veces dilatarse ó reducirse las diversas cavidades del corazon, é hipertrofiarse ó adelgazarse sus paredes. Estas diferentes alteraciones de la textura de dicho órgano se esplican bien por un simple desarreglo de su nutricion, cuyo desarreglo puede ser poco menos que congénito, es decir, puede tener principio en la primera infancia. En tal caso se hallaba un tornero de edad de 50 años que decia ser corto de aliento desde que tenia 8 ó 10. A los 20 y á los 39 fué atacado de anasarca; pero fuera de estas épocas gozó siempre de buena salud hasta la edad de 49 años, en que habiendo hecho probablemente rápidos progresos la enfermedad del corazon, se aumentó la intensidad de la disnea, y apareció de nuevo la hidropesía. Cuando se sometió á nuestro exámen presentaba los signos característicos de una hipertrofia de los ventriculos, con dilatacion de sus cavidades. Abierto el cadáver hallamos muy voluminoso el corazon, y comprobamos la existencia de la especie de lesion que durante la vida habia sido anunciada; pero los diferentes orificios de aquel órgano estaban libres de todo obstáculo, la aorta no se separaba en nada de su estado natural, y los pulmones aparecieron sanos.

14. Los síntomas que en este artículo hemos visto constituir lo que pudiera llamarse el prodromo de las afecciones orgánicas del corazon, se disipan á veces despues de haber hecho temer durante muchos años la existencia actual ó futura de un aneurisma. Estos síntomas consisten particularmente en palpitations mas ó menos frecuentes, y en una dificultad mas ó menos intensa de la respiracion. Y en efecto, asi debia suceder, puesto que, segun hemos manifestado, tales síntomas existen á menudo, antes que haya todavía verdadera enfermedad orgánica del corazon. Asi, pues, podrán los referidos síntomas ser producidos: 1.º por una flegmasia del pericardio, ó de la membrana interna del corazon, que despues de haber durado mas ó menos tiempo, se termina felizmente, sin que la irritacion simpática impresa en aquel órgano haya sido bastante fuerte para persistir por sí sola y modificar su nutricion: 2.º por un estado pletórico, bajo cuya influencia se ha formado mas sangre en la economia, y como esta haya tenido que pasar por el centro circulatorio en grande copia y en un tiempo dado, ha necesitado el órgano un exceso de accion, y por consiguiente sufrido palpitations que desaparecen con el estado pletórico; aunque la persistencia de este, prolongando excesivamente la accion del corazon, puede por fin producir la hipertrofia, ni mas ni menos

que un músculo cualquiera aumenta de volúmen bajo la influencia de un ejercicio violento: 3.º pueden asimismo ser determinados estos síntomas por un vicio de la influencia nerviosa que haga latir al corazón con fuerza ó irregularidad, lo mismo que determina vómitos, ó provoca movimientos desordenados en los músculos de la vida de relacion.

Las palpitaciones llamadas nerviosas pueden manifestarse en condiciones muy diferentes de la economía. Asi es que se reputan como un síntoma del histerismo, y se manifiestan á veces súbitamente á consecuencia de una fuerte emocion moral. Nosotros hemos recogido la observacion de tres individuos que nunca habian presentado el menor signo de enfermedad del corazón hasta el momento en que recibiera una impresion violenta: desde entonces fueron acometidos de palpitaciones penosas, que no cesaron ya, y al cabo de cierto tiempo pudimos reconocer la existencia de una hipertrofia del corazón. Toda la enfermedad consistia al principio, en tales casos, en un trastorno del sistema nervioso, y esta lesion de la inervacion se transformó poco á poco en una de nutricion.

Tambien se manifiestan con frecuencia las palpitaciones en las muchachas cloróticas, y ciertamente es este uno de los casos en que con mayor facilidad pueden las palpitaciones ser consideradas como síntoma de una afeccion orgánica del corazón. Las enfermas tienen una disnea singular, que aumenta cuando suben cuestras ó escaleras; el menor ejercicio hace latir con violencia su corazón, y auscultándolas se oyen los latidos de este órgano en una estension considerable; algunas veces estos latidos rechazan con fuerza la oreja, y cada uno de ellos va acompañado de un ruido de fuelle sumamente perceptible. El diagnóstico es en tal caso tanto mas difícil, cuanto que la cara de las enfermas presenta esa palidez y abotagamiento que caracterizan, en su principio, á cierto número de enfermedades orgánicas del corazón. Sin embargo, despues de haber durado mas ó menos tiempo dichos accidentes, se les ve desaparecer, y enfermas que se habia creido destinadas á morir de un aneurisma del corazón, han recobrado su salud del modo mas completo. Las preparaciones ferruginosas, y especialmente el subcarbonato de hierro á dosis alta, producen escelentes efectos en tales circunstancias, y combatiendo con éxito la clorosis, se logra que desaparezcan las palpitaciones y la disnea, que no pasan de ser unos síntomas de aquella.

## CAPITULO II.

LESIONES DE ORGANOS Ó DE FUNCIONES QUE RESULTAN DEL TRASTORNO QUE SUFRE LA CIRCULACION ARTERIAL EN LOS CASOS DE ENFERMEDAD DEL CORAZON.

15. Pueden existir estas lesiones: 1.º en las arterias gruesas, de donde resultan diferentes modificaciones del pulso: 2.º en los capilares arteriales, de donde pueden provenir, ya simples congestiones sanguíneas activas, ya tambien hemorragias.

Tantas variedades ofrece el pulso en las enfermedades del corazon, que no se le puede conceder mas que una importancia secundaria para establecer su diagnóstico.

Hay en primer lugar un número crecido de casos en que el pulso no se separa de su estado normal, aun cuando el corazon se encuentre gravemente afectado. Esto acontece casi siempre cuando únicamente se hallan enfermas las cavidades derechas del corazon, y amenudo tambien, aunque exista asimismo la enfermedad en el lado izquierdo. Por lo tanto, de que tenga el pulso sus caractéres fisiológicos no puede deducirse como principio general que el corazon se halle exento de alteracion.

Puede el pulso, en los casos de enfermedad del corazon, sufrir variaciones en su ritmo, fuerza y frecuencia.

Háse dicho que la irregularidad del pulso indicaba la existencia de un obstáculo en el orificio aórtico del ventrículo izquierdo. La esperiencia está muy distante de acreditar siempre este aserto: por una parte la abertura de los cadáveres no ha demostrado obstáculo alguno apreciable en el orificio auriculo-ventricular ó arterial del lado izquierdo del corazon, en sugetos cuyo pulso habia presentado durante la vida las mayores irregularidades respecto á la fuerza de sus latidos y á su modo de sucesion, y por otra hemos observado mas de una vez un pulso muy regular en casos que, despues de la muerte, han ofrecido osificaciones, vegetaciones ú otros obstáculos en el orificio ventrículo aórtico.

Hemos comprobado la coexistencia de esta irregularidad del pulso, sin obstáculo á quien poder referirla, con las lesiones siguientes:

1.º Simple hipertrofia del ventrículo izquierdo, con reduccion de su cavidad.

2.º Hipertrofia de este mismo ventrículo, con dilatacion de su cavidad.

3.º Hipertrofia de ambos ventrículos, con ó sin dilatacion de sus cavidades.

4.º Simple aumento de volúmen de las cavidades derechas, hallándose ileso el corazon izquierdo.

Cuando no es producida la irregularidad del pulso por un obstáculo al libre paso de la sangre por el orificio aórtico, se manifiesta únicamente durante los momentos en que toma creces, ó se exaspera la enfermedad del corazon; cuando, bajo la influencia de causas mas ó menos apreciables, viene á ser mas considerable la disnea, y la hidropesía se produce ó aumenta. Luego que cesa esta exasperacion, vuelven á su regularidad los latidos arteriales.

Si, por el contrario, existe un obstáculo, se hace irregular el pulso mucho tiempo antes de que se haya manifestado otro signo de enfermedad del corazon: esto es lo que principalmente acontece en muchos ancianos. Frecuentemente no principia en ellos á dificultarse la respiracion, ni se presentan las primeras señales de congestion serosa, sino muchos años despues de haber empezado el pulso á ofrecer irregularidades notables, ora en su fuerza, ora en el intervalo de las pulsaciones. Muy probable parece que en los casos de este género, consista la causa de la irregularidad del pulso en osificaciones del orificio aórtico, que pueden existir mucho tiempo sin turbar la circulacion pulmonar, y por consiguiente sin producir la disnea; mas no por eso deja esta irregularidad del pulso de indicar la aparicion futura de los otros síntomas de las enfermedades del corazon.

Suele acontecer, que cada vez que se cuentan las pulsaciones arteriales, se advierte en ellas mucha regularidad; pero entonces pueden presentar otra especie de irregularidad que importa mucho conocer. Si se cuentan en diferentes horas de un mismo dia, y aun con solo el intervalo de algunos minutos, se advierten grandes variaciones en su frecuencia. Por ejemplo, en un sugeto que padecía una hipertrofia de ambos ventrículos, con dilatacion de sus cavidades, y en el cual estaban libres los orificios del corazon, pero se hallaba la aorta sembrada de numerosas chapas, contamos un dia ciento veintiuna pulsaciones arteriales por minuto; tres ó cuatro minutos despues no hallamos mas que sesenta, y á poco rato ochenta y tres. El siguiente dia contamos sucesivamente, en el espacio de algunos minutos, treinta y siete, cincuenta, cuarenta y dos, cincuenta, y últimamente noventa y seis pulsaciones. En otro en-

fermo que tenia mucha disnea y deliraba, presentó el pulso la primera vez treinta pulsaciones por minuto, y poco despues sesenta y ocho.

Otras veces ofrece el pulso grandes irregularidades, comparado un dia con otro, á pesar de que para ello no haya causa conocida, ni aumento ni disminucion de los demas síntomas de enfermedades del corazon. He aquí un ejemplo notable.

Un jóven, de edad de 16 años, experimentaba disnea hacia algunos meses. La cara estaba livida y abotagada; los labios violados. Los latidos del corazon rechazaban el cilindro en la region precordial; se les oia con fuerza á lo largo del esternon, bajo las dos clavículas, y mas débilmente á la izquierda y atrás. El pulso era muy débil, y bajo este aspecto presentaba una discordancia notable con los latidos del corazon. Pocos dias despues de la entrada de este enfermo se contaron setenta y dos pulsaciones arteriales; tres dias despues, el 20 de diciembre, sesenta y dos; el 21 cuarenta y cuatro; el 22 lo mismo; el 23 el pulso, si los dos dias antes habia disminuido sus pulsaciones, las aumentó de nuevo, y daba ochenta cada minuto. El 24 no hubo mas cambio en el estado del enfermo que el haber vuelto la arteria á dar cuarenta y dos pulsaciones por minuto: el 25 se contaron cincuenta, y el 26 sesenta y nueve. Hasta el 1.º de enero siguió presentando, poco mas ó menos, este mismo número y del 1.º al 3 solo se contaron de cuarenta á cuarenta y cinco.

Estas variaciones estrordinarias en la frecuencia del pulso, de un dia para otro, deben ser tomadas en consideracion cuando se pretende apreciar los efectos de ciertos medicamentos, y en particular los de la digital. Muchas veces se han atribuido á esta última sustancia efectos sobre el pulso, sea de aumento, sea de disminucion de frecuencia, que eran completamente independientes de ella. Sin embargo, nos hemos convencido, en un cierto número de casos, de que la disminucion de la frecuencia del pulso era un resultado de la administracion de la digital. En efecto, cuando se suspendia esta, adquiria el pulso mayor frecuencia, y volvía á disminuir cuando la digital se prescribia de nuevo. Hemos visto, bajo la influencia bien manifiesta de dicha sustancia, reducirse en algunos dias las pulsaciones arteriales, de noventa que eran por minuto á cincuenta, cuarenta, y aun á treinta. En un sugeto, cuyo pulso latia setenta y dos veces, cuando principió á tomar la digital, quedaron reducidos, desde el dia siguiente, á cincuenta y ocho cada minuto los latidos arteriales, y descendieron despues sucesivamente á cincuenta, cuarenta y ocho, cuarenta y tres, cuarenta, treinta y seis, y por último á treinta y dos.

Entre las diferentes preparaciones de la digital, es la infusión la que nos ha parecido ejercer mas notable influencia sobre el pulso para disminuir sus latidos. Cuando se teme administrarla por la boca, puede darse en lavativas. Asi introducida en la economía, la hemos visto muchas veces disminuir de un modo muy sensible la frecuencia del pulso. Dada en polvo, bajo la forma de píldoras, puede tambien la digital producir aquel efecto; pero es necesario que su dosis sea considerable. En cuanto á los extractos y las tinturas, sean alcohólicas, sean etéreas, siempre nos ha parecido que ejercen una influencia mucho menos manifiesta.

Hay individuos en quienes la disminucion de la frecuencia del pulso que determina la digital no va acompañada de ningun otro fenómeno; pero lo mas comun es que el detenimiento del pulso sea poco considerable fuera de los casos en que el estómago viene á ser sitio de los accidentes que vamos á indicar.

Muy rara vez pueden darse sea por la boca, sea por el recto, mas de dos dracmas de digital infundida en dos vasos de agua hirviendo, sin que sobrevengan primeramente náuseas, y despues vómitos que con frecuencia se prolongan muchos dias despues de suspendido el uso del medicamento. A pesar de estos vómitos abundantes, conserva la lengua casi siempre su estado natural; los enfermos no tienen sed, el epigástrico rara vez se pone dolorido, el vientre permanece blando é indolente, y las cámaras no sufren modificacion alguna.

Supuesto que las náuseas y los vómitos de que acabamos de hablar se manifiestan igualmente cuando la digital se ha introducido en el recto, que cuando ha sido administrada por la boca, nos parece poderse concluir que la propiedad que tiene dicho medicamento de escitar el vómito depende menos de la irritacion que pueda causar en el estómago, que de un cambio ó trastorno en la inervacion.

Sin embargo, no por esto se debe deducir la consecuencia de que la digital no determina un estado inflamatorio de la membrana mucosa del estómago, cuando por mucho tiempo es introducida en este órgano. Hemos visto en efecto sugetos que no podian tomar durante muchos dias la digital en polvo ó en extracto, aun á dosis muy pequeña, sin sentir un dolor vivo en el epigástrico, y experimentar una dificultad muy notable en la digestion, aunque por otra parte no tenian ni náuseas ni vómitos.

La disminucion de la frecuencia del pulso, producida por la digital, es mas notable cuando se manifiestan las náuseas y los vómitos. No obstante, cuando estos son muy frecuentes

conservan los latidos arteriales cierta frecuencia, que van perdiendo á medida que disminuyen los vómitos.

En la mayor parte de los casos que la digital ha producido una disminucion notable de la frecuencia del pulso, persiste esta por bastante tiempo, y continua muchos dias despues de haber cesado la administracion del medicamento. Casi siempre acontece que el pulso presenta una irregularidad notable al mismo tiempo que se detiene por la influencia de la digital. Nunca hemos observado que este remedio ejerza la mas pequeña influencia sobre el pulso, en los casos de movimiento febril.

Tan indicada como nos parece hallarse la digital cuando la enfermedad del corazon consiste en una hipertrofia de sus paredes, la juzgamos contra-indicada, si en vez de presentarse hipertrofiadas las paredes del órgano, están adelgazadas y dilatadas sus cavidades.

Ademas, siempre que se trate de averiguar hasta qué punto disminuye la digital la frecuencia del pulso, es necesario principiar por asegurarse bien de cuál es su ritmo habitual en el sujeto que se observa. Hay en efecto personas que naturalmente tienen un pulso tan lento que no late mas de cuarenta y dos á cuarenta y seis veces por minuto. Con una circulacion tan lenta pueden estas personas gozar de una escelente salud. He visto recientemente un caso aun mas raro. Un hombre de cerca de 55 años de edad, me fue presentado á fines del mes de marzo de 1834 por el doctor Guerard, médico del hospital de San Antonio. Este hombre, pálido y flaco, experimentaba hacia muchos años una debilidad en los miembros inferiores que diariamente iba en aumento: ademas ofrecia otros síntomas que nos convencieron de la existencia de una afeccion de la médula espinal; pero lo que mas llamaba la atencion era un fenómeno notable que su circulacion presentaba. Consistia este fenómeno en la extraordinaria lentitud de su pulso, que solo daba *treinta pulsaciones por minuto*, y sin embargo era regular. Por la auscultacion no se descubrió en el centro circulatorio ningun cambio de textura. Solo se advertia en sus latidos la misma lentitud que en el pulso. Este enfermo no podia subir cierto número de escalones sin verse acometido de una grande fatiga, y hallarse amenazado de síncope.

En ciertos casos que la sangre no circula sino es con mucha dificultad por las cavidades del corazon, y en que experimenta al mismo tiempo un impedimento mas ó menos considerable para pasar á la aorta, pueden los latidos arteriales ser mucho mas raros que los del corazon. Uno de los casos mas nota-

bles de este género que hemos tenido ocasion de observar, es el siguiente:

Un palafrenero, de edad de 46 años, experimentaba disnea hacia dos, y habia tenido muchas veces las piernas hinchadas. Al tiempo de su entrada en el hospital, presentaba ortopnea, ansiedad extrema, cara violada, ascitis, anasarca y tos fatigosa. Los latidos del corazon eran irregulares en su ritmo y se oian en una cortisima estension, pero con fuerza. Aplicada la mano sobre la region precordial, se sentia solamente un retembler confuso y muy oscuro. El pulso, sumamente pequeño, se percibia únicamente con largos intervalos, y muchas veces se oian ocho ó diez contracciones del ventriculo sin que él se manifestase, sintiéndose despues ya una, ya dos ó tres pulsaciones arteriales seguidas. (*Friccion con el Unimento volátil cantaridado; dos vegetatorios en las piernas; oximiel escilitico; pocion gomosa escilitica; tisana de grama nitrada; dos cremas de arroz; tres caldos.*)

Los tres ó cuatro dias siguientes, pasó el enfermo las noches sentado en el borde de su cama; la asfixia era inminente. Despues la respiracion se hizo mas libre, y al mismo tiempo disminuyó con rapidez la hidropesia. Las orinas, raras hasta entonces, corrian con abundancia. A medida que la disnea disminuia, mejoraba el pulso, pero siempre era muy raro con respecto á los latidos del corazon: asi es que, durante muchos dias, contamos de treinta á cuarenta pulsaciones arteriales cada minuto, y, en el mismo tiempo, ciento veinte latidos del corazon. Durante los quince dias siguientes (la última quincena del mes de noviembre de 1821) la mayor parte de los síntomas de la enfermedad del corazon se disiparon por grados; la respiracion quedó libre, ó á lo menos el enfermo no esperiméntó fatiga; la cara habia recobrado su aspecto natural; por fin no hubo ya señales de hidropesia. A principios del mes de diciembre se sentia el pulso á cada latido del corazon, siendo uno y otro muy irregulares. El enfermo no tardó en salir creyéndose ya completamente curado.

Esta observacion, que hemos referido principalmente á causa de los fenómenos presentados por el pulso, nos ofrece tambien un ejemplo notable del modo rápido con que pueden disiparse momentáneamente los síntomas de una afeccion orgánica del corazon, despues de haber sido bastante graves para hacer considerar al enfermo como en verdadero estado de agonia. Observaremos ademas, en este caso, que los signos suministrados por la auscultacion, parecian indicar que no existia la afeccion del corazon mas que en el lado izquierdo de este órgano, cosa que no anunciaban los otros síntomas.

Considerado respecto á su fuerza, presenta todavia el pulso de los aneurismáticos muchas variedades. Primeramente hay un crecido número de casos en que no es ni mas fuerte ni mas débil que en el estado normal; siendo lo mas admirable que en-

tre las numerosas afecciones orgánicas del corazón apenas se encuentre una en que no se haya observado también alguna vez el mismo estado natural del pulso respecto de su fuerza. ¿No prueba esto que la fuerza ó debilidad de las pulsaciones arteriales no depende únicamente del espesor de las paredes del corazón y del tamaño de sus cavidades, sino también de la energía mayor ó menor de las contracciones del órgano, energía que se halla muy lejos de estar siempre en relación directa con el grosor de sus paredes?

El pulso, mas fuerte que de ordinario, y que se alza como una cuerda tirante, parece hallarse principalmente en aquellos casos que estando libre el orificio aórtico, se encuentran hipertrofiadas las paredes del ventrículo izquierdo, sin que su cavidad esté aumentada ni disminuida de un modo sensible.

Por el contrario, en los casos que este mismo ventrículo izquierdo se halla hipertrofiado y al mismo tiempo se encuentra reducida su cavidad, el pulso ofrece por lo comun una pequeñez muy notable. Otro tanto suele acontecer cuando la cavidad del ventrículo izquierdo está muy dilatada.

Una estrechez considerable del orificio aórtico es asimismo causa frecuente de la pequeñez del pulso.

Estos diferentes hechos hubieran podido admitirse *á priori*; pero hay otro mas singular, y es aquel en que presentando el corazón un volumen extraordinario en todas sus partes (*cor bovinum*), debido á la dilatación de sus cavidades y á una hipertrofia considerable de sus paredes, sin que haya obstáculo alguno en el orificio aórtico, no solo deja de aparecer el pulso mas fuerte, sino que se manifiesta mas débil que en el estado normal. Entonces es muy notable el contraste que se advierte entre los latidos del corazón, que son enérgicos, muy tumultuosos y apreciables por la auscultación en casi todos los puntos del torax, y las pulsaciones arteriales, tan débiles algunas veces que no se las percibe. Esta suma pequeñez del pulso es en ocasiones el estado habitual, y otras solo se manifiesta por intervalos, cuando los latidos del corazón se hacen tumultuosos y aumenta la disnea: despues, á medida que estos síntomas disminuyen, vuelve el pulso á adquirir cierto grado de fuerza.

16. Cuando las paredes del ventrículo izquierdo, fuertemente hipertrofiadas, se contraen con desusada energía, pueden resultar algunos fenómenos morbosos mas ó menos graves, que dependen de la fuerza insólita con que la sangre es empujada hácia los capilares arteriales. Este aflujo se hace sentir mas particularmente en la cabeza, á causa tal vez de la disposición de las arterias que á ella conducen la sangre. De aquí los

bochornos ó encendimientos del rostro, y los vahidos frecuentes de que se quejan muchos de los que padecen hipertrofia del corazon. Es muy comun que estos desvanecimientos se manifiesten siempre que experimentan palpitaciones. Mas de una vez hemos visto que una congestion sanguinea activa, determinada en el cerebro segun acabamos de indicar, producía todos los síntomas de una apoplejia que amenazaba conducir rápidamente los enfermos al sepulcro; pero estos síntomas tan graves se disipan con mucha presteza bajo la influencia de sangrias copiosas, y entonces se adquiere una evidencia de que en el cerebro no habia habido otra cosa mas que una plenitud momentánea de los capilares sanguineos sin hemorragia. Pero otras veces existía en efecto verdadero derrame de sangre. Asi pues, del estado de hipertrofia del corazon pueden resultar para el cerebro los siguientes trastornos: 1.º el grado mas pequeño de la congestion, anunciado solamente por la cefalalgia, los vértigos, y los vahidos: 2.º otro grado de esta misma congestion, bastante fuerte para producir una pérdida completa de conocimiento, y todos los síntomas de una hemorragia cerebral; 3.º esta misma hemorragia (1).

### CAPITULO III.

#### LESIONES DE ÓRGANOS Ó DE FUNCIONES QUE RESULTAN DEL TRASTORNO SUFRIDO POR LA CIRCULACION VENOSA EN LOS CASOS DE ENFERMEDADES DEL CORAZON.

17. Estas lesiones son: 1.º en los troncos venosos próximos al corazon un reflujó insólito de sangre, de donde resulta el fenómeno conocido mucho tiempo hace bajo el nombre de pulso venoso, sensible principalmente en las yugulares: 2.º estas lesiones son mucho mas considerables en los capilares, consistiendo por lo general, ó bien en diversas congestiones, que se verifican en distintos órganos y modifican mas ó menos su textura y sus funciones, ó bien en derrames serosos, que de un modo enteramente mecánico resultan del obstáculo que la sangre experimenta para volver libremente de las diversas raicillas venosas hácia el corazon. No trataremos aquí del reflujó de la sangre á las gruesas venas, porque nada podríamos añadir á lo que se ha publicado ya sobre este objeto por distintos observadores; pero nos ocuparemos mas particularmente de los diversos fenómenos que resultan del trastorno de la circulacion

(1) Véase sobre este punto el tomo V de esta obra.

capilar. Estos consisten principalmente en diferentes congestiones sanguíneas ó serosas.

## ARTICULO I.

### CONGESTIONES SANGUÍNEAS.

18. Pueden estas congestiones tener su sitio en las membranas ó en los parenquimas. Las membranas tegumentarias, así internas como externas, que abundan tanto de vasos capilares, deben sufrir una modificación notable respecto al modo de circulación que en ellas se verifica, siempre que el órgano central de la circulación se encuentre alterado, de manera que la sangre no sea recibida libremente en sus diversas cavidades. Examinemos bajo este aspecto cuál es el estado en que se hallan cuando padece el corazón, 1.º la piel, y 2.º las membranas mucosas.

19. La piel no presenta otra alteración que una modificación mas ó menos notable de su color, rara vez en la totalidad, y con frecuencia limitada á diversos puntos de su extensión. La coloración general de la piel de un tinte azulado muy notable, parece observarse únicamente en el caso de existir una comunicación anormal entre las dos aurículas del corazón, y entonces constituye la cianosis ó enfermedad azul de los autores antiguos (1).

Independientemente de este caso raro, se vé amenudo, en los individuos que padecen aneurisma del corazón, y cuya respiración es difícil, tomar la piel un color lívido semejante al que existe en los asfixiados. Este color lívido no puede, por otra parte, considerarse como signo característico de las afecciones orgánicas del corazón, porque debe manifestarse siempre que una causa cualquiera oponga un obstáculo considerable al ejercicio de la respiración. Pero, ¿cuál es la causa de no observarse en los tísicos, siendo así que apenas queda permeable en ellos una cuarta parte de la totalidad del parenquima pulmonar? Sin duda depende esto de que en los tísicos hay al mismo tiempo disminución de la masa sanguínea, por manera que subsiste el equilibrio entre la cantidad de aire que todavía

(1) Recientes observaciones han demostrado que puede existir una estensa comunicación entre las dos aurículas en los adultos sin que haya cianosis. Además, en algunos casos se ha visto un color azulado muy notable en toda la periferia cutánea, sin que la inspección de los cadáveres haya manifestado mas que diferentes afecciones orgánicas del corazón, sin comunicación de las aurículas entre sí.

puede penetrar en las vesículas pulmonares, y la de sangre que en ellas se debe vivificar. Concíbese fácilmente que no se hallan en igual caso los individuos acometidos de una afección orgánica del corazón; por eso el mejor medio de hacer desaparecer, en estos últimos, la coloración lívida de la cubierta cutánea, es el de recurrir con frecuencia á copiosas emisiones sanguíneas, que obran de una manera enteramente mecánica desembarazando de sangre el corazón y por consiguiente el aparato pulmonar.

La inyección parcial de la piel se observa principalmente en la cara. La coloración que de ella resulta es lívida, violácea y producida evidentemente por una acumulación insólita de sangre venosa en el sistema capilar de la cara. Tan pronunciada es algunas veces esta coloración venosa que se aproxima al color negro.

No se manifiesta la inyección de la cara, en su mas alto grado, sino en los últimos tiempos de las enfermedades del corazón; pero en grado mas débil es con frecuencia uno de sus primeros signos, puesto que principia ya á manifestarse antes que haya todavía ningun otro síntoma bien marcado. Con mucha frecuencia nos ha hecho sospechar la inyección venosa la existencia de una enfermedad del corazón, complicando á diferentes afecciones pulmonares y particularmente á la tisis.

Habia dicho Corvisart, que á consecuencia de la dificultad estrema del regreso de la sangre al corazón, dificultad que produce congestiones venosas en diferentes puntos de la piel y del tegido celular subyacente, podian estas partes ser atacadas de gangrena en aquellos sitios donde las congestiones son mayores, ó bien en aquellos donde alguna causa se opone á la vuelta de la sangre, como por ejemplo en las estremidades. Sin embargo, hasta el presente se ha admitido mas bien la posibilidad de semejante gangrena, que citado casos propios para demostrar su existencia. No será por lo mismo inútil referir en este lugar algunos ejemplos en apoyo de dicha opinion. En unos hallaremos una tendencia notable de ciertas enfermedades cutáneas, muy ligeras en la apariencia, á terminarse por gangrena, y en otros observaremos esta lesión sin que haya podido comprobarse la existencia de ninguna especie de trabajo inflamatorio antecedente.

Desde luego es un hecho demasiado conocido, la facilidad con que aparece la gangrena al rededor de las escarificaciones que se practican en los miembros infiltrados, y ciertamente es esta una de las mayores objeciones que pueden hacerse á tal operacion, supuesto que no deja, por otra parte, de aliviar mucho á los enfermos, permitiendo la salida de la serosidad á

medida que se forma. Al rededor del punto que ha sido atravesado por la lanceta, se vé al principio ponerse la piel rubicunda, lívida despues, y en seguida negra, cayendo por último en una colicuacion pútrida. Son de notar aquí dos fenómenos sucesivos, y cuya relacion puede apreciarse: 1.º bajo la influencia de la irritacion que determina el instrumento, acude la sangre hácia el punto de la piel que ha sido picado: 2.º la sangre se acumula en dicho punto con mas rapidez que puede salir, en razon de la enfermedad del corazon; y de esta congestion venosa, llevada repentinamente á un alto grado, debe resultar la muerte de la parte. Concíbese, pues, que en semejante caso un tratamiento estimulante local no puede menos de ser nocivo siempre que contribuya á aumentar el allujo de la sangre arterial, sin activar al mismo tiempo la circulacion venosa: sería útil por el contrario, si produgese este último efecto; pero ¿quién puede responder de que así suceda?

Hemos visto tres veces que una ligera erisipela que habia aparecido en la piel de los miembros inferiores infiltrados, tomaba con presteza un color oscuro que indicaba tendencia á la gangrena. En uno de estos tres casos sobrevino efectivamente la gangrena, se apoderó de gran parte de la piel de una de las piernas, y el enfermo sucumbió antes que se verificase por completo la eliminacion de las escaras. Ademas de un aumento general del volúmen del corazon con dilatacion de las cavidades, hipertrofia de las paredes de los ventriculos, y osificacion del circuito del orificio aórtico, manifestó el exámen cadavérico, que debajo de la piel gangrenada estaba el tegido celular infiltrado de serosidad, pero exento de toda flegmasia.

En los dos casos restantes, despues de haber presentado la erisipela por algunos dias un color parduzco ó moreno, y aun casi negro en ciertos puntos, tomó poco á poco mejor aspecto, se volvió por fin roja, y terminó por resolucion. En estos dos casos se habia manifestado la erisipela coincidiendo con una terrible disnea, que fue combatida eficazmente por medio de abundantes emisiones sanguíneas. Solo despues que estas se practicaron, y de haberse aliviado á beneficio suyo el embarazo de la circulacion, segun acreditó la disminucion de la disnea, fue cuando presentó la erisipela un color rojo de favorable agüero. En estos dos casos parece bien evidente que una congestion venosa daba á la piel inflamada aquel color oscuro que presagiaba la gangrena. ¿Cómo obró entonces la sangría? Descargando al corazon de la sangre que le obstruia, y facilitando el retorno de la venosa acumulada en el sitio donde existia la erisipela. Si hubiera transcurrido un poco de tiempo mas, aque-

lla estancacion de sangre, eminentemente impropia para el sostenimiento de la vida, hubiera por fin determinado la muerte de la parte en que residia. Asi, pues, por la diferencia de un solo grado en la intensidad ó en la duracion de la congestion venosa, resultaron en los dos casos últimos una simple coloracion negruzca de la parte inflamada, y en el primero una verdadera gangrena de esta misma parte.

Un hombre de mediana edad presentaba todos los síntomas de una afeccion orgánica del corazon. La disnea era considerable; habia anasarca, y en particular estaba el escroto sumamente infiltrado. De repente se puso este dolorido y rojo, pero casi inmediatamente se tornó la rubicundez en color negruzco, y apareció la gangrena. Una gran parte de la piel del escroto cayó á poco tiempo á colgajos, y establecióse una abundante supuracion al rededor de los testiculos que habian quedado descubiertos. En el transcurso de algunos dias declinaron rápidamente las fuerzas del enfermo, las facciones se alteraron mas y mas, y todo parecia anunciar una terminacion fatal. En semejante estado de cosas, antes y al principio de formarse la supuracion, hizo M. Lermnier que se cubriese el escroto con cocimientos de quina, y prescribió interiormente una medicacion tónica (*preparaciones de quina y vino*). La supuracion tomó buen carácter, las fuerzas se elevaron, la cara recobró un aspecto mas natural, la úlcera del escroto se cicatrizó poco á poco, y al mismo tiempo (cosa notable y que pudiera inducir á sospechar si sería este alivio debido á una revulsion saludable establecida por la naturaleza) los síntomas primitivos, producidos por la enfermedad del corazon, sufrieron una mejoría considerable, la hidropesia desapareció, y este hombre, acerca de cuya enfermedad se habia pronosticado de un modo tan triste, estaba ya á punto de salir del hospital, en un estado bastante satisfactorio, cuando fue acometido de un ataque de apoplejía que le arrastró al sepulcro.

No es este el único caso en que hemos visto disminuir la hidropesia y la disnea, en sugetos que padecian afeccion orgánica del corazon, bajo la influencia de una medicacion estimulante. Tampoco duda nadie que en otros casos produce el mismo efecto un tratamiento debilitante. En este asunto no puede establecerse regla general, y la eleccion de uno ú otro de los dos métodos referidos, no debe tanto ser dictada por la naturaleza de la lesion misma del corazon como por otras circunstancias, cuales son el estado de fuerzas del enfermo, el tiempo que lleva de padecer la hidropesia, etc.

En los casos que acaban de ser citados hemos visto, sea la gangrena ó sea el color oscuro que la precede, aparecer en par-

tes que habian sido primeramente sitio de una inflamacion; si bien ha debido fijar nuestra atencion una circunstancia, y es, que entonces no podia esplicarse la gangrena por la intensidad de la flegmasia precedente. Hé aquí ahora otro caso de un aneurismático en quien vamos á ver gangrenarse una porcion de la cubierta cutánea, sin señal alguna de inflamacion antecedente; pero que tiene de comun con los anteriores, que la gangrena no parecerá tampoco ser otra cosa mas que el grado extremo de una estancacion parcial de sangre venosa.

Un hombre de mediana edad, que padecia una afeccion orgánica del corazon, estaba infiltrado y experimentaba una terrible disnea. Toda su cubierta cutánea presentaba un ligero color livido. Un día advertimos que este color de la piel habia llegado á un grado muy subido en la parte media del pecho entre las dos tetillas. Los siguientes dias aumentó mas y mas este color, que nos parecia ser efecto de una fuerte inyeccion de los capilares venosos, y por fin se volvió completamente negro y principió á extenderse hácia el cuello, llegando á ocuparle todo. La piel parecia atacada de gangrena en tan enorme estension. El enfermo no tardó mucho en sucumbir, y se encontró entonces que la piel del torax estaba negra en todo su espesor, y el tegido celular subcutáneo ingurgitado de una sangre negruzca. Por lo demás, todavia no exhalaba olor fétido.

20. Las membranas mucosas ofrecen en los aneurismáticos lesiones mas variadas y numerosas que la piel. De la simple estancacion, enteramente mecánica, de la sangre venosa en estas membranas, no resulta tan solo una coloracion roja de su tegido, apreciable despues de la muerte, sino que consecutivamente á esta acumulacion sanguinea, se ven aparecer verdaderas alteraciones de textura, y síntomas notables. Además, aunque la rubicundez de las membranas mucosas en los aneurismáticos sea muchas veces un resultado puramente físico de la detencion de la sangre, no deberá concluirse que en ellos deja de ser asimismo con frecuencia efecto de una verdadera flegmasia.

En otros lugares de esta obra (1) describiremos los grados diversos de la congestion sanguinea, completamente mecánica, que con frecuencia reside en la membrana mucosa gastro-intes-

---

(1) Véase, sobre este objeto, el tomo segundo de nuestro *Precis d'anatomie pathologique*.

tinal. Cuantos mas cadáveres abrimos tanto mas nos convencemos de que esta congestion, en sus numerosas variedades, puede simular la mayor parte de grados de la rubicundez inflamatoria; de aqui se sigue, que en todos los casos de muerte precedida de signos de asfixia, no puede la sola rubicundez de la membrana mucosa gastro intestinal conducirnos á admitir con certeza que hubo una verdadera flegmasía. Para llegar á establecer la existencia de la inflamacion, conviene acaso atenderse menos á los caracteres de la rubicundez, que á su exacta circunscripcion en algunos puntos.

Pero á pesar de que la rubicundez intestinal sea por lo comun en los aneurismáticos un resultado enteramente mecánico de la dificultad que experimenta la circulacion venosa, se cometería un grave error, concluyendo que siempre que esta rubicundez se observa es debida á semejante causa. En efecto, con mucha frecuencia parece depender de una verdadera inflamacion, á la cual predispone tal vez la congestion venosa en cierto número de casos, y que tambien es debida en ocasiones á la administracion intempestiva de diversos medicamentos estimulantes, empleados con el objeto de promover el sudor, las cámaras ó las orinas. Acaso se deba á la falta de atencion respecto á las influencias, muy variadas segun los sugetos, que estos medicamentos ejercen sobre la membrana mucosa gastro-intestinal, la discordancia que en todos tiempos ha habido acerca de su modo de obrar. Con efecto, hay personas en quienes una dosis ligera de aceite de ricino, determina una fuerte irritacion gastro-intestinal que revela su existencia por síntomas variables en naturaleza y en gravedad, segun las disposiciones individuales. En otros enfermos, al contrario, se pueden dar impunemente, durante muchos dias seguidos, drásticos enérgicos, como la gutagamba, el acibar, la resina de jalapa y el jarabe del espino cervical. Y no solamente se usan en estos sugetos remedios tan estimulantes sin que se manifieste síntoma alguno de irritacion gastro intestinal á consecuencia de su administracion, sino que mas de una vez, en casos de este género, hemos hallado despues de la muerte, pálidos los intestinos, descoloridos y exentos de toda alteracion notable, á pesar de haber estado muchos dias seguidos los purgantes drásticos en contacto con la membrana mucosa, y de haber producido cámaras abundantes. De estos hechos nos parece deber concluir, que en muchos individuos no es comparable la irritacion determinada por los purgantes, respecto á su naturaleza y sus efectos, sean locales ó generales, con un verdadero trabajo inflamatorio, sino que parece limitada su accion, ora á aumentar la intensidad de la

contraccion intestinal, ora á producir en la membrana mucosa la especie de congestion, que ha sido designada por algunos autores con el nombre de *irritacion secretoria*, de la cual resulta en la superficie de la membrana referida una exhalacion mas abundante y mas activa que de ordinario. Reducida á estos efectos, hemos demostrado que la accion de los purgantes puede ser útil, y hallarse muy bien indicada en cierto número de estados morbosos. En vez, pues, de proscribir en todos los casos esta clase de medicamentos, porque de ella se abusa, (¿qué no se proscribiria si se atendiera solo á semejante razon?) creemos que es mas prudente y filosófico estudiar su accion, apreciar sus efectos, y preguntar, no á la teoria sino á la esperiencia, si hay circunstancias en que puedan ejercer un influjo saludable sobre la economía enferma, y cuáles sean aquellas. Nos parece ageno de nuestro propósito entregarnos ahora á este género de investigaciones; referirémos tan solo una observacion que manifiesta de un modo muy terminante los buenos efectos que, en ciertos casos de hipertrofia, pueden reportarse del uso de los purgantes.

Un jóven, que en su infancia habia padecido tumores escrofulosos, tenia tos hacia algunos meses, cuando fue acometido de un vivo dolor en el abdomen, que persistió durante tres ó cuatro dias, y al cual sucedió una rápida tumefaccion del vientre. Entró en la Caridad en el mes de setiembre de 1822. En el abdomen, que era insensible á la presion, se advertia una fluctuacion evidente, y el pulso aparecia frecuente y pequeño. La membrana mucosa de la vías digestivas no daba indicio de hallarse enferma. M. Lermínier consideró la ascitis como debida á una peritonitis ligera, y dispuso una aplicacion de sanguijuelas al ano: despues se recurrió sucesivamente á los vejigatorios aplicados á los miembros inferiores, á las fricciones aromáticas y á los diuréticos. Sin embargo, la ascitis no disminuia. Entonces se ensayaron los purgantes: el enfermo tomó una pocion compuesta con una onza del jarabe de espino cerval y dos de aceite de ricino, y logró por este medio hacer abundantes deposiciones compuestas las primeras de materias escrementicias, y las últimas solamente de una grande cantidad de serosidad clara ligeramente amarilla. Muchas libras de serosidad fueron de esta manera espelidas por las cámaras en el espacio de cincuenta horas, al cabo de cuyo tiempo se habia deprimido el vientre y no se advertia fluctuacion; entonces disminuyó la diarrea, y cesó espontáneamente de allí á pocos dias. Muchos meses despues, sucumbió este sugeto á causa de haberse aumentado la afeccion de pecho. Tenia tubérculos en los pulmones: muchas circunvoluciones intestinales estaban unidas entre si por antiguas adherencias celulares (*peritonitis curada*): en distintos puntos de la superficie del peritoneo habia pequeñas masas de materia tuberculosa; por fin, la superficie interna de los intestinos no presentó mas lesion apreciable que tubérculos en estado de crudeza, desarrollados en corto número debajo de la membrana mucosa.

En otro lugar hemos citado un caso, en que al mismo tiempo que se estableció una abundante exhalacion de liquido seroso, en la superficie de los bronquios, se verificó la reabsorcion de un hidrotorax. En el que acabamos de referir advertimos la misma coincidencia de fenómenos, reabsorcion de serosidad por una parte y exhalacion abundante por otra. Pero en el caso primero se debió todo á los solos esfuerzos de la naturaleza, mientras que en el segundo fue el movimiento fluxionario hácia la mucosa intestinal, sino producido, favorecido á lo menos por la administracion de un purgante. Muy cierto es, sin embargo, que en otros muchos individuos no hubiera tenido la misma influencia este medicamento, pues únicamente produjera tal vez algunas evacuaciones sin resultado; ni es menos indudable que en otros este mismo purgante hubiera causado perjuicios de consideracion. Precisamente consiste en gran manera la medicina práctica en el arte difícil de conocer la oportunidad de los medicamentos. Nosotros no creemos haber hecho cuanto hay que hacer, cuando despues de decidir que una enfermedad consiste en una irritacion local, la combatimos por medio de las evacuaciones sanguíneas y de las bebidas emolientes; porque no faltan casos en que estos medios son, lo mismo que los purgantes y demas agentes terapéuticos, ó inútiles ó perjudiciales.

Entre las diferentes sustancias medicinales, que con mayor frecuencia se administran en los casos de enfermedades del corazon, es la digital una de aquellas cuyos efectos terapéuticos ofrecen menor constancia; y seguramente debe ser uno de los motivos de esta inseguridad, la influencia variable que, segun los sugetos en quienes se usa, ejerce sobre el estómago. Así se observan ciertos enfermos que no pueden tomar algunos granos del polvo de esta planta, ó algunas gotas de su tintura, sin experimentar vómitos. Siempre que la digital determina en la mucosa gástrica cierto grado de irritacion, deja de producir efectos diuréticos, y lejos de detener los movimientos del corazon, aumenta su frecuencia. ¿Renunciaremos por semejante motivo al uso de la digital? sin duda que no: pero al administrarla nunca perderemos de vista el estado del estómago y de los intestinos.

Cualquiera que sea la causa bajo cuya influencia se haya desarrollado la inflamacion gastro-intestinal en un individuo que padezca una afeccion del corazon, pueden referirse á tres grupos principales los síntomas que la revelan.

1.º En un número bastante crecido de casos, solo se anuncia la irritacion del estómago ó de los intestinos, por síntomas

locales bastante oscuros ; pero esta irritacion obra simpácticamente sobre el corazon, y los accidentes propios de la afeccion cardiaca se exasperan notablemente. Asi es que los latidos ventriculares adquieren una frecuencia poco comun : se hacen irregulares, tumultuosos ; y la dificultad de respirar se aumenta: estos accidentes toman momentáneamente mayor grado de intensidad cada vez que se introducen alimentos en el estómago. Hemos visto, entre otros, un sugeto en quien la ingestion de la mas simple bebida ó de un alimento ligero, iba seguida inmediatamente de una disnea tan intensa, que era imposible el decúbito horizontal, y estaba cerca de dos horas como amenazado de asfixia. Al mismo tiempo que bajo la influencia de la flegmasia gastro-intestinal aumentan de intensidad los síntomas locales de la enfermedad del corazon, se vé á la hidropesia, ó manifestarse por la primera vez consecutivamente al aumento del trastorno de la circulacion venosa, ó hacerse mas considerable, si ya existia, ó aparecer de nuevo si se habia logrado disiparla. Estos diferentes síntomas continúan agravándose mientras persiste la afeccion del tubo digestivo, y se alivian cuando cede alguna cosa.

2.º Otras veces la flegmasia gastro-intestinal no exaspera de un modo tan marcado los síntomas de la enfermedad del corazon ; no se anuncia tampoco todavia por accidentes locales bien determinados ; pero parece influir principalmente sobre el sistema nervioso, y produce los síntomas de la fiebre llamada adinámica. Mas de una vez se ha visto presentarse esta forma de enfermedad en individuos que padecian aneurisma del corazon cuando se les habian administrado diferentes medicamentos estimulantes. Entonces se vé á la lengua encenderse, secarse, tomar un color pardusco ó negro; las cámaras son líquidas y abundantes, sin que por otra parte haya dolor abdominal, ni vómitos ; el pulso adquiere una frecuencia extraordinaria ; las facciones se alteran con rapidez ; la postracion llega á su mas alto grado, y la muerte pone fin con mucha frecuencia á semejante estado de adinamia. Cuando se abren los cadáveres, se hallan en los intestinos vestigios de flogosis, que amenudo se confunden, sin embargo, con los que deja una simple inyeccion mecánica. Lo que en tales casos merece notarse es que con mucha frecuencia, al mismo tiempo que se manifiesta la fiebre adinámica sintomática de una afeccion intestinal, y á medida que adquiere mayor gravedad, van disminuyendo los síntomas de la lesion del corazon ; la disnea es poco considerable ; las congestiones serosas que habia en diferentes partes del cuerpo ceden mucho ó se reabsorven por completo, de tal suerte que

en este caso los enfermos no sucumben por la afección cardíaca. Si la muerte no sobreviene entonces en medio de un estado de asfixia, debe inferirse que la rubicundez presentada por la membrana mucosa gastro-intestinal no depende enteramente de la congestión mecánica de la sangre venosa, y que su existencia es una razón para admitir que ha precedido una congestión sanguínea activa, es decir, una inflamación.

La simple suspensión de todo género de medicamentos estimulantes, basta por lo común para hacer cesar el estado que acabamos de describir: en semejantes circunstancias suelen producir asimismo buen efecto algunas aplicaciones de sanguijuelas al ano.

Hemos dicho que la inflamación intercurrente de las vías digestivas causa en muchos sujetos, atacados de aneurisma del corazón, un estado adinámico aparente, que, producido con frecuencia por el abuso de una medicación estimulante, tan pronto se hace mortal en poco tiempo, tan pronto se disipa, ya sea por la privación de dichos remedios estimulantes, ya bajo la influencia de un tratamiento antillogístico más ó menos activo. Pero de aquí no es nuestro intento concluir que la fiebre llamada adinámica sea constantemente en los aneurismáticos efecto de una gastro-enteritis. Creemos poder afirmar que en todos los casos de enfermedades crónicas en que un órgano ha padecido mucho tiempo, como el corazón en los aneurismáticos, se observa amenudo el grupo de síntomas que constituye la fiebre adinámica (comprendiendo en él la secura y la fuliginosidad de la lengua), sin que haya verdaderamente inflamación gastro-intestinal. Parece que en este género de casos el largo padecimiento de un órgano importante para la vida, modifica, pervierte, altera profundamente los dos grandes móviles, los dos agentes poderosos que tienen bajo su dependencia á la economía entera: la sangre, por una parte, de la cual emanan todos los materiales que deben componer los órganos; y el sistema nervioso, por otra, que preside á la coordinación de esos mismos materiales, ó que por lo menos, si es que no concurre constantemente en primera línea, ejerce en todos los casos una indisputable influencia sobre la nutrición y las secreciones. Por otra parte, cualquiera que sea la explicación que quiera darse, siempre resulta que más de una vez hemos hallado el conducto intestinal exento de toda lesión notable, en sujetos que padecían diferentes enfermedades crónicas de otros órganos, y que habían sucumbido con el conjunto de síntomas que caracterizan la fiebre adinámica (capa negra de la lengua, de las encías y de los dientes; pulso realmente débil y frecuente; color aplomado de

la cara ; estupor de las facciones ; temblor y movimientos automáticos de los músculos ; estado obtuso de la inteligencia y de diferentes sensaciones , etc.) Especialmente en los seis últimos meses del año de 1825 hemos observado en la Caridad mas de un hecho de este género . ¿ Es esto decir que el grupo de los síntomas de la fiebre llamada adinámica no tenga su sitio en parte alguna ? Lejos de nosotros pensamiento semejante ; supuesto que hay alteracion de funciones , necesario es que haya tambien alteracion de órganos . Unicamente puede inferirse que el conducto intestinal no es siempre el sitio de estos síntomas . ¿ Dónde pues tienen su asiento ? ¿ dónde reside en tales casos la enfermedad ? Muy probablemente en los dos grandes móviles de que hace un momento hemos hablado : en el sistema nervioso , en la sangre , necesaria irrisistiblemente modificados respecto sus funciones , á sus propiedades , y á la proporcion y naturaleza de sus elementos anatómicos y químicos , por la enfermedad crónica que ha atacado á un punto del organismo (1) .

Esta especie de estado adinámico puede no ser mas que aparente , como el que determinan de un modo sintomático ciertas afecciones de las vias digestivas , y entonces no reclama otro tratamiento que el dulcificante . Pero tambien puede ser real , y en tal caso se ha empleado con frecuencia la medicacion estimulante obteniendo una ventaja indudable . Muchas veces hemos visto á Mr. Lerminier administrar interiormente diversos preparados de la quina , y al mismo tiempo escitar con energía la piel , ya por medio de fricciones irritantes , ya por la aplicacion de numerosos vejigatorios , en individuos que padeciendo una enfermedad del corazon , caian en el estado adinámico antes descrito . Unas veces no produjo este tratamiento el menor alivio , ó agravó

---

(1) Es cierto que , en los casos de que hablamos , no han sido descubiertas , al hacer la abertura de los cadáveres , las citadas lesiones de la sangre y de los centros nerviosos ; pero ¿ es esto decir que no existan ? Mas de una vez , cuando se ha observado durante la vida un trastorno muy notable en las funciones del cerebro ó de la médula espinal , estos centros , examinados despues de la muerte , nos parecian hallarse en su estado normal . Sin embargo , es indudable que en tales casos se hallan gravemente alterados ; pero su lesion se nos oculta , y si la admitimos es por induccion , la cual no hay duda que en un gran número de casos puede conducirnos á resultados tan positivos , y acaso mas rigurosos , que la observacion sensible é inmediata . Es , á nuestro parecer , uno de los mas graves errores á que puede conducir el estudio mal dirigido de la anatomía patológica , el no admitir otra alteracion en la economía que las apreciables por medio del escalpelo .

notablemente los síntomas, mientras que otras vimos elevarse las fuerzas, tomar la lengua de nuevo su aspecto natural, entrar en calor las estremidades, que estaban frias, recobrar su vigor la inteligencia, y, en una palabra, reanimarse la vida próxima ya á extinguirse, sin que por otra parte se hubiesen agravado los síntomas de la afección del corazón.

De todo lo que precede concluiremos que ese estado adinámico que con frecuencia se manifiesta durante el curso de las enfermedades orgánicas del corazón, es muchas veces el resultado de una flegmasia de las vías digestivas; pero que tambien otras es independiente de esta; y por fin, que el tratamiento conveniente en uno de los casos citados, no es el tratamiento que conviene en el otro. Sin duda que no siempre es fácil establecer semejante distinción; pero ¿por qué un objeto se oculte á nuestra vista deberemos negar su existencia? Coloquémonos en otra perspectiva, y muchas veces lograremos descubrirle.

3.º Por último, hay casos en que la irritación de las vías digestivas en los aneurismáticos no determina los accidentes que preceden, sino que se anuncia principalmente por síntomas locales. La aparición de estos sucede muy amenudo á la administración de diferentes medicamentos mas ó menos estimulantes, sobre cuyo punto hemos insistido ya. Primeramente se quejan los enfermos de falta de apetito y de pesadez ó dolor bastante vivo en el epigastrio, y despues, cuando la afección del estómago llega á mas alto grado, se ven acometidos de vómitos, que pueden manifestarse, y aun ser muy abundantes y repetidos, sin que los enfermos esperimenten dolor alguno en la region del estómago. Si estos síntomas graves se han manifestado á consecuencia del uso mas ó menos prolongado de los medicamentos estimulantes, basta por lo comun suspenderlos para que la gastritis desaparezca.

En otros enfermos se halla el estómago poco alterado; pero se manifiesta una diarrea, ya serosa ó indolente, ya acompañada de dolores abdominales con tenesmo y cámaras sanguinolentas.

No se crea que la lengua es siempre, en estos diferentes casos, un indicio fiel del estado de las vías digestivas. Hemos visto en muchas ocasiones que habia vómitos rebeldes con dolor epigástrico, conservar aquel órgano su humedad y color naturales. Ademas ya hemos hecho observar que la capa ne-gruzca que suele cubrirle, no se halla en relacion precisa con el grado de intensidad de la flegmasia gastro-intestinal.

21. La membrana mucosa de las vías aéreas, como la que interiormente viste las vías digestivas, viene á ser con frecuen-

cia, en los aneurismáticos, sitio de congestiones sanguíneas. Se observan estas de igual manera, bien haya dilatación ó angostamiento de las cavidades del corazón, estén sus paredes hipertrofiadas ó adelgazadas, y resida la afección en las cavidades derechas ó en las izquierdas. Efectivamente, no haciéndose en todos los referidos casos la circulación de la sangre por el interior del corazón como en el estado normal, debe este líquido tener tendencia á refluir y estancarse en los vasos pulmonares. Se concibe, pues, que en razón de la intensidad variable de dicha causa de la estancación, ó, si se quiere, de la acumulación de la sangre en el pulmón, deberá presentar igualmente un número crecido de grados la congestión ocasionada en este órgano.

Los grados diferentes de congestión sanguínea pulmonar, de que resultan en la mucosa bronquial diferentes graduaciones de coloración roja, corresponden también durante la vida á diversos grados de disnea. En efecto, si se halla acumulada en los vasos pulmonares mayor cantidad de sangre que en el estado normal, es claro que la porción de aire que habitualmente se introduce en los pulmones, dejará de ser suficiente para vivificar toda la masa de aquel líquido estendida superabundantemente sobre las paredes de las vesículas pulmonares; de aquí la necesidad de respirar mayor cantidad de aire en un tiempo dado, y por consiguiente frecuencia de los movimientos inspiratorios y sentimiento de opresión. Mientras la congestión sanguínea es poco considerable, se hace instintivamente esta introducción de un exceso de aire en los pulmones; los enfermos no sienten todavía de un modo habitual la opresión, pero se advierte con facilidad que su palabra es ya breve y su respiración acelerada, y si se aplica el oído sobre las paredes torácicas, se oye el ruido respiratorio con una fuerza no acostumbrada, prueba evidente de que las vías aéreas reciben mayor cantidad de fluido respirable. Esta intensidad anormal del ruido respiratorio, sin alteración en su claridad y limpieza, se manifiesta amenudo antes que ningún otro signo haya dado á conocer la existencia de una afección orgánica del corazón: no prueba siempre que la enfermedad resida en el centro circulatorio, pero sí que una causa cualquiera se opone al libre paso de la sangre al través de los vasos pulmonares.

Cuando la congestión sanguínea vá haciéndose cada vez mas considerable, llega un momento en que, á pesar de los esfuerzos que hace el enfermo para introducir en sus pulmones la mayor cantidad de aire posible, no es esta suficiente para modificar del modo que conviene toda la sangre acumulada en

ellos: por otra parte, la porcion de sangre, vivificada ya, no puede muchas veces circular libremente en las cavidades izquierdas del corazon: de aqui nuevo obstáculo á la llegada de la sangre venosa á los pulmones, y por consiguiente reflujo y detencion de dicho liquido; 1.º en las cavidades derechas del corazon; 2.º en los gruesos troncos venosos que van á él; 3.º en todos los tegidos parenquimatosos, de donde estos troncos venosos llevan mas ó menos directamente la sangre al corazon. Entonces la dificultad de respirar llega al mas alto grado, la asfixia es inminente: le parece al enfermo que un obstáculo invencible se opone á que el aire penetre en sus pulmones, y sin embargo este aire penetra todavia con libertad hasta las vesiculas, y el sentimiento de sofocacion proviene únicamente de que la cantidad de gas introducida no se halla en proporcion con la de sangre que debe vivificar.

En casos de esta naturaleza son frecuentemente de mucha utilidad las sangrias muy abundantes. Por su medio hemos visto volver verdaderamente á la vida enfermos que parecian estar agonizando. Ya las estremidades habian perdido su calor; los ojos estaban apagados, la cara lívida, la respiracion estertorosa, el pulso irregular, intermitente, insensible; algunas horas mas tarde el enfermo hubiera muerto asfixiado; pero apenas principiò á correr la sangre por una ancha abertura de la vena, fue disminuyendo la sofocacion, perdió la piel su coloracion lívida, las estremidades recobraron el calor, y el pulso mejoró notablemente, etc. Con facilidad se comprende en este caso, conocida la causa de la asfixia, la razon de que produzca tan ventajosos resultados la súbita sustraccion de una crecida cantidad de sangre. Aqui tenemos una prueba, entre muchas que pudieran aducirse, de que la indicacion de la sangria en las enfermedades, debe inferirse menos de la naturaleza misma de los síntomas que se manifiestan, que del conocimiento de la lesion que tales síntomas produce.

La disnea precede con frecuencia por mucho tiempo á todos los demas signos generales de las enfermedades del corazon. Asi acontece principalmente cuando á una hipertrofia del ventriculo con dilatacion ó angostamiento de su cavidad, va unido un obstáculo cualquiera al libre paso de la sangre por el orificio aórtico. En el caso contrario, es decir, cuando la enfermedad existe primitivamente en las cavidades derechas del corazon, se ven aparecer muchas veces señales de hidropesia antes que la respiracion sea notablemente difícil.

La disnea, dependiente de la existencia de una simple afeccion del ventriculo izquierdo, puede no manifestarse al princi-

pio mas que por intervalos: se la observa, por ejemplo, siempre que una emocion moral precipita momentáneamente los latidos del corazon, ó á consecuencia de un ejercicio corporal, violento y desusado; despues aparece con mayor frecuencia, y sin causa conocida, hasta que por fin viene á ser continua; en cuyo caso existe un embarazo permanente en la circulacion pulmonar, y á consecuencia de semejante habitual obstáculo al curso de la sangre, pueden dilatarse las cavidades derechas del corazon, y engrosarse sus paredes; dejándose de este modo concebir cómo la enfermedad del corazon, limitada en su principio al ventrículo izquierdo, puede extenderse á las restantes partes del órgano.

En los individuos de edad avanzada puede haber hipertrofia del ventrículo izquierdo, con obstáculo mas ó menos considerable en las válvulas aórticas, sin que la respiracion sufra durante mucho tiempo una dificultad notable (la afeccion del corazon se anuncia, en estos casos, bien sea por la impulsión que se advierte en la region precordial, bien por la intermitencia y grande irregularidad del pulso). Semejante libertad de la respiracion en los ancianos depende tal vez, 1.º de la disminucion de la masa total de la sangre; 2.º de la rapidez menor con que se hace la circulacion. Sin embargo, sea que la hipertrofia del corazon vaya aumentando mas cada vez, sea que su contraccion se haga con menor energía, llega una época en que la respiracion principia á verificarse con alguna dificultad; entonces los sugetos se vuelven asmáticos con mucha rapidez, y despues principian á infiltrárseles las estremidades inferiores. Algunas veces, en el momento que se manifiesta tal infiltracion, disminuye la disnea de un modo notable: ¿Dependerá tal vez de que la cantidad de líquido abandonado por la sangre en el tegido celular disminuye otro tanto la masa de líquido que debe atravesar los pulmones? Pero este género de alivio en uno de los síntomas mas peligrosos para los enfermos no pasa de ser momentáneo. La dificultad de respirar y la hidropesía aumentan despues en proporcion casi igual, y la muerte tarda poco en sobrevenir. Mas arriba hemos ventilado la importante cuestion de aclarar hasta que punto seria racional, en casos de semejante naturaleza, acudir siempre á un tratamiento debilitante. Lo que hay de cierto en el particular, hecha abstraccion de toda esplicacion teórica, es que en mas de un anciano, colocado en las condiciones precedentes, hemos visto disminuir la disnea y desaparecer la hidropesía, al mismo tiempo que se estimulaba fuertemente la piel y se administraba interiormente, bien sea los tónicos, como la quina y el vino, bien diferentes estimulantes

diuréticos, como los preparados de la escila, ó mejor todavía el vino diurético amargo de la Caridad (1).

De la misma manera que la sangre, acumulada mecánicamente en los vasos de la membrana mucosa gastro intestinal, suele depositarse con frecuencia por una verdadera trasudación en la superficie libre ó adherente de esta membrana, pueden tambien los vasos que serpean por las paredes de las últimas ramificaciones bronquiales, dejar salir al través de sus túnicas la sangre que llenándolos escesivamente los engrosa y distiende. En efecto, siempre que hay identidad de órganos sometidos á la acción de las mismas causas, debe haber tambien identidad de los efectos que producen. Asi pues, reconociendo la hemorragia que en los aneurismáticos se verifica con frecuencia en los pulmones, descrita y designada por Laennec y Corvisart con el nombre de apoplejía pulmonar, el mismo modo de producción que la hemorragia intestinal que sobreviene en los mismos individuos, debe tener igual asiento, á saber, la membrana mucosa. Facil es apreciarlo cuando se verifica la trasudación sanguínea en bronquios de grande calibre: no es en efecto raro encontrarlos llenos de un líquido rojo y espumoso en los cadáveres de los aneurismáticos que sucumben en un estado de asfixia. Pero ¿se verifica la misma trasudación en los ramillos mas pequeños, en las últimas estremidades capilares del arbol bronquial? Entonces no es ya posible distinguir los conductos tenuísimos en que se halla la sangre contenida, y solo se nota en uno ó mas puntos del pulmon una masa dura y negra que nos parece ser resultado de la distension de los pequeños bronquios, debida á la sangre coagulada. En otro sitio hemos citado algunas observaciones con el objeto de probar que estas masas de apoplejía pulmonar pueden hallarse igualmente en el cadaver haya ó no espectorado sangre el enfermo durante su vida. Nos hallamos muy inclinados á creer que en el mayor número de casos la sangre arrojada no procede mas bien del sitio en que se encuentra el pulmon duro y negruzco, que del resto de los

---

(1) Se compone de vino blanco, cuatro libras; lirio de Florencia, seis onzas; raíz de enula campana, cebolla albarrana y marubio, de cada cosa tres onzas; sen mondado una; tartrato acidulo de potasa y tintura de genciana, de cada cosa tres dracmas; agarico blanco, dracma y media, y gengibre, dos escrúpulos: prepárese segun arte. La dosis de una á dos onzas por la mañana y por la tarde.

bronquios. Lo que sí sucede es que solo en aquel sitio se acumula y coagula la sangre salida de los vasos, mientras que en otros es arrojada al exterior á medida que se deposita sobre la superficie bronquial. Segun este modo de ver, no se diferencia la llamada apoplejía pulmonar de la simple exalacion sanguínea que se efectua en la mucosa de los bronquios, á no ser en que reside aquella en las ramificaciones pequeñas de las vias aéreas. Concíbese por otra parte que si estos ramos se hallan distendidos con mucha fuerza por la sangre, pueden romperse sus paredes, que tan delicadas son, del mismo modo que se rompen cuando el aire las llena escesivamente; entonces habrá verdadera extravasacion de sangre al exterior de las visículas pulmonares; pero esta extravasacion debe á nuestro parecer mirarse como una circunstancia accidental. Asi pues, definitivamente considerada la apoplejía pulmonar respecto á la lesion anatómica que la constituye, no es en nuestro concepto una enfermedad particular y diferente de una simple hemorragia de la membrana mucosa. Respecto á los síntomas que determina, tendrá sin duda alguna cosa de especial, en razon de la obliteracion completa que sufren cierto número de pequeñas ramificaciones bronquiales y las vesículas pulmonares en que probablemente terminan. De aquí una disnea mas considerable; y tambien las modificaciones en el ruido respiratorio señaladas ya por Laennec.

No solo sufre la membrana mucosa de los bronquios esas congestiones mecánicas de que acabamos de hablar, en los diversos periodos de las enfermedades orgánicas del corazon; es muy frecuente asi mismo que, como la membrana mucosa gastro-intestinal, padezca inflamaciones verdaderas, que presentándose al principio de un modo agudo y con intervalos mas ó menos distantes, se establecen por fin de un modo permanente bajo la forma crónica. Su principal síntoma es una tos que puede ser fatigosa, y que va por lo comun acompañada de una expectoracion abundante; cuyos accidentes suelen ser mucho mas notables que los de la enfermedad del corazon, resultando de aquí que llaman la atencion principalmente, y la disnea, que se aumenta mucho durante los accesos de tos, es considerada tan solo como un resultado del catarro pulmonar. Nadie duda que baste la abundante secrecion de mucosidades bronquiales para oponer un obstáculo mas ó menos grande á la libre entrada del aire en las vesículas pulmonares, y venir á ser causa de la disnea; pero ademas de esto, creemos demostrado por la observacion que en la mayor parte de los casos en que una bronquitis crónica va acompañada de opresion considerable, existe simultá-

neamente una afeccion orgánica del corazon. Muchas veces es primitiva dicha afeccion, pero otras parece haberse desarrollado consecutivamente á la enfermedad de las vias aéreas.

Resulta de la frecuencia de la bronquitis crónica en los aneurismáticos, que despues de haber sido notable mucho tiempo en ellos el ruido respiratorio por su fuerza y claridad, se oscurece y altera á causa de su mezcla con los estertores infinitamente variados que se observan cuando las paredes de los bronquios se hallan afectadas de inflamacion crónica. Si estos estertores existen en el lado anterior izquierdo del torax, son algunas veces bastante fuertes para ocultar los diferentes ruidos que pertenecen al corazon.

En las afecciones orgánicas de este órgano, mas que en todos los restantes casos, exhalan los pequeños bronquios en mucha cantidad un líquido sin color, mucoso-seroso, que acumulándose en las vias aéreas, produce durante la vida, 1.º un aumento de disnea: 2.º las dos variedades del estertor bronquial húmedo, que constituye, segun que existe en los bronquios mas pequeños ó en los mas grandes, los estertores crepitante y mucoso de Laennec. Cuando, despues de la muerte, se corta el pulmon; se ve correr en grande abundancia el líquido seroso, cuya presencia en los bronquios daba lugar durante la vida á los síntomas que acabamos de indicar: este líquido reside indudablemente en los bronquios, porque se halla intimamente mezclado con mucha cantidad de aire, y es claro que no presentaría un aspecto espumoso, si se hubiese formado y existiese en el tegido celular, intervesicular ó interlobular. La presencia de semejante líquido en las vias aéreas constituye la enfermedad que designó Laennec con el nombre de edema pulmonar; pero creemos le convenga poco esta denominacion, porque parece indicar que la serosidad que corre de un pedazo de pulmon cortado, y cuya existencia ha anunciado durante la vida el estertor crepitante, viene del tegido celular interpuesto entre los diferentes elementos anatómicos del pulmon, lo que ciertamente no sucede asi. Este edema no nos parece ser otra cosa mas que una forma de secrecion de la membrana mucosa de los bronquios, que hallándose algunas veces, y principalmente en los casos de enfermedades del corazon, unida á una inflamacion crónica de las paredes bronquiales, depende otras de la trasudacion mecánica de una parte del suero de la sangre, cuando esta, consecutivamente á la dificultad de la circulacion, llena, y distiende de un modo escesivo los vasos sutilísimos que se ramifican en la mucosa de los bronquios. No es esto decir que el tegido celular interlobular del pulmon no pueda en algunos

casos infiltrarse de serosidad ó ponerse edematoso; pero este verdadero edema no puede reconocerse sino cuando se aíslan ó separan los lóbulos unos de otros mediante una minuciosa disección, cuidando mucho de no romperlos; entonces se nota que el tegido celular que hay entre ellos es mas aparente á causa de una pequeña cantidad de serosidad que contiene en sus mallas, sea clara y sin color, sea rojiza. Pero en tal caso la serosidad no es espumosa: íntimamente contenida en el tegido celular de mallas finas en que ha sido formada, no se la ve correr cuando se corta el pulmon: en una palabra, no constituye la especie de edema pulmonar que ha descrito Laennec, porque ni presenta sus signos durante la vida, ni sus caractéres anatómicos cuando sobreviene la muerte. Ocasión tendremos de hablar sobre esta especie de infiltración serosa interlobular cuando tratemos del origen y naturaleza de los tubérculos pulmonares.

La bronquitis crónica que complica las enfermedades orgánicas del corazón, no debe abandonarse á sí misma. Conviene sobre todo oponerle un tratamiento activo, cuando produce unos que vuelve por accesos largos y frecuentes, porque este accidente contribuye de un modo poderoso á aumentar la congestión pulmonar, dá asimismo creces á la disnea, y puede ser una de las causas que apresuren el curso de la afección del corazón. De esta manera el catarro pulmonar, desarrollado consecutivamente á la enfermedad del corazón y dependiente de ella, puede á su vez acelerar los progresos de la lesión que le produjo. Sanguijuelas aplicadas de cuando en cuando á diversos puntos de las paredes torácicas y vejigatorios volantes ú otros tópicos irritantes empleados sobre las mismas paredes, disminuyen algunas veces de un modo notable la intensidad de la bronquitis. Con frecuencia nos ha parecido útil la inspiración de los vapores emolientes. Cuando la flegmasia bronquial es esencialmente crónica; cuando el síntoma principal que la anuncia consiste en la abundante secreción de mucosidades; cuando los accesos parecen principalmente provocados por la necesidad instintiva de arrojar aquellos materiales acumulados, es necesario recurrir á otro género de medicación. Entonces se ha visto, en mas de una circunstancia, despues del uso infructuoso de los antiflogísticos propiamente dichos, que han producido buenos efectos diversas sustancias mas ó menos estimulantes. Bajo su influencia se hace la expectoración menos abundante, los accesos de tos no sobrevienen con tanta frecuencia, y por consiguiente disminuye la opresión de un modo notable, bien porque la sostuviérase la grande cantidad de mucosidades segregadas, bien princi-

palmente porque resultase del aumento que la tos determinaba en el trastorno de la circulacion. Semejante mejoría ha sucedido tambien algunas veces á la administracion repetida con frecuencia del tártaro estibiado á dosis de emético, ó de los purgantes mas ó menos enérgicos. No creemos necesario advertir que cuando se emplean estos diversos métodos terapéuticos, debe fijarse mucho la atencion en el efecto que producen, bien sea sobre las vias digestivas, bien sobre el corazon mismo. Conviene abstenerse de ellos si hay motivos para creer que el estómago se halla irritado, ó es susceptible de irritarse con facilidad; tambien deben proibirse si los latidos del corazon se precipitan, y si se observa la menor exasperacion en los síntomas locales ó generales que anuncian la afeccion de este órgano. Pero si nada de lo que acabamos de referir aconteciese, invitamos á los prácticos á que prueben con seguridad esta especie de método terapéutico; nuestra propia observacion nos ha manifestado sus ventajas, si bien por otra parte es como todos útil ó perjudicial, segun las circunstancias en que se recurre á él.

Otras veces, cuando los accesos de tos son muy fatigosos, sin que acompañe una abundante expectoracion, y cuando aparecen con mucha disnea y ansiedad, estamos muy distantes de obtener iguales ventajas de los diversos medicamentos estimulantes que acabamos de indicar: entonces pueden usarse, bajo diferentes formas, las preparaciones narcóticas. El extracto gomoso de opio; las sales de morfina; los extractos de la lechuga virosa, de beleño, de belladona, de acónito, y el ácido prúsico, prescritos á dosis convenientes, son medios que no hacen cesar la bronquitis, pero calman sus accidentes mas molestos; y, lo repetimos, pueden ejercer la mas feliz influencia sobre la enfermedad del corazon, disminuyendo la frecuencia y la intensidad de los accesos de tos, que contribuyen singularmente á exasperarla. Hemos visto en casos semejantes que el sulfato de quinina, unido al opio, hacia mas raros y menos penosos los accesos, aun despues de haberse empleado los emolientes sin obtener el mas pequeño alivio.

21. Otro órgano hay que, con tanta frecuencia como la membrana mucosa gastro-pulmonar, suele sufrir en los aneurismáticos congestiones venosas muy notables, principalmente en el caso de ocupar la afeccion del corazon las cavidades derechas. Este órgano es el hígado, y á su infarto suele seguir la inyeccion de la membrana mucosa gastro-intestinal.

Cuando este infarto llega á cierto grado, aumenta el hígado de volumen; escede el reborde de las costillas, y forma de-

bajo de ellas una prominencia mas ó menos considerable. Algunas veces se abulta este órgano con mucha rapidez á consecuencia de una exasperacion en los síntomas de la enfermedad del corazon. Se reconoce entonces la presencia del hígado por debajo de las costillas, bien sea porque su borde cortante forme elevacion circunscrita en el hipocondrio, bien únicamente porque se advierta palpando en la misma region una resistencia no acostumbrada que en el otro lado no se perciba. Mas algunas veces la tumefaccion del hígado es solo momentánea; y cuando, bajo la influencia de un tratamiento conveniente, y sobre todo de copiosas sangrías, disminuyen los síntomas de la enfermedad del corazon, deja de notarse el hígado por debajo de las costillas, y se advierte que el hipocondrio derecho recobra su blandura. De esta manera puede notarse repetidas veces que el hígado, durante el curso de una enfermedad del corazon, descienda en el hipocondrio bastante para dejarse sentir al nivel del ombligo, y despues, al cabo de cierto tiempo, con frecuencia muy corto, experimente una verdadera retraccion, y suba detrás de las costillas. En otras ocasiones, sin embargo, subsiste la tumefaccion del hígado despues de haber cesado la exasperacion de los síntomas de la enfermedad del corazon: aunque el trastorno de la circulacion sea poco considerable, y mediana la dificultad de respirar, conserva aquel órgano un volúmen no acostumbrado, y su infarto puedé entonces las mas veces, tanto ó mas que la enfermedad del corazon, sostener la congestion intestinal y producir la ascitis. En casos de este género es cuando las frecuentes aplicaciones de sanguijuelas en el hipocondrio ó en el ano, un molimen hemorrágico determinado y sostenido hácia este último punto, una suave revulsion producida por los laxantes sobre el conducto intestinal, y hasta los viajes que modifican favorablemente el modo de circulacion del hígado, han hecho desaparecer muchos infartos hepáticos que habian empezado por una simple congestion venosa, y que han sido designados bajo la denominacion vaga de obstrucciones. ¿Estos infartos enteramente mecánicos y dependientes del corazon, han sido alguna vez origen de cierto número de afecciones orgánicas del hígado? Ocasion tendremos mas adelante de dilucidar una cuestion de tamaño interés para la medicina práctica (1).

---

(1) Debe por lo menos caber alguna duda acerca de la influencia de estas hiperemias enteramente mecánicas del hígado sobre la produccion de sus en-

22. Al mismo tiempo que aumenta el hígado de volumen bajo la influencia de una congestión venosa, parece que el bazo cuya sangre, conducida por la vena esplénica, atraviesa el hígado antes de ir al corazón, debiera infartarse y abultarse proporcionalmente; mas sin embargo no sucede así, y siempre que, consecutivamente á una enfermedad del corazón, hemos visto llenos de sangre venosa todos los tegidos, y en particular el hígado, se ha encontrado el bazo ya voluminoso y duro, ya blando y tambien aumentado de tamaño, ya con sus dimensiones normales, y ya por fin mas pequeño que en el estado natural. Principalmente es de notar un caso en que el hígado, empapado en sangre como una esponja, llenaba el hipocondrio derecho y el epigastrio, y bajaba hasta el nivel del ombligo, siendo así que el bazo apenas igualaba al volumen de una nuez, y presentaba una textura bastante densa, y de un color en su interior pardo-negruzco. Sin embargo, ¿no parece que debiera el bazo, en razon de su textura y de las funciones que le atribuyen muchos fisiólogos, llenarse de sangre con mayor facilidad y en mayor copia que el hígado, siempre que haya algun trastorno en la circulación? (1).

## ARTICULO II.

### CONGESTIONES SEROSAS.

23. Cuando se hace en un animal vivo la ligadura de la principal vena de un miembro, disponiendo el experimento de manera que no pueda la sangre trasladarse por los colaterales mas arriba del punto ligado, se distiende la vena debajo de la ligadura, y consecutivamente á este obstáculo opuesto á la circulación venosa se derrama serosidad al derredor de dicha vena (Fodera.) Si en el hombre se halla un grueso tronco venoso comprimido y obliterado de manera que la sangre no circule por él, y los vasos colaterales no pueden suplirle, ó le suplen incompletamente, se ve sobrevenir tambien un derrame de serosidad

fermedades orgánicas. En efecto, muy rara vez se hallan semejantes enfermedades en individuos que padecen lesiones del corazón. De modo que el solo hecho de haber habitualmente una cantidad de sangre mayor de lo natural en un órgano, no basta para determinar en él lesiones de nutrición ó de secreción.

(1) Desde que se publicó la edición primera de esta obra he creído haber comprobado que el estado mas ordinario que presenta el bazo en las enfermedades del corazón, es una grande densidad de su tegido.

en el mismo sitio en que se verifica la congestión de la sangre venosa (Bouillaud). Esta hidropesía es mas marcada aun que la que sobreviene en un animal á quien se ha ligado una gruesa vena, porque en el último caso no puede quien hace el experimento obliterar los colaterales del modo que con frecuencia lo estan en el hombre, cuando la vena principal en que desembocan se halla obstruida. Pero si la obstrucción, en vez de existir en las venas de un miembro, tiene su residencia en un vaso que recibe la sangre de mas crecido número de partes, entonces será por necesidad mas considerable la hidropesía. Si, por ejemplo, existiese el obstáculo á la vuelta de la sangre, en la vena cava abdominal, los dos miembros pelvianos y el escroto se llenarian de serosidad. Si fuese el tronco de la vena porta el que se hallase mas ó menos completamente obliterado, seria en el peritóneo donde primeramente se efectuase la coleccion serosa; no de otro modo puede suponerse que ciertas enfermedades del hígado son causa de la ascitis. Si, por último, existiese el obstáculo al regreso de la sangre venosa en el centro mismo de la circulacion, en el corazon, se deduciria por consecuencia teórica, que hallándose en tales casos dificultada en todas partes la circulacion del espesado líquido, deberian formarse en todas colecciones serosas, y hacerse general la hidropesía. Este caso previsto por la teoría se halla en efecto acreditado por la esperiencia. Todos los prácticos saben que la hidropesía es uno de los sintomas mas comunes de las diversas afecciones orgánicas del corazon, lo cual admite fácil esplicacion despues de lo que viene dicho. Los hechos patológicos reciben por otra parte una viva luz de los ingeniosos experimentos de M. Magendie sobre las causas y el mecanismo de la exhalacion y de la absorcion; al paso que tambien iluminan y realzan á estos mismos experimentos, y confirman sus resultados.

24. No todas las afecciones orgánicas del corazon van con igual frecuencia acompañadas de hidropesía; en lo cual todavia revela la esperiencia un hecho que la teoría pudo prever. Con efecto, en los casos de cambio de proporcion de las cavidades derechas del corazon, es cuando principalmente se manifiestan las congestiones serosas mas considerables. Las alteraciones aisladas del corazon derecho que hemos visto coincidir con estas congestiones son las siguientes, enumeradas con el orden de su frecuencia:

- 1.º Dilatacion de la cavidad del ventrículo derecho con hipertrofia de sus paredes:
- 2.º Igual alteracion del ventrículo derecho y de su auricula.
- 3.º Dilatacion limitada á la auricula derecha con hiper-

trofia de sus paredes, y al mismo tiempo obstáculo al libre paso de la sangre desde la cavidad de la citada aurícula á la del ventrículo.

Tres veces hemos visto semejante alteracion. En dos de ellas era debida la estrechez del orificio auriculo-ventricular al endurecimiento cartilaginoso de la válvula tricúspide. En el tercer caso se hallaba esta válvula reemplazada por una especie de tabique fibroso casi inmóvil, verdadero diafragma, con una perforacion redonda en su centro que apenas podia admitir la estremidad del dedo pequeño.

4.º Dilatacion de la cavidad de la aurícula derecha, é hipertrofia de sus paredes, sin existencia de ningun obstáculo en el orificio auriculo-ventricular, ni otra lesion alguna en el corazon. Hemos observado esta especie de alteracion en un caso en que los primeros síntomas de enfermedad del corazon se declararon á consecuencia de una pericarditis aguda, y en el que, como en los demas ya citados, pareció ser dicha pericarditis la causa ocasional bajo cuya influencia se puso aneurismática la aurícula derecha. Esta observacion nos parece digna de ser referida con algunos pormenores.

Un hombre de 60 años, de constitucion bastante fuerte, que habia hecho la mayor parte de nuestras campañas, desde la de Egipto hasta la de 1818, habia gozado de escelente salud hasta el mes de marzo de 1822. Nunca, en particular, habia experimentado dificultad en la respiracion. En aquella fecha fué acometido de una bronquitis intensa, que duraba todavia el 5 de mayo. Entonces, sin causa conocida, se sintió atacado de un dolor muy vivo en la region precordial, y al mismo tiempo de disnea estremada, y ansiedad general muy viva, (*causa, sangüías abundantes.*) Al cabo de ocho ó diez días cesaron estos síntomas; pero la disnea continuó, y fué en aumento: las fuerzas disminuyeron, y el enfermo entró en la Caridad el 22 de julio. A los tres ó cuatro dias de su entrada principiaron los maleolos á ponerse edematosos; desde el 22 de julio al 15 de agosto se estendió el edema á la totalidad de los miembros pelvianos, á los torácicos, y por fin al peritóneo que no tardó mucho en llenarse de liquido. La tintura de la digital, dada al principio á dosis de quince gotas en una pocion, y aumentada después hasta treinta, no pudo continuarse, porque produjo vómitos, que cesaron espontáneamente tan pronto como fué suspendida. La auscultacion dejaba percibir los latidos normales del corazon en la region precordial; no se les oia debajo de la clavícula izquierda; pero en la parte inferior del esternon eran muy notables, é iban acompañados de un ruido estrepitoso. El pulso era débil, pero regular; el ruido respiratorio se oia en todos los puntos del pecho con mucha fuerza y limpieza (*sanguijuelas de cuando en cuando al ano; vegetatorios en las piernas.*) A últimos del mes de agosto era enorme la distension de las estremidades inferiores; se practicaron en ellas varias picaduras que las descargaron en poco tiempo, pero que produjeron dolores muy fuertes, sin escitar á sus inmediaciones rubicundez alguna perceptible. Poco tiempo despues sobrevino una

abundante diarrea; el enfermo se debilitó desde entonces con mucha rapidez, y no tardó en sucumbir en un estado adinámico.

Se encontró el pericardio adherido al corazón en toda su estension. Las cavidades izquierdas de este órgano se hallaban en su estado fisiológico, y otro tanto sucedía al ventrículo derecho. Pero la aurícula de este lado, enormemente dilatada, escedía en volumen á las otras cavidades reunidas. Desocupada de la sangre negra medio coagulada que la llenaba, lejos de aplanarse, conservó poco mas ó menos el mismo volumen. El orificio aurículo-ventricular derecho se hallaba completamente libre. Los gruesos troncos arteriales y venosos nada ofrecían que sea de notar. Inyeccion general del tubo digestivo. Hígado ingurgitado de sangre.

5.º Otra afección del lado derecho del corazón que hemos visto coincidir con la hidropesia general, ha sido una desaparicion casi completa de la cavidad del ventrículo, sin que sus paredes estuviesen hipertrofiadas, ni el resto del corazón presentase el menor vestigio de alteracion orgánica. En este caso parecia reconocer por causa la hidropesia, la permanente plenitud de la aurícula derecha que no podia arrojar en la cavidad demasiado pequeña del ventrículo mas que una escasísima parte de la sangre que recibia de las venas. Durante la vida no habia auscultacion dado á reconocer ninguna lesion apreciable en el corazón, y la disnea jamás habia sido muy considerable.

En una segunda clase de hidrópicos no se halla alteracion alguna en las cavidades derechas del corazón; pero el lado izquierdo del mismo órgano está gravemente afectado, encontrándose en él las lesiones siguientes:

1.º Obstáculos de naturaleza diversa, sea en el orificio aurículo-ventricular izquierdo, sea en el aórtico, coincidiendo con diferentes grados de dilatacion é hipertrofia del ventrículo y de la aurícula izquierdos. El resultado comun de tales obstáculos es impedir el libre aflujo de la sangre desde las venas pulmonares á la aurícula; de aquí embarazo consecutivo de la circulacion en las cavidades derechas, y por consiguiente hidropesia. Es necesario, sin embargo, no olvidar que en cierto número de casos hemos hallado, ya la válvula mitral, ya las aórticas, guarnecidas de incrustaciones óseas de volumen suficiente para dificultar sus movimientos en individuos de edad avanzada que habian muerto de una enfermedad estraña á los órganos circulatorios, sin haber tenido nunca el mas leve indicio de hidropesia (1).

(1) En el momento que estamos corrigiendo esta prueba, tenemos á la vista en la Piedad una mujer de 90 años, en la cual cada latido del corazón va acompañado del ruido propio de la edad, y que con mas seguridad que

2.º Aumento de volúmen del ventrículo y de la aurícula izquierdos (dilatacion de las cavidades ó hipertrofia de las paredes) sin obstáculos en los orificios.

3.º Simple hipertrofia de las paredes del ventrículo izquierdo, con dilatacion ó angostamiento de su cavidad, y existencia de un obstáculo en el orificio aórtico.

4.º Igual alteracion del ventrículo izquierdo, pero sin obstáculo en el origen de la arteria.

En ciertos casos de anasarca y ascitis, no hemos hallado en el corazon mas que esta última especie de alteracion; pero como en otros muchos sugetos, y aun en el mayor número, se encuentra dicha lesion sin que nunca haya habido vestigio de hidropesia, se debe tal vez concluir que en las observaciones de este género, en que ha aparecido aquel síntoma, no habia mas que una simple coincidencia entre la congestion serosa y la hipertrofia aislada del ventrículo izquierdo, sin obstáculo en el orificio aórtico. Concibese sin embargo, que cuando la cavidad del ventrículo es muy pequeña, y al mismo tiempo son poco enérgicas sus contracciones, la sangre que llega á la aurícula izquierda no puede ser espelida con tanta facilidad como en el estado normal; y semejante obstáculo al paso de la sangre, efecto de la estrechez de la cavidad del ventrículo, puede equivaler, por sus consecuencias, al obstáculo procedente del angostamiento de los orificios aurículo-ventricular ó aórtico. De aqui, como en el último caso, reflujo, estancacion de la sangre en los vasos pulmonares, plenitud de las cavidades derechas del corazon, etc.

Por último, pueden incluirse en una tercera clase los sugetos atacados de hidropesia, en quienes ambos lados del corazon se hallan enfermos simultáneamente. Sucede en ciertas circunstancias, que se halla el ventrículo izquierdo tan sumamente desarrollado, que parece haber invadido y tomado para si el lugar del ventrículo derecho, que realmente no existe mas que bajo la forma de una especie de apéndice con cavidad muy pequeña y enteramente incapaz para recibir toda la sangre que en el estado normal debe enviarle la aurícula derecha. Otras veces están los dos ventrículos simultáneamente dilatados ó hipertrofiados; las aurículas pueden tambien hallarse al mismo tiempo aumentadas de volúmen en la misma proporcion, y entonces el corazon entero presenta una magnitud enorme. Suele

---

el simple ruido de fuelle anuncia la estrechez de los orificios. Esta mujer, sin embargo, no ha ofrecido nunca el menor indicio de afeccion del corazon, ni palpitaciones, ni disnea, ni hidropesia.

suceder que al paso que aumentan las dimensiones de la totalidad del corazón, disminuyen los orificios de comunicacion de sus diversas cavidades; pero tambien acontece otras veces que estos orificios conservan su diámetro acostumbrado, y las válvulas que guarnecen su circunferencia siguen haciendo sus funciones con la movilidad natural. En el primero de ambos casos, la causa determinante de la produccion de la hidropesía es fácil de concebir, cualquiera que sea el orificio alterado; pero en el segundo ¿por qué sobreviene? Sino hay obstáculo á la circulacion, sino hay estancacion de la sangre, ni detenimiento de su curso en el interior del corazón, no debiera verificarse la hidropesía. Nadie sin embargo duda que tambien entonces suele aparecer, lo cual debe en nuestro concepto consistir en el esceso de capacidad de las cavidades del corazón, comparadas con la que el sistema vascular ha conservado. Pero atendiendo á los datos que suministran nuestras observaciones, nos creemos autorizados para concluir que las congestiones serosas son en este caso mucho menos constantes y menos considerables que cuando el aumento simultáneo de las dimensiones de las diferentes cavidades del corazón coincide con el angostamiento de uno ó de muchos de sus orificios.

25. La hidropesía, causada de un modo mas ó menos directo por las diferentes especies de afecciones orgánicas del corazón que acabamos de examinar, presenta en su desarrollo sucesivo un orden casi constante. Puede establecerse como una especie de ley, que en toda hidropesía dependiente de una enfermedad del corazón, principia á manifestarse el derrame seroso hácia la parte inferior de los miembros abdominales, al rededor de los maléolos. Este derrame vá invadiendo poco á poco la totalidad de los referidos miembros, y estendiéndose de abajo arriba. Amenudo, aunque no siempre, se infiltran las manos al mismo tiempo que los tobillos, y antes que el edema haya llegado á la parte superior de las piernas. La infiltracion total de los miembros torácicos sobreviene mas rara vez que la de los miembros abdominales, y en cierto número de aneurismáticos nunca llega á verificarse. La cara principia á hincharse muy pronto; pero esta hinchazon subsiste mucho tiempo sin llegar á ser considerable, y se confunde al principio con un aumento de gordura. La infiltracion de la cara no llega realmente á un grado notable, hasta que toca al mas alto la hidropesía en otras partes del cuerpo. La infiltracion del escroto y del pene se manifiesta en algunos enfermos casi al mismo tiempo que el edema de las inmediaciones de los maléolos; en otros sucede por el contrario; en virtud de esas inexplicables disposi-

ciones individuales que incesantemente hallamos en el estudio de la patología, no sobreviene dicha infiltración sino cuando existen ya congestiones serosas en muchos puntos. Respecto á la época en que aparece la infiltración del tegido celular subcutáneo de las paredes torácicas y abdominales, nada fijo puede establecerse.

El tegido celular estendido por el interior del cuerpo, presenta tambien algunas veces vestigios de infiltración cuando ha sido la hidropesía considerable y de duracion muy larga. Se halla principalmente esta infiltración, 1.º en el tegido celular subseroso, bien el interpuesto entre los mediastinos, ó bien el que existe entre la sustancia del corazón y el pericardio; 2.º en el tegido celular sub-mucoso, sea el de la vejiguilla de la hiel, sea el de la vejiga urinaria, sea el de diferentes partes del intestino, pero nunca el del estómago.

El peritóneo es la membrana serosa que con mayor frecuencia se llena de serosidad, consecutivamente á las afecciones orgánicas del corazón. Pero casi constantemente no principian á manifestarse los primeros signos de ascitis, hasta que la infiltración del tegido celular ha ido estendiéndose progresivamente desde los maléolos á la parte superior de los muslos. Si ocurre el caso contrario, se puede concluir de un modo casi cierto que la producción de la ascitis no es debida á la enfermedad del corazón, y que depende, por ejemplo, de una afección del hígado, ó de una inflamación mas ó menos latente del peritóneo, etc.

El derrame de serosidad en las pleuras, ó en otros términos el hidrotorax, es, con mucha menor frecuencia que la ascitis, resultado de las enfermedades orgánicas del corazón, y otro tanto sucede respecto del hidro-pericardias. En cuanto á la acumulación de serosidad en las diferentes partes de la aragnoides cerebro-espinal, no nos ha parecido que fuese manifestamente mas considerable en los casos de enfermedades del corazón, que en otras afecciones.

Muy fácilmente hubiera podido prever la teoría estos diferentes resultados de la observación. Hemos dicho que aparecen las primeras señales de hidropesía al rededor de los maléolos; y efectivamente en el punto mas distante del corazón es donde debe principiar á sentirse la influencia de un obstáculo á la circulación venosa, que existe en su mismo centro. Hemos dicho tambien que la serosidad se acumula con mayor frecuencia y en mayor cantidad en el peritóneo que en las otras serosas; y así debía suceder en razon del paso de las venas del peritóneo al través del hígado infartado de sangre.

26. Las diferentes congestiones serosas que acabamos de enumerar, se forman y aumentan con una celeridad muy variable. Hay individuos en quienes no se advierte durante mucho tiempo otra señal de hidropesía que un poco de edema al rededor de los maleólos. En otros, al contrario, muy pocos días despues de la primera aparicion de este edema, se llenan todo el tegido celular y el peritóneo de una grande cantidad de humor seroso. Hemos visto formarse un hidrotorax doble muy considerable en menos de quince horas, en un aneurismático que hacia mucho tiempo se hallaba afectado de anasarca y de ascitis. En la última visita que le hicimos fue auscultado y percutido con el mayor cuidado: el ruido respiratorio se oia en todas partes con fuerza; en algunos puntos habian alterado su claridad diferentes estertores, y en todos dieron las paredes del pecho, por la percusion, un sonido completamente normal: el enfermo se hallaba en el mismo estado que los dias anteriores. Ningun sintoma nuevo se manifestó en él hasta cerca de las dos de la tarde, pero entonces principió á sentir mayor dificultad en la respiracion: al anochecer era ya la disnea extraordinaria, y á las siete de la mañana siguiente estaba espirando; el color violado de la cara daba á entender que sucumbia asfixiado. A las ocho ya habia dejado de existir.

La abertura del cadáver demostró la existencia de un enorme derrame de serosidad clara en cada pleura. Los dos pulmones se hallaban fuertemente rechazados hácia los lados de la columna vertebral. La cavidad del torax estaba casi en totalidad ocupada por el liquido de las pleuras y por el corazón, que tenia sus dos ventriculos dilatados é hipertrofiados con osificacion de las válvulas aórticas y de la aorta misma.

Nadie puede dudar que el doble hidrotorax, cuya existencia reveló la abertura del cadáver, no principió á formarse, ó á lo menos no se hizo considerable hasta mediados del dia que siguió á nuestra penúltima visita, es decir, de quince á veinte horas antes de la muerte. Semejante rapidez se ha observado con frecuencia en los derrames formados á consecuencia de las pleuresias agudas; pero no tanto segun creo en los hidrotorax. Puede dudarse ademas, que en este caso haya sido producido el hidrotorax por la afeccion del corazón; porque si fue debido á una modificacion de la circulacion venosa ¿dónde estan los signos que lo manifiesten?; y si dependia de una lesion del mismo centro circulatorio ¿por qué no se le vió crecer al mismo tiempo que el anasarca y la ascitis? Hay aquí una incógnita que no podemos despejar.

Del mismo modo que se forman ciertos derrames serosos

con una sorprendente rapidez, se los ve tambien desaparecer con extraordinaria prontitud. Hay enfermos en quienes, á pesar de todos los medios empleados, permanece la hidropesia estacionaria durante muchos meses; despues, repentinamente, y sin que en algunos casos pueda atribuirse á la terapéutica, desaparece la serosidad derramada, terminándose en corto número de dias, y aun á veces todavia mas pronto la reabsorcion total; la hemos visto, por ejemplo, efectuarse completamente en menos de veinte horas.

Esta rápida reabsorcion de serosidad va acompañada de diversos fenómenos, y produce diferentes resultados que conviene estudiar.

La desaparicion repentina de la hidropesia va unas veces precedida y acompañada de notable mejoría en el estado del enfermo; y otras, por el contrario, es el signo precursor de los accidentes mas peligrosos, y va seguida de la muerte casi inmediatamente. En el primer caso, á proporcion que el líquido derramado se reabsorve, se manifiestan diferentes flujos serosos.

En otra parte hemos citado una observacion notable, porque coincidió la reabsorcion de un hidrotorax con la exhalacion de una grande cantidad de líquido seroso en la superficie de los bronquios; y ademas en otro enfermo hemos visto manifestarse un flujo intestinal, igualmente seroso, al mismo tiempo que desaparecia una ascitis. Todos los prácticos saben que las orinas abundantes y formadas por una gran cantidad de serosidad, y los sudores copiosos, coinciden frecuentemente, como causa ó como efecto, con la desaparicion de diferentes hidropesias. Rara vez existen estos dos últimos flujos simultáneamente; sin embargo, hace poco los hemos observado en un jóven que presentaba sintomas locales bastante oscuros de una enfermedad del corazon, y que hacia dos meses padecia anasarca y ascitis. La piel estaba habitualmente seca, las orinas raras y sedimentosas, cuando de repente y á la par se establecieron sudores copiosos y una abundante secrecion de orina serosa. Esta doble evacuacion duró tres dias, en cuyo tiempo el líquido de la hidropesia fué completamente reabsorvido.

En otras circunstancias se reabsorve este líquido sin que al mismo tiempo se note una evacuacion insólita. ¿Qué se hace entonces de la materia serosa? Permanece unida á la sangre, mientras que en el caso primero se separa de ella en la superficie de la piel y en el parenquima de los riñones.

¿Puede en todos los casos permanecer impunemente esta grande cantidad de serosidad mezclada con la sangre? ¿No pue-

den algunas veces resultar accidentes peligrosos, sea del aumento repentino de la masa de líquido que circula en los vasos, sea del cambio repentino también de la naturaleza de sus principios constitutivos? Lo que hay de cierto, es que estos accidentes sobrevienen y pueden apreciarse muy bien en los animales, inyectando en sus venas una cierta cantidad de agua. Durante los primeros tiempos que siguen á la inyección, sufre su cerebro una influencia indudable: permanecen inmóviles, postrados, y su marcha es vacilante. Al mismo tiempo y más constantemente todavía, se acelera su respiración, y se ponen anhelosos como si acabasen de dar una larga carrera. Pero muy luego se van haciendo más abundantes la secreción de la orina, y sobre todo la exhalación pulmonar, y á beneficio de estas evacuaciones saludables se desembaraza su economía del líquido extraño introducido en las vías circulatorias, y vuelven con presteza á su estado de salud. Si se continúa inyectando agua, se manifiestan accidentes más graves: el pulmón se infarta más y más, y sobreviene la muerte en medio de una especie de asfixia. En el cadáver se encuentran: 1.º los pulmones llenos de una crecida cantidad de serosidad espumosa: 2.º principios de derrame acoso en las diferentes cavidades serosas.

Sentados estos hechos, ¿pueden aplicarse á lo que sucede en el hombre cuando desaparece de pronto una hidropesía considerable sin que al mismo tiempo se establezca alguna evacuación? Únicamente diremos en este sitio, que muchas veces, en semejantes casos, hemos observado que se manifiestan en el hombre la misma serie de accidentes que acabamos de ver sobrevenir en los animales á quienes se ha inyectado una gran cantidad de agua. Sin nueva lesión apreciable de ningún órgano, sin causa conocida, durante y después de la desaparición súbita de la hidropesía, se postran los enfermos repentinamente, su inteligencia se entorpece, sus sensaciones se anonadan, su respiración se dificulta, aparece el estertor traqueal, y tardan poco en sucumbir en un estado de asfixia. Repetidas veces hemos tenido ocasión de presenciárselo. Entonces la abertura de los cadáveres manifiesta el aparato pulmonar sumamente infartado por una serosidad descolorida y espumosa. Algunas veces, al mismo tiempo que una cavidad serosa se desocupa del líquido que estaba acumulado en ella, otra cavidad viene á ofrecer una nueva hidropesía; y lo más notable es que esta especie de metastasis se verifica en varias ocasiones sobre aquellas cavidades que con menos frecuencia suelen llenarse de serosidad á consecuencia de las enfermedades del corazón. Así sucedió en el sujeto de quien hemos referido que fué de pronto acometido

de un hidrotorax doble; el abdomen se aplanó, y la colección peritoneal fué reabsorbida al propio tiempo que las pleuras se llenaron de serosidad.

— He aquí otro ejemplo bastante raro de cambio repentino del sitio de la hidropesía.

Un hombre, de edad de 50 años poco mas ó menos, entró en la Caridad en 1819. Presentaba de un modo marcado los diferentes síntomas locales y generales de una afección orgánica del corazón, y en particular tenia anasarca y una ascitis considerable. Una mañana le encontramos privado enteramente de conocimiento, con los ojos fijos, la boca entreabierta é inmóvil, y la cara pálida. Levantando sus miembros y soltándolos de pronto, caían como masas inertes, y pellizcándole, apenas daba la piel señales de una sensibilidad muy oscura, espuesada por una ligera contracción de los músculos de la cara. Semejante estado apoplético no se había manifestado hasta despues de entrada la noche; porque se nos aseguró que al principio de ella gozaba todavía el enfermo de completa libertad en sus movimientos é integridad de sus facultades intelectuales. Una circunstancia nos llamó la atención: el abdomen, que era muy voluminoso veinticuatro horas antes, había bajado considerablemente, y no presentaba fluctuación sensible; los miembros se habían deshinchado también. La respiración estaba acelerada y estertorosa: el enfermo sucumbió algunas horas despues de la visita.

Nada puede ofrecer mayor semejanza á un ataque de apoplejía que el conjunto de los síntomas presentados por este sujeto durante las últimas horas de su existencia; sin embargo, no se encontró en su cerebro vestigio alguno de hemorragia. Pero los hemisferios cerebrales parecían como aplanados, y ofrecían al exterior, cuando se les tocaba, la sensación de una especie de fluctuación oscura. Se les cortó de arriba abajo por rebanadas delgadas, y todavía no se había llegado al nivel ordinario de la pared superior de los ventriculos laterales, aun no se había descubierto el centro oval de Vieussens, cuando la fluctuación era ya sumamente sensible, y pronto, separada que fué una capa muy delgada, se vió saltar con fuerza una cantidad notable de serosidad descolorida y perfectamente clara. Esta serosidad, acumulada en los ventriculos laterales y en el tercer ventriculo, les había distendido prodigiosamente; y con todo las partes medias del cerebro (cuerpo caloso, septo medio y bóveda de tres pilares) habían conservado su consistencia acostumbrada; solo ofrecía de particular el septo una grande transparencia. Ninguna otra alteración apreciable existía en el cerebro ni en sus dependencias. En el pecho se hallaron los pulmones infartados, y el corazón aumentado de volumen en todas sus cavidades, con incrustaciones cartilagosas y osas al rededor de los orificios auriculo-ventricular y arterial del lado izquierdo. En el peritórax no había mas que una pequeñísima cantidad de serosidad que ocupaba los vacíos y las escavaciones de la pelvis: hechas algunas incisiones en los miembros salió unicamente una escasisima cantidad de líquido.

Esta observacion puede servir de ejemplo de una verdadera apoplejía serosa, cuyo principio coincidió de un modo notable con la reabsorción de la serosidad acumulada en el peritórax y en el tejido celular de los miembros.

A pesar de lo dicho, no siempre la pronta reabsorcion de las congestiones serosas, sin evacuacion suplementaria, vá seguida de síntomas tan graves como los que acabamos de indicar. ¿Será porque en tales casos, conteniendo poca sangre el sistema vascular, pueda recibir impunemente una nueva cantidad de líquido? Lo cierto es, que cuando antes de inyectar agua en las venas de un animal se le sangra abundantemente, no le sobreviene ninguno de los síntomas que hemos referido. Concíbese además que otras muchas circunstancias pueden influir en la diferencia de efectos que se manifiestan consecutivamente á la súbita reabsorcion del líquido de las hidropesias.

Puede presentarse la hidropesia en diversos periodos de la enfermedad del corazon. Ante todo es necesario confesar que, siendo al parecer iguales las circunstancias, varia singularmente la época en que aparece la primera congestion serosa, en razon de inesplicables disposiciones individuales; pero tambien esta aparicion, mas ó menos prematura, se halla frecuentemente en relacion con la especie misma de lesion que padece el centro circulatorio. Nuestras observaciones nos conducen á admitir las reglas generales que luego pasamos á enumerar, y que por otra parte, lo repetimos, están lejos de carecer de excepciones; porque en resumen no son otra cosa mas que la expresion de los elementos mas constantes que hemos podido recoger en medio del gran número de elementos infinitamente variables de que se compone el fenómeno que tratamos de analizar.

1.º Cuando la enfermedad del corazon tiene su asiento primitivo en el lado derecho, y es del número de aquellas que pueden determinar algun obstáculo al regreso de la sangre venosa hácia la auricula derecha, suele la hidropesia manifestarse muy desde el principio, preceder mucho tiempo á la disnea, y ser, en una palabra, el primer fenómeno morboso que conduzca á sospechar la existencia de una enfermedad del corazon, cuyos restantes síntomas, sean locales, sean generales, se manifestarán mas tarde.

2.º Cuando, al contrario, existe primitivamente la afeccion del corazon en el lado izquierdo, si es por otra parte del número de aquellas que pueden dificultar la respiracion pulmonar, entonces no se manifiesta por lo comun la hidropesia, sino mas ó menos tiempo despues de haber aparecido los otros signos. Casi siempre va precedida, en este caso, de una dificultad en la respiracion que ha podido durar muchos años antes de manifestarse las primeras señales de congestion serosa.

3.º En fin, si los dos lados del corazon estan simultánea-

mente afectos (lo que es ciertamente el caso mas comun), nada puede establecerse con exactitud, y segun el predominio de la afeccion de tal ó cual cavidad del corazon, se verá que la hidropesía precede, acompaña ó sigue á la disnea y á los restantes fenómenos mórbos.

27. Cualquiera que haya sido la época de la primera aparicion de las congestiones serosas, suele suceder, en el mayor número de casos, que se manifiestan y disipan muchas veces antes de quedar permanentes. La primera aparicion de la hidropesía va separada algunas veces de las siguientes por un grande número de años: durante este intervalo disfruta unas veces el individuo de buena salud, y otras se halla sujeto á palpitaciones, disnea habitual ó intermitente, y otros síntomas bien pronunciados de una afeccion orgánica del corazon.

Las causas que influyen para la reaparicion de la hidropesía son todas aquellas que, exasperando la afeccion del corazon, tienden á turbar la circulacion venosa. Estas causas son en grande número, y entre ellas deben colocarse en primera línea las modificaciones tan variadas que imprime en el corazon la inervacion desviada de su estado normal. En efecto, hay muchos sugetos que padeciendo una enfermedad del corazon, han sido atacados de hidropesía en una época mas ó menos remota, y en quienes aparece nuevamente el citado sintoma á consecuencia de fuertes emociones morales, de vigiliass y de continuados estudios. Tales causas, como la que vamos á enumerar, pueden producir igualmente una primera congestion serosa; pero cuando esta se ha verificado ya una vez, renace despues con mayor facilidad bajo la influencia de los agentes mas ligeros. Algunas veces hemos visto en el hospital de la Caridad sugetos que padecian un aneurisma del corazon, poco adelantado todavia, en quienes la hidropesía se habia manifestado con aumento de la disnea habitual, incremento de las palpitaciones, etc., á consecuencia de excesos en la bebida de licores alcohólicos: en otros casos se debe la aparicion de la hidropesía á un ejercicio violento ó á una fatiga corporal no acostumbrada. Diferentes enfermedades que se manifiestan durante el curso de la afeccion del corazon, ejercen algunas veces una influencia notable en la produccion de la hidropesía; pero siempre es modificando primitivamente los movimientos del corazon, de donde se sigue un aumento en la dificultad de la circulacion venosa. En efecto, hemos visto en muchos aneurismáticos ó establecerse por la primera vez congestiones serosas, ó presentarse de nuevo, con motivo de una inflamacion aguda del parenquima pulmonal, y aun de una simple bronquitis crónica, exasperada momentáneamen-

(animo satis compositus) mente lúcida, y reducida al estado agudo; en otros enfermos se manifiesta la hidropesía durante el curso de una inflamacion gastro-intestinal; ó á consecuencia de la misma y durante la convalecencia. Citaremos en particular el siguiente caso que nos parece digno de observarse, porque la enfermedad del corazon empezó á notarse al mismo tiempo que la hidropesía, que sobrevino por primera vez durante la convalecencia de una gastro-enteritis.

Un muchacho, jardinero, de edad de 23 años, presentaba el estado siguiente cuando entró en la Caridad en abril de 1824: postacion general; cara rubicunda; cefalalgia supra-orbitaria; lengua blanca punteada de rojo; sed viva; dolor epigástrico que se aumentaba por la presion; diarrea serosa; pulso frecuente, regular, desarrollado, sin otros caracteres que los que presenta en todo movimiento febril (*sanguifuelas al año, dieta*). Durante los ocho ó diez dias siguientes no cedió la fiebre; la lengua tomó un color rojo uniforme; la inteligencia se turbó por intervalos. (*Se practicaron dos sangrias, y se prescribió una dieta severa*). Hacia el dia décimo quinto de la enfermedad, los síntomas, que siempre se habian ido agravando, principiaron á ceder, y el enfermo caminó poco á poco á su convalecencia. La lengua habia recobrado hacia algunos dias su aspecto natural; la diarrea habia cesado, y la fiebre no existia ya, cuando el enfermo nos hizo observar que tenia las piernas infiltradas; le preguntamos entonces con cuidado acerca de su estado habitual de salud antes de verse acometido de la afeccion aguda que le obligó á entrar en el hospital, y nos aseguró que siempre habia gozado excelente salud antes de su enfermedad actual; que nunca habia tenido señal alguna de hidropesía, ni en ninguna ocasion habia experimentado dolor, ni palpitaciones en la region precordial. Auscultamos el corazon, y no ofrecia en parte alguna ni impulso ni ruido insólito; pero sus latidos se percibian en grande estension, á saber, en toda la longitud del esternon, y en todo el lado anterior derecho del torax; explorado nuevamente el pulso, no nos presentó ningun carácter morboso. Segun los datos suministrados por la auscultacion, y no obstante la falta de disnea, nos pareció probable que este sujeto estuviese afectado de una dilatacion de las cavidades derechas del corazon, que debia ser la causa de la hidropesía incipiente. Esta hizo rápidos progresos, pues que en menos de quince dias se infiltró todo el tegido celular subcutáneo, y se percibia ya una fluctuacion bastante manifiesta en el abdomen. Sin embargo, la respiracion continuaba siendo libre (*fricciones con la tintura de digital y el vino escitico; vegetativas á las piernas; oximiel escitico; tisana de granu nitrada, con jarabe de las cinco raíces; cocimiento de rusco, fumigaciones de bayas de enebro*). La hidropesía no disminuyó ni aumentó durante un mes poco mas ó menos; despues empezaron las orinas á correr abundantemente, se deshinchó el enfermo con bastante rapidez, y dejó pronto el hospital, creyéndose enteramente bueno; pero conservando para nosotros un fenómeno morboso apreciable, la estension insólita de los latidos del corazon.

Pocas hidropesías se parecen mas á la llamada esencial, que la padecida por este enfermo; sin embargo, iba acompaña-

da de una afección del corazón, y fué el primer stotoma que reveló su existencia. Habiendo sobrevenido durante la convalecencia de una enfermedad aguda, á consecuencia de una dieta prolongada y de muchas emisiones sanguíneas, ¿dependia tal vez de que hallándose dilatadas las cavidades derechas del corazón, y habiendo perdido su fuerza y contractilidad ordinarias, permitian á la sangre acumularse en su interior? Segun este modo de ver, el mejor tratamiento que en tal caso podia emplearse era el de dar al enfermo, en cantidad moderada, un alimento sano y sustancioso. En efecto, pudimos observar que la administracion activa de los diuréticos no contribuyó de un modo notable á la desaparicion de la hidropesia, sino que esta se dispó á medida que el enfermo fué recobrando sus fuerzas mediante el uso de alimentos. Asi, pues, aunque llevando la ventaja á los médicos antiguos de reconocer la verdadera causa orgánica de semejante hidropesia, hemos debido adoptar en el referido caso el mismo modo de tratamiento que ellos hubieran empleado. Estamos convencidos de que si en esta circunstancia, mirando solo á la existencia de la enfermedad del corazón, se hubiese continuado la dieta y practicado nuevas sangrias, lejos de desaparecer los síntomas de la afección orgánica, se hubieran agravado notablemente.

En este enfermo se halla confirmada tambien la asercion que mas arriba hemos emitido, á saber: que cuando principia el aneurisma por el lado derecho del corazón, puede la hidropesia manifestarse antes que la respiracion se haya dificultado, ó á lo menos antes que esta dificultad haya sido apreciable para el enfermo.

28. La hidropesia, considerada como signo de las enfermedades orgánicas del corazón, puede suministrar acerca de la existencia y naturaleza de estas afecciones algunos datos, cuya importancia y exactitud varian en razon de las circunstancias que vamos á enumerar.

En primer lugar hay casos en que, al mismo tiempo que la hidropesia, se observan otros signos característicos de una afección orgánica del corazón, tales como los suministrados por el estado de la respiracion, por el pulso, la auscultacion y la aplicacion de la mano sobre la region precordial. Entonces la causa de la hidropesia no puede ser dudosa.

Otras veces, oídos con el cilindro, nada presentan de insolito los latidos del corazón; aun se perciben á veces mas oscuros que en el estado normal. El pulso conserva su fuerza y su regularidad ordinarias; pero el enfermo respira con dificultad, y principian á aparecer señales de hidropesia. En casos de

este género es cuando antes de los recientes progresos de la anatomía patológica y de los trabajos de Corvisart, se decía que los enfermos estaban amenazados de una hidropesía de pecho, y para nada se tenia en cuenta la afección latente del corazón. Pero en el día es una verdad demostrada para cuantos han cultivado la anatomía patológica, que no hay cosa más rara que un hidrotorax idiopático. Entre mas de seis mil enfermos no hemos observado mas que cinco en quienes haya existido, á nuestro entender, una hidropesía de pecho esencial, es decir, sin existencia de ninguna lesión apreciable que pudiese explicar el considerable derrame de serosidad sobrevenido en una de las pleuras. De este reducido número de casos, habia unos en que el hidrotorax era la única colección serosa que existía, y otros en que habia sido precedido, ora por una ascitis, ora por una anasarca.

Siguese de estos hechos que la coincidencia de la disnea y de la hidropesía, sin otro signo que anuncie una afección del corazón ó del hígado, no indica, como han asegurado muchos autores, y como todavía creen algunos médicos recomendables, la formación actual ó futura de la enfermedad llamada *hidropesía de pecho*. Pero estos dos fenómenos morbosos ¿bastan para indicar con toda certeza una afección del corazón, cuando ninguno otro sintoma revela su existencia? El modo de aparecer y aumentarse la hidropesía dá en estos casos mucha luz. Si se ha manifestado primero al rededor de los maléolos, y se ha extendido progresivamente de abajo arriba; si los miembros superiores y la cara están igualmente infiltrados; si se ha presentado la congestión serosa del peritórneo consecutivamente á las infiltraciones de los miembros y de la cara; si, en fin, la disnea que se observa ha existido antes que fuese la ascitis considerable, y por consiguiente no puede referírsela á la simple elevación del diafragma por el líquido peritoneal, entonces vienen á ser tan fuertes las probabilidades de una afección del corazón, que se las puede considerar como equivalentes á la certidumbre; porque la abertura de los cadáveres demuestra que cuando se reúne el espesado conjunto de fenómenos morbosos, muy rara vez deja de hallarse afectado el corazón.

Resulta de estas consideraciones, que á falta de signos locales suministrados por la auscultación, se descubre muchas veces la existencia de las enfermedades del corazón, con una certeza poco menos rigurosa, mediante los signos generales que acabamos de indicar. Puede acontecer además, que despues de haber sido muy manifiestos los signos suministrados por la

auscultacion , por el pulso , etc. , desaparezcan , ó á lo menos vengán á ser mucho mas oscuros , y esto es lo que observamos con bastante frecuencia en el hospital, cuando los enfermos permanecen en él durante algun tiempo. Entonces solo por la existencia de la hidropesia , por el modo particular de inyeccion de la cara y por la disnea, que ha cedido algo pero no desaparecido , puede reconocerse todavía la afeccion del corazon. Si en tal estado se obliga al enfermo á hacer algun ejercicio , con frecuencia vuelven á aparecer repentinamente y con mucha intensidad los diferentes signos locales anteriormente observados.

En fin , puede acontecer , segun ya hemos manifestado y de ello citado ejemplos , que no haya siquiera disnea notable , y quede la hidropesia como único signo de la enfermedad del corazon. Entonces ¿cuál es el valor de este signo aislado ? Si en semejante caso es la ascitis la primera congestion serosa que se ha notado , podemos estar ciertos de que no depende de una enfermedad del corazon : mas si la hidropesia principia , al contrario , por los miembros , y sobre todo por los inferiores , todavía puede temerse la existencia de un principio de lesion del centro circulatorio , aunque nada lo demuestra rigurosamente. En el caso que la hidropesia principie por el peritóneo , es casi indudable que debe referirse su causa , ó á una inflamacion latente de esta membrana , ó á una enfermedad del higado. Al contrario , si se manifiesta primeramente en los miembros inferiores , el corazon puede hallarse intacto , y residir el obstáculo á la circulacion en una obstruccion completa de la vena cava abdominal. No hablamos aqui de los aneurismas de la aorta , que han sido tambien considerados como productores de la hidropesia ; porque la observacion nos ha enseñado , que solo de un modo hasta cierto punto escepcional , dan lugar tales aneurismas á colecciones de líquido , en el tegido celular ó en las membranas serosas. Finalmente , en algunos individuos (pocos en verdad ) , el estudio de los sintomas y la abertura de los cadáveres no nos han revelado ninguna especie de alteracion apreciable , actual ó anterior , á que haya podido referirse la hidropesia ; por cuya razon en este caso , y hasta que la ciencia haga nuevos progresos , es necesario llamarla *esencial*, es decir , *sin lesion visible para nosotros*.

En el número de estas hidropesias llamadas esenciales , ó á lo menos consideradas como tales , atendiendo á los síntomas , colocaremos aquellas que se manifiestan con bastante frecuencia de resultas de la escarlata. No puede decirse entonces que la hidropesia resulta de la irritacion de la piel comunicada al tegido

celular subyacente; porque, 1.º hasta algun tiempo despues de la desaparicion del exantema, y durante la descamacion de la epidermis, no principian á manifestarse las primeras señales de hidropesía; 2.º esta se manifiesta indiferentemente en los puntos que mas rubicundos han estado, y en aquellos que apenas han perdido su color natural; 3.º la hemos visto empezar lejos de la piel, por ejemplo en el peritóneo, sin que por otra parte haya habido ningun signo apreciable de inflamacion de esta membrana. Si necesitásemos enunciar una opinion acerca de la causa probable de la especie de hidropesía que nos ocupa, preguntariamos si no puede admitirse que durante la escarlata y despues de ella, mientras dura el periodo de descamacion, se suspende la exhalacion que habitualmente se verifica en la superficie de la piel, y si, no saliendo entonces al través de ella la serosidad bajo la forma de transpiracion insensible, pudiera suceder que se depositase, mas ó menos modificada en su naturaleza, sea en las areolas exhalantes del tejido celular, sea en las membranas serosas, supliendo en este, como en otros mil casos, una secrecion á otra.

Esta opinion obtiene nuevo apoyo si se atiende á que la hidropesía sobreviene principalmente despues de la escarlata, cuando en la convalecencia no han estado bastante abrigados los enfermos, ó se han espuesto á la influencia de una atmósfera húmeda. Si nuestra opinion no pareciese destituida de toda probabilidad, preguntariamos en fin si uno de los mejores medios de oponerse á la aparicion de la hidropesía que se presenta despues de la escarlata, no seria el de escitar hácia los intestinos una fluxion moderada á beneficio de sustancias purgantes, como acostumbraban hacer los antiguos. Conjeturas son estas que sometemos á la meditacion de los prácticos.

En la Caridad hemos observado siete casos de la especie que actualmente nos ocupa.

Los enfermos eran jóvenes: los unos pletóricos y de constitucion fuerte, y los otros débiles y de un temperamento linfático. La escarlata no existia ya en ninguno de ellos al tiempo de su entrada; pero en muchos se hallaba la piel todavía cubierta de estensas escamas de epidermis. Cuatro de ellos contaron que apenas habia desaparecido la fiebre se habian espuesto á un aire frio; el quinto habitaba durante su enfermedad en un aposento bajo y húmedo; los dos restantes no se habian sometido á estas peligrosas influencias. En ninguno se presentó la congestion serosa hasta de los seis á diez dias despues de la desaparicion de la rubicundez de la piel; uno solo habia sido purgado; tres habian sufrido abundantes sangrias durante la escarlata. En unos principió la hidropesía por la cara, en otros por los miembros inferiores, y en alguno por el abdomen. En dos casos no hubo mas que anasarca, y en los otros cinco hubo á un tiem-

po anasarca y ascitis. La terminacion fué en todos feliz; pero la desaparicion de la hidropesia se hizo esperar mucho tiempo. Duró, por un término medio, de quince días á dos meses. Los unos fueron tratados especialmente por los purgantes administrados muchos días seguidos, de manera que produjesen una diarrea permanente. De tres que se sujetaron á este plan, á dos no resultó accidente alguno: lejos de ello el establecimiento y la persistencia del flujo intestinal, parecieron contribuir á la reabsorcion de las colecciones serosas; pero en el tercero, dotado sin duda de una susceptibilidad mas esquisita, se encendió la fiebre, se puso roja la lengua; y la hidropesia creció al mismo tiempo de una manera notable. Habiéndose suspendido los purgantes, cesaron con prontitud los referidos accidentes, y abandonada casi á la naturaleza, se dispò la afeccion por si misma. Otros tres enfermos fueron tratados por las sustancias llamadas diuréticas. (*tisanas de grama y rusco nitradas, miel escilitica; fricciones sobre los miembros con tintura de la digital, con la de cantáridas, vino escilitico y alcohol alcanforado.*) Además, y al mismo tiempo, se aplicaron muchos vejigatorios á los miembros inferiores, y varias veces al día se hicieron fumigaciones con las bayas de enebro. Ultimamente, en otro enfermo, que estaba pálido, débil, como exangüe, se insistió principalmente en el uso de los amargos, y en particular de la quina administrada sucesivamente en jarabe, cocimiento y extracto. A la administracion de estas sustancias siguió una sensible mejoría en el estado de las fuerzas y en el aspecto de la cara, y entre sus felices resultados debió al parecer contarse la reabsorcion de la hidropesia.

Concluimos de los hechos enunciados que en el caso presente, como en otros mil, no puede el tratamiento ser uniforme, sino que debe variar en razon de un gran número de circunstancias individuales, que únicamente se llegan á determinar y apreciar á fuerza de hábito clínico.

Citemos ahora algunos otros casos de hidropesia, en que la anatomía patológica no ha demostrado ninguna especie de alteracion orgánica que pueda explicarla.

En muchas mujeres atacadas de cáncer uterino hemos observado, durante los últimos meses de su vida, una infiltracion de la totalidad del tegido celular sub-cutáneo. Esta anasarca se habia ido estableciendo poco á poco, y comunmente principiaba á manifestarse, ya hácia la parte inferior de las piernas, ya en las manos ó en la cara. Abierto el cadáver, no hemos hallado alteracion apreciable en ningun órgano, á que pudiera referirse la leucoglemasia.

Una mujer de 24 años, que hacia diez y ocho meses habia parido, se hablabá padeciendo anasarca y ascitis cuando entró en el hospital de la Caridad. Las primeras señales de la hidropesia se manifestaron poco tiempo despues del parto, y sin que la enferma sintiese ningun dolor ni en el abdomen, ni en ningun otro punto. Esta mujer se fué debilitando insensiblemente, y sucumbió al cuarto mes de su entrada, sin presentar jamás síntomas propios de lesion de algun órgano. Cuando se abrió el cadáver, se halló la cavidad peritoneal llena de una grande cantidad de serosidad clara, sin mezcla de copos, ni apariencia de pseudo-membranas, antiguas ó recientes. *Todos los órganos se encontraron sanos.* Una sola circunstancia nos llamó la atencion; la falta casi

completa de sangre. Tan notable era, que no solamente contenian los troncos arteriales y venosos una pequenísima cantidad de liquido rojizo, sino que algunos tegidos ú órganos, tales como el intestino, el higado y los pulmones, que ordinariamente aparecen infartados, y en los cuales se acumula durante la agonía ó despues de la muerte una crecida cantidad de sangre, estaban enteramente descoloridos y *exangües*.

En otra mujer, de edad de 50 años, habia anasarca y ascitis mas de quince meses antes de su entrada en el hospital. No presentaba mas sintomas de afeccion local que la enferma precedente; como ella se fué aniquilando poco á poco, y murió por fin. Tampoco ofreció ninguna lesion que pudiera considerarse como causa de la ascitis. Todos los órganos estaban sanos, excepto el estómago, cuya membrana mucosa se hallaba notablemente reblandecida hacia su fondo.

Un hombre de 22 años, que habitaba en el campo, habia disfrutado de excelente salud hasta el mes de abril de 1821. Entonces, sin causa conocida, sin dolor, adquirió su vientre un volúmen no acostumbrado que siguió en aumento los meses sucesivos, al mismo tiempo que los miembros abdominales se ponian edematosos. A fines de julio, consecutivamente al establecimiento espontáneo de una abundante diarrea, nos refirió el enfermo que su vientre habia bajado de pronto, y que se le deshincharon los miembros inferiores. Pero muy luego, á pesar de la persistencia de la diarrea, apareció de nuevo la hinchazon tan considerable como antes: hasta fines de octubre continuó la diarrea con debilidad cada vez mayor. El enfermo entró en el hospital á principios de noviembre de 1821. Entonces su cara estaba pálida y abotagada; el vientre, completamente indolente, presentaba una fluctuacion muy perceptible, y los miembros inferiores se hallaban sumamente edematosos. La respiracion era libre; percutido el pecho resonaba bien en todas partes; la auscultacion no daba á conocer nada de insólito, ni en el ruido respiratorio, ni en los latidos del corazon; el pulso era pequeño y un poco frecuente; no habia calor en la piel. El enfermo hacia habitualmente en veinticuatro horas ocho ó diez cámaras, formadas por material parecido al agua, sin color, y algo turbio, y que no iban acompañadas de ninguna especie de dolor. Se quejaba constantemente de frio. La orina era muy escasa, y sin embargo *acuosa, clara, sin sedimento*. (*Cocimiento blanco, tisana de grama gomada y nitrada*.)

El 10 de noviembre, cuatro ó cinco dias despues de haber entrado en el hospital, se le hicieron algunas picaduras en las piernas, y corrió de ellas mucha serosidad. Persistencia de la diarrea. El 11 y el 12 se añadió a la prescripcion ordinaria un vaso de cocimiento de catecú, y fumigaciones de bayas de enebro. En la noche de 12 al 13 aumentó notable de la diarrea. El 13 rubicundez dolorosa alrededor de las picaduras. El 14 la pierna derecha ofrecia una vasta erisipela que ocupaba toda su parte superior é interna. El dolor que experimentaba el enfermo en la region afectada era bastante vivo para arrancarle gritos. Se trató de moderar la diarrea por medio de una lavativa amilácea con adiccion de dos dracmas de diascordio y doce gotas de láudano de Rousseau. Las cámaras fueron en efecto menos frecuentes durante las veinticuatro horas que siguieron. El 15 se habia estendido mucho la erisipela; todo el muslo estaba duro y dolorido. El escroto se habia hinchado prodigiosamente desde el dia anterior. El pulso estaba muy frecuente y pequeño; la piel caliente.

El 16 de noviembre, la diarrea habia vuelto á ser tan copiosa como antes; color rojo-cereza de la piel del escroto; lengua seca; alteracion de las facciones; decaimiento de ánimo.

El 17, escara estensa en la parte superior é interna del muslo, y alrededor de ella rubicundez oscura de la piel. La erisipela se habia extendido á la pared anterior del abdomen, desde el pliegue del muslo derecho hasta el nivel de la cresta del hueso ileon. Hacia la parte interna terminaba repentinamente en la linea blanca. La cara estaba deshinchada, y profundamente alteradas las facciones. El enfermo invocaba la muerte, que consideraba como próxima; su inteligencia se hallaba íntegra; la respiracion no ofrecia mayor dificultad que de ordinario; el pulso era muy pequeño y de extraordinaria frecuencia. (*Dos dracmas de extracto acuoso de quinina y un escrúpulo de alcanfor en cuatro onzas de agua destilada de tilo con una de jarabe de clavel.*)

En el espacio de todo el día se debilitó el enfermo mas y mas, y sucumbió al siguiente 18.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Estado sano del cerebro y de sus dependencias que eran notables por su palidez. Pulmones de un blanco leonado, no infartados, perfectamente crepitantes, tales como se hallan en los animales muertos de hemorragia.

El corazon y sus dependencias (pericardio, arterias y venas) presentaron todas las condiciones de su estado fisiológico, pero contenian muy poca sangre. La sustancia misma del corazon era pálida. El peritóneo estaba lleno de una enorme cantidad de serosidad cetrina, perfectamente clara. No se descubria ni en el liquido mismo, ni en la membrana que le habia exhalado, ningun vestigio de peritonitis antecedente. Los intestinos, descoloridos esteriormente, parecian como lavados por la serosidad que los bañaba. La membrana mucosa del estómago estaba en toda su estension pálida y delgada, aunque no reblandecida. La superficie interna de los intestinos era igualmente notable por su palidez, excepto en la terminacion del colon transversal y en el colon descendente, donde existia una arborizacion vascular formada en la membrana mucosa.

El hígado era poco voluminoso y descolorido. El bazo de pequeño volumen y consistente. Las venas muy notables por la estrema palidez de su tejido. Los músculos descoloridos tambien y como atrofiados.

Esta observacion es notable por mas de un título.

Primeramente nos presenta un ejemplo de hidropesía antigua que no puede referirse á la alteracion notable de ningun órgano.

Pero á nuestro entender no es menos digna de meditacion la pequenísima cantidad de sangre que se halló en el cadáver. No hablamos ahora de la vacuidad del corazon y de los gruesos vasos, porque es muy comun; pero los vasos capilares de las diferentes partes del cuerpo, del cerebro, de los pulmones, del hígado, de los riñones, de los intestinos, del parenquima del corazon y de la sustancia muscular estaban igualmente vacíos,

parecian del cadáver de un sugeto muerto de hemorragia. No habia realmente sangre mas que en dos puntos; 1.º en algunos vasos de la membrana mucosa de una pequeña parte del colon; 2.º en aquella porcion de la piel del muslo derecho en que se habia manifestado la erisipela. Asi pues hallamos todavía en el caso actual esa misma coincidencia que mas arriba hemos designado ya, entre una disminucion notable de la masa de la sangre y la existencia de una hidropesía llamada esencial. Un adagio popular ha consagrado la creencia de que en los hidròpicos *se vuelve la sangre agua*. Esto es esencialmente falso en gran número de casos, porque hay hidropesías cuya existencia coincide con la de una escésiva cantidad de sangre, como sucede con frecuencia en las enfermedades del corazon. Pero en el presente hay circunstancias muy diversas: en primer lugar los líquidos que emanan de la sangre, y principalmente la bilis y la orina, parece que se forman en cantidad muy pequeña, y con respecto á la bilis hasta pudiera negarse totalmente su produccion: si en los diferentes tegidos hay todavía sangre, es cierto á lo menos que se halla en un estado particular; que está privada de su materia colorante, y que si aun contiene fibrina, ha perdido esta la facultad de coagularse, y se halla disuelta en la serosidad que es en todas partes el elemento químico predominante.

Hemos insistido en los hechos precedentes, porque nos parecen de la mas alta importancia en terapéutica. Si puede demostrarse que en cierto número de casos hay realmente dependencia entre el estado de la sangre y la formacion de muchas hidropesías, se sigue inmediatamente que el tratamiento debe dirigirse á devolver á aquel líquido las condiciones de su estado normal. Tal seria la indicacion: á la esperiencia tocaria despues decidir si es posible llenarla. Trataríase de regenerar la sangre, si asi puede decirse, y aunque esto seria caer en el *humorismo*..... ¿Qué importa si los hechos nos conducian á él (1)?

Otra circunstancia notable de esta observacion es la altera-

---

(1) En la época que escribia yo estas lineas, todo lo que tenia tendencia á fijar la atencion en el papel que desempeña la sangre en la produccion de las enfermedades, parecia aun una estraña paradoja. Desde éntonces se ha adelantado algo, y hechos parecidos al que me inspiraba estas reflexiones en 1825 han sido citados con frecuencia, é interpretados del mismo modo. Semejantes hechos han parecido luego mas comunes, porque nuevas teorías han dirigido hácia ellos las investigaciones de los observadores.

cion sumamente lijera que presenta la membrana mucosa intestinal en un sugeto que hacia mucho tiempo sufría una abundante diarrea. ¿No parece que en este caso hubo trasudacion de serosidad en la superficie interna de los intestinos, lo mismo que en las areolas del tejido celular y en la cavidad del peritoneo?

Por fin, es de notar que en medio del estado anémico se verificó una congestion de sangre en el sitio donde se habia determinado una lijera irritacion al practicar las picaduras para dar salida á la serosidad, prueba, entre otras mil, de que la produccion de la inflamacion no depende siempre de un estado pletórico, y que en mas de un caso, como se ha dicho ya, aun cuando quedase tan solo una gota de sangre en el organismo, afluiria hácia el punto irritado. Aqui resulta, por decirlo de paso, una de las grandes objeciones que pueden hacerse al método adoptado generalmente en Francia, que consiste en no combatir estado alguno inflamatorio por otros medios que por las evacuaciones sanguíneas mas ó menos abundantes. Es sin embargo muy cierto, que si por este medio se consigue un desinfarto momentáneo en la parte afecta, no se destruye en manera alguna la causa desconocida, bajo cuya influencia la sangre, sustraída á las leyes ordinarias de la circulacion, tiende á acumularse sin cesar en el punto inflamado (1).

Conviene por otra parte no perder de vista que en nuestro enfermo, apenas principiò la erisipela, principiò tambien á ennegrecerse la piel en que residia, y se gangrenó rápidamente.

En los diferentes casos citados habian durado las congestiones serosas muchos meses antes de sobrevenir la muerte, y se habian aumentado con mucha lentitud. En el último la hidropesía, igualmente esencial, en el sentido de que ninguna alteracion orgánica puede dar razon de ella, ha afectado un curso mucho mas agudo. Además, habiendo las pleuras en este enfermo venido á ser el sitio de una doble coleccion serosa, resultó una muerte pronta á consecuencia de la dificultad de la respiracion que siempre iba en aumento.

Una jóven de 20 años entrò en el hospital (otoño de 1825) en el siguiente estado: abotagamiento considerable de la cara; infiltracion del tegido celular de toda la periferia del cuerpo; ascitis reconocida por el volumen del vientre y la fluetaucion. Decúbito horizontal sobre la espalda: respiracion corta y

---

(1) He desenvuelto este punto de doctrina al tratar de la hyperemia en mi *Precis d'anatomie pathologique*.

acelerada. El edema de las paredes del torax hacia nulos los datos que hubiera podido suministrar la percusion; pero à la derecha y detrás, casi al nivel del ángulo inferior del omoplato, se oia de un modo bien notable: 1.º la respiracion bronquial sin mezcla de ningun estertor: 2.º la egofonia, ó á lo menos un sonido ó retemblor pàrticular de la voz, que no existia en ningun otro punto. Nada anunciaba un estado morbozo del corazon. El pulso se hallaba igualmente en su estado normal. Esta jóven aseguró que habia enfermado quince dias antes: sin causa conocida, advirtió que su cara y sus miembros se habian hinchado, y esta hinchazon, lijera al principio, fué creciendo poco à poco hasta llegar à ser considerable. Hacia cuatro ó cinco dias que habia empezado à sentir dificultad en la respiracion. (*Vejigatorios à las piernas; fricciones estimulantes en los miembros; bebidas diuréticas.*)

Durante las tres semanas siguientes, no sufrió ningun cambio el estado de la enferma; despues se aumentó la disnea de pronto y de una manera notable, y se reconocieron à la izquierda y detrás del mismo modo que à la derecha, la respiracion bronquial y la egofonia. La disnea progresó cada vez mas, y no tardó en sucumbir la paciente en un estado de asfixia, habiendo conservado hasta el último momento el libre uso de sus facultades intelectuales.

La abertura del cadàver manifestó la existencia de un derrame considerable de serosidad en cada una de las pleuras; pero nada indicaba que estas membranas hubiesen padecido ninguna inflamacion. El parenquima pulmonar, comprimido por el derrame, estaba sano. El corazon no presentaba ninguna alteracion notable; los vasos que van ó proceden de él conservaban su estado normal. Hallóse en las venas gruesas una cantidad considerable de sangre liquida.

El peritòneo contenia serosidad clara, sin vestigio de inflamacion. El higado, el bazo y el pancreas parecian completamente sanos. No habia nada notable en el tubo digestivo, à no ser un desarrollo considerable de los folículos mucosos de la terminacion del intestino delgado, que se presentaba bajo la forma de pequeñas granulaciones blanquecinas. Pero habia otros órganos que ofrecian una alteracion que no debe perderse de vista, y eran los riñones, cuya sustancia cortical exterior y una parte de la tubulosa, estaban sustituidas por un tejido granuloso blanquiceo, dividido en pequeñas masas ó granos, separados por los restos del tejido rojizo propio del riñon. En muchos puntos, sin embargo, se percibian todavia intactos los conos de sustancia tubulosa y mamilar.

¿Habria esta alteracion particular de los riñones opuesto un obstàculo à la secrecion de la orina, y contribuido por consiguiente de un modo mas ó menos directo à la produccion de la hidropesia (1)? Como quiera que sea esta fué la única especie de

---

(1) El estado del riñon, designado en esta observacion, ha sido descrito, despues de publicarse la primera edicion de la presente obra, bajo el nombre de *granulaciones del riñon*, por un médico inglés, el doctor Bright, quien con mayor seguridad que la que yo tenia entonces le considera como causa de cierto número de hidropesias.

lesion que nos reveló la abertura del cadáver. Pero si la causa de la enfermedad es en el presente caso muy oscura, no así la de la muerte, que fué debida de un modo bien manifiesto al hidrotorax doble.

Los diferentes hechos que acabamos de referir demuestran que puede haber hidropesías cuyas causas sean diferentes de la inflamacion y de los obstáculos mecánicos á la circulacion de la sangre.

#### ARTICULO IV.

##### LESIONES DEL CORAZON REVELADAS POR LA AUSCULTACION.

29. Seguiremos aquí la escelente division indicada por Laënnec, que consiste, como todos saben, en estudiar, valiéndose de la auscultacion, los latidos del centro circulatorio respecto á su impulsión, á su ruido, á su estension y á su ritmo.

La impulsión comunicada al cilindro por los latidos del corazon, se limita frecuentemente á la region precordial. Sin embargo, mas de una vez hemos comprobado su existencia, sea en la parte inferior del esternon, sea en el epigastrio y hasta en el ombligo. Pero no siempre se conserva igual respecto de su intensidad y de los puntos en que se verifica. Un herrero, de edad de 28 años, estaba sujeto hacia muchos á palpitations frecuentes, cuando entró en la Caridad: notábase que el epigastrio se elevaba con fuerza á cada contraccion del corazon, de tal suerte que levantaba muchas líneas la cabeza del observador, y su movimiento era visible á muchos pies de distancia. Asimismo existía una impulsión fuerte en lo bajo del esternon y en la region precordial; los latidos del corazon se oian ademas en todos los puntos del torax. Persistieron estos fenómenos durante muchos dias; despues empezó á disminuir la impulsión del epigastrio, y dejó por último de percibirse, viniendo á ser al mismo tiempo menos pronunciada en la region del corazon. Es de observar que el pulso, muy pequeño, como vermicular, é irregular mientras los latidos del corazon comunicaban un impulso considerable, fué regularizándose, á medida que este impulso se hacia menos violento, y se circunscribía á la region precordial.

¿Qué especie de lesion indica la impulsión comunicada al cilindro por los latidos del corazon? Con mucha frecuencia hemos observado que la existencia de esta impulsión vá unida á la de la hipertrofia de las paredes de una ó de muchas cavidades del centro circulatorio, mas no por eso se crea que toda hí-

peretrofia de este órgano la produce necesariamente. Mas de una vez hemos hallado despues de la muerte las paredes de los ventriculos muy engrosadas, al mismo tiempo que notablemente aumentadas sus cavidades, sin que hubiésemos reconocido durante la vida ninguna especie de impulsión. En otros casos, que han presentado simple hipertrofia del ventrículo izquierdo con grande disminucion de su cavidad (hipertrofia concéntrica de MM. Bertin y Bouillaud), no habia existido tampoco impulsión apreciable. Parece pues que para producirse esta, no es tan solo necesario que las paredes del corazon aumenten de grosor, sino tambien que sus fibras se contraigan con cierto grado de energia; y esta última condicion no resulta necesaria y únicamente del aumento de espesor del músculo, como ya hemos dejado entrever en otro lugar. Tan cierto es esto, que las simples palpitations en individuos nerviosos ó pletóricos, palpitations que son independientes de toda lesion orgánica del corazon, suelen sin embargo alguna vez dar lugar á una fuerte impulsión que cesa cuando aquellas. Ademas hay asimismo casos de verdadera hipertrofia en los cuales no se manifiesta la impulsión sino por intervalos mas ó menos distantes, sea sin causa apreciable, sea bajo la influencia de faltas de régimen, de medicamentos estimulantes intempestivamente administrados, de la invasion de una flegmasia aguda de algun órgano, de un ejercicio no acostumbrado, de una emocion moral, etc.

En ciertos individuos acometidos de una afeccion orgánica del corazon, se nota, ora en la region precordial, ora en la parte inferior del esternon, un ruido particular, cuyas diferentes variedades han sido designadas y descritas bajo los nombres de ruido de fuelle ó de escofina. La existencia bastante frecuente de este ruido no puede ponerse en duda; pero ¿qué indica? Es indudable que en ciertos casos coincide con un obstáculo al libre paso de la sangre por los diferentes orificios del corazon. Hay mas, segun el sitio y el momento de la contraccion de este órgano en que se percibe, hasta puede designarse el punto preciso del obstáculo. Pero, por otro lado, mas de una vez no hemos oido ningun vestigio de ruido de fuelle, aun cuando un orificio cualquiera del corazon presentase una estrechez semejante á las que en otras circunstancias determinan durante la vida el mismo ruido; y ademas suele observarse que los orificios del corazon se hallan en su estado normal, sin embargo de haberse percibido el ruido de fuelle. En efecto, era este ruido muy pronunciado en un caso que hallamos el corazon sin mas lesion que una hipertrofia del ventrículo izquierdo con pequenez estrema de su cavidad, y en otro sugeto, que tenia por el

contrario la cavidad del ventrículo muy dilatada. En otro se notó tambien un ruido de fuelle muy considerable en la region precordial y hácia la parte inferior del esternon, habiendo el corazon adquirido un volúmen enorme. Las paredes del ventrículo izquierdo estaban engrosadas, y su cavidad aumentada de manera que hubiera podido contener un huevo de gallina. La aurícula izquierda no ofrecia nada notable. El orificio auriculo-ventricular de este lado tenia su diámetro ordinario, y no presentaba lesion alguna. El orificio aórtico estaba igualmente exento de toda alteracion, pero habia un principio de chapas cartilaginosas hácia el cayado de la aorta. El ventrículo y la aurícula del lado derecho estaban considerablemente dilatados, y las paredes del ventrículo adelgazadas. Los orificios de este lado se hallaban perfectamente libres. Una crecida cantidad de sangre llenaba las cuatro cavidades del corazon.

Asi pues la existencia de los diversos grados del ruido de fuelle no depende necesariamente de un obstáculo en alguno de los orificios del corazon, supuesto que, por una parte se le puede observar aun cuando no haya obstáculo, y por otra suele faltar á veces no obstante la existencia de este. Hay mas, hasta en los casos en que el ruido se manifiesta, no se le oye de una manera continua: con frecuencia se vé, que siendo, por ejemplo, muy notable al entrar los enfermos en el hospital, cuando el trastorno de la circulacion es muy grande y considerable la disnea, viene despues á menos, y aun desaparece del todo.

¿Qué concluiremos de estos diferentes hechos? que la produccion del ruido de fuelle depende comunmente de la reunion de muchas condiciones, siendo la primera, á nuestro entender, el paso de una cantidad de sangre mas considerable que de ordinario al través de los orificios del corazon. Asi es que hemos percibido algunas veces el ruido de fuelle en individuos pletóricos, que por otra parte no presentaban signo alguno de afecion orgánica del corazon: ciertas mujeres sanguíneas le ofrecen tambien de un modo muy notable en cada época menstrual. Procediendo bajo este concepto, se concibe que el ruido de fuelle deberá producirse mas fácilmente en el caso que una osificacion, ú otra causa cualquiera, angoste algun orificio del corazon; esplicándose al propio tiempo cómo entonces puede el referido signo disminuir ó desaparecer bajo la influencia del reposo, de la dieta, ó despues de la sustraccion de cierta cantidad de sangre. Pero el ruido de fuelle puede producirse asimismo sin la condicion de hiperemia, de que acabamos de hablar, y

sin que exista ningun obstáculo en los orificios del corazón ; en cuyo caso nos es desconocida completamente la causa que le dá origen. El ruido de escofina nos ha parecido indicar siempre, con mucha mayor seguridad que el de fuelle , la existencia de osificaciones en uno de los orificios del corazón. Nunca le hemos oido fuera de la region precordial , mientras que los diversos grados del de fuelle se perciben casi con tanta frecuencia á la derecha como á la izquierda , lo que se halla en relacion con la existencia , mucho mas comun , de las osificaciones al lado izquierdo que al derecho.

No solo en el corazón se nota la especie de ruido de fuelle de que acabamos de hablar. Uno mas ó menos análogo se advierte á veces en las diferentes arterias durante su dilatacion, ó en otros términos , cada vez que reciben del corazón una nueva cantidad de sangre : citaremos dos casos de este género en los cuales se hallarán algunos de los signos que en estos últimos tiempos han sido mirados como dependientes de la arteritis. (*Bertin y Bouillaud.*)

Un operario de química, de edad de 47 años, experimentaba hacia quince meses un dolor habitual en la espalda, entre los dos omoplatos, sobre el trayecto mismo de la columna vertebral, que de cuando en cuando se propagaba à todo lo largo del raquis, hasta el sacro, irradiándose otras veces á los miembros. Mientras duraban las exacerbaciones del dolor dorsal, se ponía tambien el epigástrico dolorido por intervalos. Durante los dos meses que precedieron á la entrada de este enfermo en la Caridad, fueron vivos los dolores, y hubo con frecuencia aturdimientos. Cuando se sometió á nuestro exámen, nos llamó principalmente la atencion el estado de su sistema circulatorio : aplicado el cilindro sobre la region precordial, se sentía una ligera impulsión, y ademas se oía un ruido de fuelle muy pronunciado, que parecia seguir inmediatamente á la contraccion de los ventrículos: mas este ruido no se limitaba al corazón; se percibia igualmente con mucha fuerza, 1.º en el epigástrico, en el trayecto de la línea media, desde el apéndice xifoides hasta el ombligo: 2.º todo à lo largo de los cartilagos de las costillas derechas: 3.º en el trayecto de las dos carótidas primitivas, que en su parte inferior comunicaban à la mano un fuerte estremecimiento, y ofrecian à simple vista latidos sumamente enérgicos: 4.º el mismo ruido de fuelle se oía tambien, aunque mas débil, en la espalda à lo largo de la columna vertebral, especialmente hácia su parte media. El pulso estaba duro y vibratil; el enfermo no sentía opresion; el decúbito se verificaba sobre el dorso, é indiferentemente en todas las posiciones; jamás se habia advertido ninguna señal de hidropesia; el ruido respiratorio era en todas partes fuerte y claro. Solo permaneció el enfermo diez dias en el hospital, saliendo al cabo de ellos en el mismo estado que entró.

Lo mas notable de este caso es, que el singular retemblor que dejaban percibir los gruesos troncos arteriales, asi como el

que existía en la region misma del corazon, no coincidían con ningun otro de los síntomas ordinarios de las afecciones orgánicas del centro circulatorio. En el caso siguiente, al contrario, vamos á observar un ruido semejante en las arterias, coincidiendo con la disnea y un principio de hidropesía.

Una jóven inglesa, doncella de una casa, sintió á fines del invierno de 1822 dolores en ambas rodillas, con tumefaccion de las mismas, que despues de haber persistido durante algun tiempo, desaparecieron, y fueron reemplazados por una sensacion particular de constriccion en la region precordial, con disnea considerable. Entró en la Caridad, y presentó los síntomas siguientes: decubito horizontal muy penoso, á causa de la grande disnea que de él resultaba; respiracion corta y acelerada; palabra anhelosa; los latidos del corazon se oían con impulso y con ruido de fuelle muy manifiesto, 1.º en la region precordial: 2.º en la parte inferior del esternon y en el epigástrico. Aplicado el cilindro á todo lo largo del dorso, principalmente en el lado posterior izquierdo del torax, sobre las carótidas, se percibia el mismo ruido de fuelle que en la region del corazon; el pulso estaba frecuente, regular, vibratil. Los ocho dias siguientes, iguales signos por la auscultacion; aumento de la disnea, que llegó á ser bastante considerable para hacer temer que la enferma pereciese por sofocacion; edema de los miembros inferiores. (*Sangrias abundantes, sinapismos y vejigatorios volantes aplicados alternativamente á diversos puntos del cuerpo, tisana de cebada nitrada*). En razon de la intensidad siempre creciente de los síntomas, el pronóstico era cada vez mas desfavorable, y sin embargo el ruido de fuelle de las arterias y del corazon iba disminuyendo, y despues cesó enteramente; la impulsión comunicada al estétoscopio por los latidos del corazon se moderó tambien considerablemente, y dejó de ser perceptible en el epigástrico; al mismo tiempo se alivió la dificultad de la respiracion, fue posible el decubito horizontal, y desapareció la infiltracion de los miembros inferiores. Seis semanas, poco mas ó menos despues de su entrada, no presentaba esta jóven otro fenómeno nervioso que un poco de disnea y una impulsión ligera en la region precordial. En tal estado tomó el alta.

Tres años despues, durante el verano de 1825, volvió á entrar nuevamente en la Caridad. Desde su salida habia gozado, segun nos dijo, de excelente salud; pero algunos dias antes de su nueva entrada se vió acometida de la misma série de accidentes que en 1822. El ruido de fuelle era muy manifiesto en el corazon, á lo largo del esternon, en el epigástrico, en el dorso y en el trayecto de las carótidas. La disnea era menos considerable que la primera vez. Estos diversos síntomas persistieron algun tiempo, y al fin salió la enferma en muy buen estado.

¿De qué especie de lesion han dependido los notables accidentes observados en los dos sugetos cuya historia acabamos de referir? Muchas congeturas pudieran hacerse sin que llegásemos á obtener resultados positivos; por lo tanto vale mas

abandonar tales hechos á la meditacion de los prácticos sin tratar de establecer el diagnóstico (1).

Hay frecuentemente una diferencia muy notable entre los dos lados del corazon, respecto del impulso que acompaña á sus contracciones y del ruido que producen. Asi que la existencia de uno ú otro de estos fenómenos en la region precordial, en la parte inferior del esternon, y aun en el epigastrio, indica muchas veces con exactitud si la lesion reside en las cavidades derechas ó en las izquierdas. Es principalmente muy notable el caso en que apenas se perciben los latidos en la region precordial, mientras que al nivel de la última pieza del esternon, y hácia el apéndice xifoides, donde casi no se notan en el estado fisiológico, se oyen con estrépito y fuerte impulso. Uno de los hechos mejor comprobados de este género, que hemos tenido ocasion de observar, es el de un sugeto cuyo corazon no ofreció mas que una dilatacion enorme de la aurícula derecha con ligera hipertrofia de sus paredes. Aplicada la mano sobre los diferentes puntos del torax, nada insólito se hallaba en los latidos del corazon; la auscultacion tampoco revelaba mas que los signos fisiológicos en la region precordial; se percibian las contracciones del corazon debajo de la clavícula izquierda; pero hácia la parte inferior del esternon, donde eran mas sensibles que en ningun otro punto, dejaban oír, por medio del estetoscopio, un ruido particular, bastante parecido al de una válvula. El ritmo de los latidos del corazon pierde, como todos saben, con mucha frecuencia su regularidad en las afecciones orgánicas de esta viscera. ¿Qué anuncia semejante irregularidad, ya sea en la fuerza, ya en la sucesion de los látidos? ¿Indica siempre, como creen muchos, la existencia de un obstáculo en uno de los orificios? Observemos primeramente que en gran número de casos de pericarditis ofrece el corazon latidos muy irregulares, y sin embargo no hay entonces ningun obstáculo en los orificios de este órgano. No olvidemos que durante el curso de una porcion de enfermedades, en aquellas principalmente en que la accion de

---

(1) En estos últimos tiempos ha observado el catedrático Bouillaud, en las muchachas cloróticas, la existencia, en las arterias carótidas primitivas y principalmente en la derecha, de un soplo particular que ha comparado al ruido que hace zumbando el juguete conocido vulgarmante con el nombre del *diablo*, designándole por lo mismo con el nombre de *ruido de diablo*. Muchas veces hemos hallado este ruido muy bien caracterizado en las cloróticas; pero tambien le hemos observado en otros enfermos, aunque en grado menos notable. Nos ha parecido imposible dar de él una explicacion satisfactoria; pero indica á lo menos un estado particular, ya de las paredes de las arterias, ó ya de la misma sangre en las enfermas de clorosis.

los centros nerviosos se encuentra mas ó menos modificada, presenta tambien el corazon irregularidades é intermitencias muy notables; de cuyos hechos puede ya concluirse *á priori*, que en el caso de hallarse su nutricion fuera del estado normal, puede esta sola circunstancia, del mismo modo que las otras que acabamos de referir, hacer irregulares las contracciones; lo cual parecerá mas probable, si recordamos que las diversas alteraciones de nutricion de la sustancia carnosa del corazon coinciden muy frecuentemente con una irritacion aguda ó crónica de la membrana interna, cuya influencia sobre el músculo que cubre debe ser mas ó menos parecida á la del pericardio. Compréndese, por último, que la sola afluencia de la sangre hácia unas cavidades que no guardan entre sí la proporcion que les fué asignada por la naturaleza á fin de que en un tiempo dado espeliesen la misma cantidad de líquido que en ellas penetrase, basta para que sufran alguna modificacion las contracciones de las paredes de dichas cavidades, deteniéndose unas veces la circulacion, precipitándose otras, ó lo que es lo mismo, haciéndose siempre con mayor ó menor irregularidad.

Tales son las suposiciones á que nos conduce el razonamiento fundado en las analogías; veamos ahora lo que enseñan los hechos. Primeramente hay casos en que, á pesar de no hallarse despues de la muerte especie alguna de obstáculo en los orificios del corazon, han presentado sin embargo los latidos de este órgano una grande irregularidad; si bien entonces puede observarse que esta irregularidad no existe siempre, y que se manifiesta por intervalos mas ó menos distantes, cuando, bajo la influencia de una causa cualquiera, se precipitan las contracciones del corazon, y aumenta la disnea.

Otros sugetos presentan en uno de los orificios un obstáculo bastante considerable para dificultar el paso de la sangre; por ejemplo, las válvulas aórticas osificadas se hallan casi completamente inmóviles; no dejan entre sí mas que un estrecho orificio, á cuyo través debe pasar toda la sangre que incesantemente arroja en la aorta el ventrículo izquierdo, y sin embargo los latidos del corazon no han sido irregulares, ó por lo menos lo han sido únicamente por intervalos, ó hácia el fin de la vida. Otras veces, por fin, y esto es lo mas comun, se halla en relacion directa la irregularidad de los latidos del corazon con los obstáculos que existen en los diferentes orificios, siendo aquella tanto mayor, cuanto mas grandes y difíciles de superar son los últimos. Comunmente, en tal caso, se oye al mismo tiempo un ruido de fuelle, de lima ó de escofina mas ó menos pronunciado.

En algunas circunstancias hemos advertido intermitencias muy marcadas en individuos que padecian aneurismas del corazon, sin obstáculo alguno en sus orificios, pero en quienes la aorta torácica ascendente se hallaba sembrada, en su superficie interna, sea de ulceraciones, sea principalmente de desigualdades cartilaginosas ú óseas. En este caso ¿eran independientes las intermitencias de las contracciones del corazon del estado morboso de la aorta, ó debian referirse á la disminucion de elasticidad que habia sufrido la túnica fibrosa del vaso? Siguese de estos hechos que la irregularidad de los latidos del corazon, respecto á su fuerza ó á su sucesion, puede hacer sospechar la existencia de un obstáculo mas ó menos considerable en uno de los orificios, pero no puede dar completa certidumbre en este punto. Habrá, sin embargo, una fuerte presuncion en favor de la existencia del obstáculo, si la irregularidad de los latidos es constante, y sobre todo si tiene lugar antes que la afeccion orgánica del corazon haya adquirido un carácter grave.

En cuanto á la estension de los latidos, nos ha parecido en general, como viene ya dicho, hallarse en relacion con el volúmen de este órgano, y principalmente con la dilatacion de sus cavidades. Sin embargo, debemos tener presente que en un número bastante crecido de casos en que la abertura del cadáver manifestó un corazon enorme, cuyo esceso de volúmen era causado á un tiempo por la hipertrofia de las paredes y la dilatacion de las cavidades, no se habian percibido los latidos del corazon mas que en un espacio bastante circunscrito, sea únicamente hácia la region precordial, sea en esta region y hácia la parte inferior del esternon, ó ya por debajo de la clavícula izquierda.

Los diferentes hechos consignados en este artículo nos darán las siguientes consecuencias respecto á la utilidad de la auscultacion en el diagnóstico de las afecciones orgánicas del corazon.

Hay casos en que la auscultacion suministra signos que pueden contribuir á esclarecer poderosamente el referido diagnóstico; sin embargo, para que tales signos tengan un valor real, es necesario que reunan ciertas condiciones, á saber, que sean durables, y que vayan ademas unidos á otros síntomas; porque nosotros sentamos como principio que no hay signo alguno de los que suministra la consideracion de la fuerza de los latidos del corazon, de su ruido, de su ritmo y de su estension, que no pueda manifestarse, aunque aquel órgano se halle exento de toda afeccion orgánica, bajo la influencia, ya de una inflamacion aguda del pericardio (*véase el artículo consagrado á esta*

(legmasia), ya de un estado pletórico, ya de una modificación del influjo nervioso. Los signos obtenidos por la auscultación, como todos los otros en general, no llegan á ser verdaderamente característicos, ni adquieren un verdadero valor, mientras no se toma en cuenta, 1.º la época y el modo de su aparición: 2.º los diferentes fenómenos morbosos que les han precedido, y les acompañan.

Acabamos de ver que los diferentes signos suministrados por la auscultación, y que sirven para reconocer una enfermedad orgánica del corazón, pueden manifestarse sin la existencia de aquella. Pues, por otra parte, no es menos cierto que semejante afección puede ser muy grave, y sin embargo no descubrirse por la auscultación.

Consideramos como un hecho indudable que en muchos casos en que el corazón ha adquirido un volumen enorme, ó se hallan muy dilatadas sus cavidades, no percibe el oído, aplicado sucesivamente sobre la región precordial y los demás puntos del tórax, nada de insólito en los latidos del órgano, y aun los oye menos que en el estado fisiológico. Dos clases de enfermos pueden ofrecer semejante anomalía. Los unos, al tiempo de su entrada en el hospital, presentan en la región precordial, ó en otra parte, latidos insólitos respecto á su fuerza, á su ruido, á su ritmo, etc.; pero bajo la influencia de un tratamiento racional, y principalmente del reposo, primera condición de buen éxito en tales casos, disminuyen mas y mas los signos suministrados por la auscultación, y llegan por último á desaparecer completamente. Otros enfermos jamás han presentado ninguno de dichos signos, á no ser de un modo pasajero, en los momentos que tenían palpitaciones. Así pues se padecería una equivocación negando la existencia de una enfermedad orgánica del corazón, porque no se hallase en el acto confirmada por ningún signo local, y en particular por los que suministra la auscultación, supuesto que los últimos pueden no haber existido nunca ó haber desaparecido.

En resumen, no hay duda que el método de la auscultación ha esclarecido mucho el diagnóstico de las enfermedades del corazón; proporciona con frecuencia noticias muy útiles é indispensables, y jamás debe dejarse de recurrir á él. Pero por sí solo, y sin el auxilio de los demás signos, no pudiera sino muy rara vez revelar de un modo cierto la existencia de estas enfermedades, como no puede, en gran número de casos, descubrir por sí solo la existencia de los tubérculos del pulmón ni aun la de una inflamación aguda del mismo órgano. Lejos de nosotros la idea de despreciar el método de la auscultación, que es

uno de los mas bellos é ingeniosos descubrimientos que se han hecho en medicina de mucho tiempo á esta parte : nuestro deseo por el contrario hacerle mas útil y de una aplicacion mas práctica , no exagerando sus ventajas , é indicando con precision lo que de él puede esperarse.

---

## LIBRO SEGUNDO.

### ENFERMEDADES DE LOS PULMONES.

#### SECCION PRIMERA.

#### ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS.

30. **N**o es nuestro intento dar en este lugar una descripción completa de las enfermedades de los bronquios, reproduciendo sin provecho lo que por todas partes se encuentra. Procuraremos únicamente llamar la atención sobre algunos puntos importantes de la historia de estas enfermedades, tan ligeras unas veces que apenas constituyen un estado morbozo, y tan graves otras que igualan á la neumonia aguda, á la tisis pulmonar, ó á un aneurisma del corazon, y aun pueden simular todos sus síntomas. Hablaremos en el primer capítulo de las lesiones mas ó menos notables que padecen los bronquios en la textura de sus paredes, y consagraremos el segundo á esponer las diversas alteraciones que sufre en cantidad y en calidad el liquido segregado por la membrana mucosa.

Hemos adoptado esta division porque nos permitirá mejor que otras dedicarnos al estudio de cierto número de síntomas importantes, entre los cuales unos son mas particularmente debidos á una alteracion de textura de las mismas paredes de los bronquios, y dependen otros mas especialmente de las diferentes modificaciones del liquido que suministran.

#### CAPITULO I.

#### INVESTIGACIONES SOBRE ALGUNAS ALTERACIONES DE TEXTURA DE LAS PAREDES DE LOS BRONQUIOS, Y SOBRE LOS SÍNTOMAS DE ESTAS ALTERACIONES.

Nos proponemos tratar en este capítulo de una manera especial, de aquellas alteraciones que traen en pos de sí síntomas

distintos de los que ordinariamente caracterizan á la bronquitis aguda y crónica. Insistiremos con mayor particularidad sobre dos lesiones muy notables de los bronquios, su angostamiento y su dilatacion.

## ARTICULO I.

### ALTERACIONES QUE PRODUCE LA INFLAMACION EN LAS PAREDES DE LOS BRONQUIOS.

Cuando se abren los cadáveres de los sujetos que han sucumbido á una enfermedad cualquiera mientras se hallaban padeciendo una bronquitis benigna y reciente, se encuentra rubicundez en una porcion, ordinariamente circunscrita, de la membrana mucosa, principalmente hácia el fin de la traquearteria y en las primeras divisiones de los bronquios. Si la inflamacion ha sido mas intensa, se estiende la rubicundez á mayor número de conductos, y existe principalmente en las ramificaciones mas pequeñas; sucediendo amenudo que se halla exactamente limitada á los bronquios de un solo lóbulo: los del lóbulo superior son los que al parecer están mas particularmente dispuestos á inflamarse. La coloracion roja de los bronquios se presenta unas veces bajo la forma de una inyeccion fina que parece existir á un tiempo en el tejido celular sub-mucoso y en la membrana mucosa misma; otras no deja percibir vasos, y si únicamente una porcion de puntitos rojos, agrupados, aglomerados unos al derredor de los otros; finalmente, en algunas ocasiones se observa un color rojo uniforme. Enfermos hay en quienes vá la rubicundez disminuyendo progresivamente desde los bronquios gruesos hácia los mas pequeños, al paso que en otros se advierte una disposicion inversa. Frecuentemente existe la rubicundez por intervalos, bajo la forma de listas ó chapas aisladas, que constituyen como otras tantas flegmasias circunscritas, entre las cuales aparece la mucosa blanca y sana: esta forma de inflamacion es muy parecida á la que con tanta frecuencia se observa en los intestinos.

31. Tales diferencias en la estension y en el sitio de la inflamacion las inducen muy grandes en los sintomas. Limitada la rubicundez inflamatoria de los bronquios á algunos puntos aislados de la membrana mucosa, es una afeccion lijera que no tiene por lo comun ningun resultado peligroso. Pero no sucede lo mismo cuando se halla estendida á una gran parte del árbol respiratorio, pues entonces la acompañan accidentes muy graves. La tos que determina es penosa, y parece que desgarrar los

pulmones: los esputos están constituidos, en el periodo de aumento de la enfermedad, por una materia viscosa, trasparente, mezclada algunas veces con estrias de sangre; la opresion es muchas veces considerable: los enfermos sienten en diversos puntos del pecho dolores profundos que, en ciertos casos, parecen superficiales, y pudieran confundirse con los pleuríticos, y al mismo tiempo hay un movimiento febril intenso. Ciertamente no seria difícil equivocarse semejante cuadro de síntomas con el de la inflamacion del parenquima pulmonar. Si en casos de esta naturaleza se percute el pecho, se hallará á la verdad que no ha sufrido ninguna modificación la sonoridad de sus paredes, mas no por eso debe escluirse la idea de una neumonia en primer grado. La auscultacion revelará en muchos puntos del torax, y á veces en todo él, siempre que el enfermo inspire, un estertor crepitante parecido al que se oye tambien en la neumonia; y esto en razon de que en ambas enfermedades le produce una misma causa, la presencia en las ramificaciones bronquiales mas tenues de una mucosidad viscosa por medio de la cual atraviesa el aire á cada inspiracion. El mismo estertor puede percibirse al tiempo de la espiracion.

Existe pues el estertor crepitante en otras enfermedades ademas de la pulmonia, puesto que pertenece igualmente á la inflamacion de los bronquios, cuando la flegmasia ha llegado á estenderse hasta los ramos capilares. Por lo comun tal estertor no persiste sino mientras que la bronquitis aguda vá acompañada de fiebre. En algunos casos, sin embargo, sigue manifestándose despues que la fiebre ha desaparecido, y puede persistir de esta manera mucho tiempo, aun cuando la enfermedad haya pasado enteramente al estado crónico.

32. Cuando es crónica la flegmasia de los bronquios, pierde por lo comun su color vivo la membrana mucosa, y se presenta lívida, violada, pardusca. Pero lo mas notable es que en algunos sujetos que reunian todos los síntomas de una bronquitis crónica inveterada con expectoracion puriforme, hemos hallado la membrana mucosa aérea cubiérta solamente de una ligera rubicundez, y aun perfectamente blanca en toda su estension. Bayle habia notado ya este hecho en la observacion cuarenta y nueve de su obra, relativa á un caso de bronquitis crónica que simulaba la tisis: refiere que la membrana mucosa de la traquearteria y de los bronquios apareció en el estado sano, que estaba blanca y apenas engrosada. *Semejante carácter de blancura en la mucosa*, añade, *no es raro en el catarro pulmonar crónico*. A nuestro parecer, no debe concluirse de aqui que no hubiese inflamacion en el presente caso, ó por lo menos que

no la hubiese habido. En efecto, igual falta de rubicundez se halla en otros órganos cuya flegmasia no es dudosa. Por ejemplo, se observa que algunas veces están las membranas serosas llenas de pus, ó tapizadas de falsas membranas, y sin embargo no suelen presentar ningun cambio de color, ninguna alteracion apreciable en su textura; por consiguiente no admite duda que algunos tejidos pueden inflamarse sin ponerse rojos. Tambien se vé algunas veces que la membrana mucosa intestinal, aunque sembrada de numerosas ulceraciones, presenta una palidez notable, sea en el sitio mismo de las úlceras, sea en sus intervalos. Y por último, se ha encontrado en varios sugetos, cuyas orinas eran purulentas mucho tiempo habia, muy blanca la membrana mucosa de los cálces, de las pelvis, de los ureteres y de la vejiga. En estas diferentes afecciones de los tegidos mucosos no puede ponerse en duda la existencia de una inflamacion; pero ya dependa de su antigüedad, ya de la debilidad general, es lo cierto que la flegmasia no parece haber dejado en el órgano en que residió otro vestigio mas que una modificacion de la secrecion: de aqui resultan muchas veces nuevas indicaciones terapéuticas, como se verá cuando nos ocupemos especialmente de la espectoracion. La observacion siguiente nos presenta un caso de bronquitis sin rubicundez de la mucosa.

### I.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica que simulaba una tisis pulmonar. Blanoura de la membrana mucosa tráqueo-bronquial.

Un cerrajero, de edad de 27 años, entró en la Caridad durante el mes de diciembre de 1821. Dos años hacia que se hallaba atormentado de una tos habitual, pero no había arrojado nunca esputos con sangre. Cuando se sometió à nuestro exámen se hallaba ya en estado de marasmo; los esputos eran verdosos, redondeados y separados los unos de los otros, sobrenadaban en una cantidad abundante de serosidad, no tenian olor ninguno, y le parecian dulces al enfermo. La respiracion era un poco corta, y el decúbito en cualquier posicion horizontal: el pecho resonaba bien por todas partes cuando se le percutia; la auscultacion revelaba en diversos puntos el estertor mucoso; no habia ninguna apariencia de pectoriloquia; el pulso, que no estaba frecuente por la mañana, se aceleraba por la tarde, y el enfermo sudaba algo todas las noches. Las funciones digestivas no presentaban nada notable.

¿Qué diagnóstico podia establecerse en este caso? La auscultacion enseñaba, es verdad, que no habia aun escavacion tuberculosa; pero el conjunto de los otros síntomas parecia anunciar que habia principiado el reblandecimiento de gran número de tubérculos. (*Cocimiento de liquen, tisana de vio'etas gomada, looc, dieta láctea.*)

Los dias siguientes hicieron rápidos progresos el marasmo y la debilidad

general, sobrevino diarrea, las facultades intelectuales se turbaron, y sucumbió el enfermo en un estado casi comatoso. Hasta la víspera conservaron los espútos el mismo aspecto, y no disminuyó su cantidad.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Infiltracion serosa purulenta en el tejido celular sub-aragnóideo de la convexidad de los hemisferios: ventriculos laterales distendidos por una serosidad turbia.

Parenquima pulmonar sano, medianamente ingurgitado. La superficie interna de la laringe, de la traquearteria y de los bronquios hasta en sus mas pequeñas divisiones presentaba una palidez extraordinaria; la mucosa no ofrecia ninguna alteracion apreciable. Concreciones blancas, fibrinosas que distendian las cavidades derechas del corazon. Abierto el conducto digestivo en toda su longitud, no presentó mas lesion que una rubicundez viva en el intestino grueso, diseminada por chapas. Nada notable habia en las demas vísceras.

Si en este caso no se hubieran conocido los síntomas presentados durante la vida, y sin noticias anteriores hubiese sido examinada la membrana mucosa de los bronquios, indudablemente se la hubiera creido completamente sana, y sin embargo padecia gravemente. A consecuencia de su profunda lesion y del vicio de secrecion que en ella residia, habia llegado el enfermo, en el espacio de dos años, al último grado de marasmo, presentando todos los síntomas racionales de una tisis pulmonar. Es pues algunas veces insuficiente la anatomía patológica para descubrir el estado morboso de los órganos. No perdamos nunca de vista las dos siguientes verdades: que, por una parte, las investigaciones necroscópicas revelan amenudo lesiones que los síntomas no habian dado á sospechar, y que por otra, estos mismos síntomas no permiten algunas veces dudar que un órgano se halla profundamente alterado, aun cuando no parezca así al hacerse la abertura del cadáver.

Vemos ademas en la observacion precedente una nueva prueba de la dificultad de distinguir una simple bronquitis crónica de una degeneracion tuberculosa del pulmon. En semejante caso, la auscultacion no puede manifestar otro signo mas que la falta de cavernas. Deduzcamos pues la consecuencia, de que mientras no se haya descubierto por el estetoscopio la existencia de estas, no debe considerarse imposible el restablecimiento de la salud, debido á la cesacion de la bronquitis que causaba todos los accidentes. Contra una inflamacion semejante de la membrana mucosa de las vias aéreas han producido sin duda buenos efectos un crecido número de medios higiénicos y tera-

péuticos, que dirigidos contra una verdadera tisis pulmonar, fallarian indudablemente, ó no servirian á lo sumo mas que para retardar algunos momentos los progresos del mal.

33. El reblandecimiento inflamatorio de la membrana mucosa de los bronquios, es mucho mas raro que el de la gastro-intestinal. Nunca le hemos hallado bastante considerable para que la membrana mucosa pudiera desprenderse á manera de pulpa. Muy rara vez tambien se presentan ulceradas las vías aéreas, ofreciendo bajo este aspecto una disposicion inversa del tubo intestinal. Solo dos veces hemos visto ulceraciones en los bronquios. En una de ellas habia tambien una úlcera estensa en la traquea, un poco por cima de su bifurcacion y tres pequeñas, redondeadas, en el bronquio derecho que resulta inmediatamente de la division de la traquearteria. Este caso se parece, respecto de la lesion, á los que ha consignado M. Cayol en su escelente trabajo sobre la tisis traqueal. Los síntomas habian sido los de las bronquitis crónicas ordinarias. En el segundo caso no presentaban la traquearteria y primeras divisiones de los bronquios mas que una rubicundez mediana, sin otra lesion; pero en las ramificaciones pequeñas del lado derecho era mas intensa la rubicundez, y la superficie de la membrana mucosa aparecia sembrada de un crecido número de ulceraciones pequeñas, todas exactamente circulares y de igual grandor. Sus bordes estaban lívidos, y se elevaban cosa de media línea sobre el nivel del fondo, que apenas bastaba para admitir la cabeza de un alfiler gordo. El sujeto que presentó esta alteracion tenia un aneurisma del corazon. Durante su permanencia en el hospital, habia padecido frecuentes y penosos accesos de tos, arrojando los esputos habitualmente teñidos de sangre.

La frecuencia de las ulceraciones vá ademas decreciendo de arriba abajo en las diferentes porciones de la membrana mucosa de las vías aéreas. En efecto, se vé que las laringitis crónicas ulcerosas son bastante comunes. No es raro hallar una parte de las cuerdas vocales despojada de membrana mucosa, y descubierta una estension mas ó menos grande de los músculos tiro-aritenoideos y de los cartilagos, en sujetos que, atacados de una simple bronquitis crónica, ó principalmente de tubérculos pulmonares, tienen desde hace mucho tiempo la voz ronca ó apagada; siendo lo mas notable que en el mayor número de casos no existen estas ulceraciones, sino cuando hay al mismo tiempo inflamacion de las partes mas inferiores de la mucosa aérea.

34. En la traquearteria son ya las ulceraciones menos frecuentes que en la laringe, asi como tambien por lo comun mas

pequeñas y en menor número. Sin embargo, una vez hemos hallado en un sugeto, que observamos con M. Magendie, toda la superficie interna de la traquearteria verdaderamente acribillada desde su origen, hasta algo por cima de su bifurcacion, por una porcion de úlceras, tan numerosas y juntas, que ocupaban mas estension que los espacios existentes entre ellas. Los bronquios estaban rojos, pero no ulcerados. El enfermo se habia quejado de una sensacion de calor habitual, mas bien que de un verdadero dolor, en todo el trayecto de la traquearteria, y cada inspiracion iba acompañada de un silbido notable, como si el conducto aéreo estuviese comprimido por algun tumor.

Las ulceraciones de la traquearteria no se estienden por lo comun mas allá del tejido de la membrana mucosa; su borde se halla formado por dicha membrana, y su fondo por el tejido fibroso subyacente. Algunas veces, sin embargo, es la úlcera mas profunda; todas las partes situadas por debajo de la mucosa se van destruyendo sucesivamente de dentro á fuera, pudiendo resultar por fin una perforacion completa de las paredes de la traquearteria. Dos observaciones poseemos de este género. En ambos casos se habia verificado la perforacion en la parte posterior de su porcion cervical. Uno de ellos presentaba en el fondo de la úlcera la pared correspondiente del esófago, que un tejido celular denso y apretado unia á la circunferencia de la solucion de continuidad. En el otro habia doble perforacion de la traquearteria y del esófago, de manera que estos dos conductos comunicaban entre si con toda libertad. La fistula traqueo-esofágica solo habia sido anunciada por una dificultad poco considerable de la deglucion, y por una tosecilla que se manifestaba cada vez que tragaba el enfermo; este mismo decia que el obstáculo á la deglucion y la causa de la tos residian en la parte media é inferior de la region cervical.

Algunas veces ha seguido la perforacion de la traquearteria, ó de sus primeras divisiones, una marcha contraria á la precedente, esto es, se ha verificado de fuera adentro. Ademas de los tumores aneurismáticos que con frecuencia producen semejante perforacion, la ocasionan algunas veces los ganglios linfáticos tuberculosos. Esta lesion, de que no tenemos ejemplo en el adulto, no es rara en los niños; lo que sin duda depende de la mayor frecuencia de la degeneracion tuberculosa de los ganglios linfáticos en la primera edad. A medida que se reblandecen los gánglios tuberculosos irritan las paredes de la traquea ó de los bronquios con quienes se hallan en contacto, y determinan poco á poco su destruccion desde el exterior al interior. Reuniendo las observaciones hechas en diferentes sugetos

puede seguirse la marcha progresiva de esta inflamacion ulcerativa: asi es que en los unos no se encuentra mas que una adherencia íntima de los ganglios tuberculosos y de las paredes traqueales ó bronquiales, con rubicundez de las mismas y destruccion incipiente de los cartilagos; en otros faltan estos ya del todo, la túnica fibrosa ha desaparecido, y la materia tuberculosa se halla en contacto inmediato con la mucosa, á quien empuja ó levanta delante de si. Finalmente, en el último grado, la mucosa misma se destruye, y la materia tuberculosa, que sale del ganglio á medida que se reblandece, se derrama en las vías aéreas para ser arrojada por medio de la tos. Asi pueden curarse los tubérculos desarrollados en los ganglios bronquiales, á semejanza de los que tienen su sitio en los ganglios subcutáneos. Pero desgraciadamente es raro que tales degeneraciones se formen en dichos ganglios bronquiales sin que existan al mismo tiempo en el pulmon.

Estas especies de perforaciones de las paredes de la traquearteria pueden compararse á la variedad de perforacion intestinal que se efectua de fuera adentro á causa de los tubérculos sub-peritoneales.

## ARTICULO II.

### INVESTIGACIONES QUE SIRVEN PARA LA HISTORIA DEL ANGOSTAMIENTO Y LA OBLITERACION DE LOS BRONQUIOS.

Las alteraciones que hemos indicado en el artículo precedente no son las únicas que presenta la membrana mucosa de los bronquios, cuando ha sido asiento de una inflamacion aguda ó crónica: puede ademas engrosarse sea en su totalidad, sea en algunos puntos de su estension. De este engrosamiento, por poco considerable que sea, se sigue un efecto de los mas importantes, la disminucion de las cavidades que el aire debe atravesar á su paso desde la traquearteria á las vesículas pulmonares. Como los bronquios no pueden estrecharse sin que se modifique el ruido determinado por la entrada del aire, resulta entonces un estertor particular, que en razon de su sitio y de su naturaleza llamamos estertor bronquial seco, y cuyas dos variedades principales han sido designadas por Laënnec bajo los nombres de estertores, sibilante y ronco.

Dichos estertores son debidos evidentemente á que el aire, para llegar á las vesículas pulmonares, atraviesa conductos mas estrechos que los que ordinariamente le dan paso, ocasionando una especie de sibido. Al salir el aire de las vesículas halla

todavía los mismos obstáculos á su libre paso, y de aqui resultan, durante el tiempo de la espiracion, los mismos estertores sibilante y ronco (1). Hay casos tambien en que solamente se los oye durante la espiracion.

Los estertores que nos ocupan existen habitualmente en un crecido número de sujetos que padecen bronquitis crónica: los enfermos que los presentan tienen por lo comun cierto grado de disnea, que de tiempo en tiempo toma repentinamente una intensidad mucho mayor, y se transforma en un verdadero acceso de asma.

Si durante este aumento de disnea, se ausculta al enfermo, se halla que el estertor sibilante ha venido á ser mucho mas pronunciado y al mismo tiempo mucho mas general, volviendo á hacerse mas débil y circunscrito á medida que va disminuyendo la opresion. Nadie duda que en semejante circunstancia depende el incremento súbito de la disnea de la mayor hinchazon de la mucosa de los bronquios, con disminucion consecutiva del calibre de estos conductos que da lugar al estertor sibilante. Hay, á mi parecer, cierto número de asmas que deben referirse al engrosamiento de la membrana mucosa de los bronquios; en cuyo caso la intensidad de la disnea se halla bajo la dependencia inmediata de los diversos grados de hinchazon de dicha membrana, y es tan variable como la lesion que la produce.

En los casos de que acaba de hablarse, existe un estado habitual de inflamacion de los bronquios, que se exaspera por intervalos, circunstancia que puede hallarse tambien en otras ocasiones. Hay sujetos que no ofrecen ordinariamente ningun signo de bronquitis, que no tosen ni son cortos de aliento, y que sin embargo suelen verse acometidos repentinamente y por intervalos de los siguientes síntomas: opresion que llega instantáneamente al mas alto grado; sofocacion inminente, inyeccion violácea de la cara como en los asfixiados; pulso pequeño, contraído, bastante frecuente; tos seca al principio y despues acompañada de una expectoracion abundante, cuya aparicion coincide con la disnea. Este cuadro de síntomas se establece bruscamente; adquiere con mucha rapidez su mas alto grado de intensidad; luego disminuye, y al cabo de un corto número de dias desapa-

---

(1) De esta manera nos ha parecido deber traducir el adjetivo *ronflant* que aplican los franceses á un estertor caracterizado por un ruido mas grave que el sibilante, y que se parece al ronquido de un hombre dormido, ó mas bien al que hace una cuerda de contrabajo rozándola con el dedo. (L. RR.)

rece sin dejar en pos de sí vestigio alguno. ¿Cuál es la causa de una disnea tan espantosa, que sorprende á los individuos en medio de su mas perfecta salud, que les ocasiona repentinamente las mas terribles congojas y que amenaza matarles por asfixia? La auscultacion va á esplicárnoslo: ella nos enseña que desde que principia la disnea se percibe en todos los puntos del pecho un silbido general que acompaña á cada inspiracion, y que en ciertos casos se oye igualmente en la laringe. En este último órgano, como en los bronquios grandes y pequeños, no puede explicarse la repentina aparicion de la respiracion sibilosa, sino por la súbita ingurgitacion de la membrana mucosa laríngeo bronquial: de aquí procede el acceso de asma. Segun que la opresion va siendo menos fuerte, el silbido de la respiracion disminuye tambien y se hace menos general, hasta que luego, cuando la expectoracion se establece, le reemplazan los estertores crepitante, sub-crepitante y mucoso. Este último dura mas ó menos tiempo y despues desaparece, no quedando mas que el ruido natural de la respiracion. Emisiones sanguíneas, tanto locales como generales, vejigatorios aplicados al pecho y los miembros, purgantes repetidos y pociones antimoníadas, tales son los medios que en semejante circunstancia nos han parecido poderse emplear con mayor ventaja. En mas de un caso nos han parecido los purgantes mas eficaces que los otros medios; pero ha sido con la condicion de determinar abundantes evacuaciones. En medio de los sintomas descritos, el corazon, al cual pudieran referirse si se partiese de ligero, desempeña evidentemente un papel nulo ó muy secundario. Hay muchos sugetos que dicen experimentar palpitaciones; pero estas no abren la escena, solo se manifiestan cuando la disnea ha adquirido ya un alto grado de intensidad, y cuando se oye en todo el pecho el estertor sibilante. Tales palpitaciones nos parecen ser en semejante caso un resultado mecánico de la dificultad que momentáneamente sufre la circulacion pulmonar; pero se concibe muy bien que si esta dificultad se reproduce amenudo, el centro circulatorio, cuya accion se turba con frecuencia, podrá acabar por modificarse en su textura, y mas adelante llegará por fin á enfermar realmente.

Apenas hay época de la vida en la cual no hayamos observado la afeccion que hemos procurado bosquejar, y que pudiera designarse muy bien bajo el nombre de *asma bronquial*. Merece notarse con especialidad un niño á quien asistimos, que en la actualidad tiene 8 años, y que no ha pasado ninguno desde los primeros de su vida sin ser acometido muchas veces de semejantes accesos. En sus intervalos nada presenta que indique el estado mor-

boso de algun órgano; pero á menudo se le reproducen bajo la influencia de resfriados que le ocasionan una tos ligera. Durante dos ó tres dias parece no tener otra cosa que un simple catarro, y despues se presenta repentinamente una disnea intensa con todos los accidentes arriba mencionados. Otras veces no precede sintoma alguno de catarro á la aparicion de la disnea; sobreviene como por sorpresa, y es el primer fenómeno que se observa. En alguna ocasion conocemos la aproximacion de un acceso, porque en medio del sueño, durante las dos ó tres noches que le anteceden, vá acompañada la respiracion de un silbido que desaparece al despertar: este silbido se oye á alguna distancia, y no hay necesidad para percibirle de aplicar el oido sobre el pecho.

La enfermedad que mas se parece por sus síntomas á la que ahora nos ocupa, es sin contradiccion el enfisema pulmonar; pero en esta la dificultad de la respiracion es constante; aumenta solo por intervalos; y ademas la sonoridad extraordinaria de las paredes torácicas, la disminucion notable del ruido respiratorio en los sitios donde existe dicho aumento de sonoridad, y el cambio frecuente de conformacion del pecho en los puntos que corresponden al enfisema, son bastantes para establecer un diagnóstico diferencial entre el asma que depende de la infiltracion gaseosa y el que reconoce por causa una simple afeccion de los bronquios. Nótese que mientras duran los accesos, sea que provengan del primero ó del segundo de estos estados morbosos, el estertor sibilante se oye del mismo modo, ya puro, ya mezclado con otros estertores secos ó húmedos. Es necesario pues admitir que aun en el enfisema pulmonar contribuye mucho á la aparicion del asma la tumefaccion que sobreviene momentáneamente en la membrana mucosa de los bronquios, con motivo por lo comun de un nuevo resfriado que acaba de contraer el enfermo.

El engrosamiento de la membrana mucosa de los bronquios puede dar lugar todavía á otros accidentes distintos de los que hemos indicado hasta el presente. Hemos visto casos en que habia llegado á tal punto que la cavidad de uno ó muchos bronquios se hallaba casi enteramente obliterada. Entonces apenas penetra el aire en los conductos situados mas allá del punto en que reside la obliteracion, por cuyo motivo en cierta estension del pulmon se oye muy débilmente el ruido respiratorio; y como al mismo tiempo la sonoridad de las paredes torácicas no disminuye, pudiera con facilidad tomarse semejante afeccion por un enfisema pulmonar. Verdad es que el angostamiento de los bronquios llevado á tal extremo, debe ser una de las cau-

sas de la producción del enfisema pulmonar. Porque en efecto, como ya lo había observado Laënnec, escediendo en energía las potencias inspiratrices á las espiratrices, debe el aire penetrar en el pulmon mas allá del punto estrechado con mayor facilidad que sale; y acumulándose allí mas y mas, ha de resultar á la larga, primero una distension, y despues la rotura de las paredes de cierto número de vesículas pulmonares.

Las observaciones siguientes nos presentan ejemplos del género de angostamiento de los bronquios que acabamos de indicar.

## II.ª OBSERVACION.

*Bronchitis crónica* Estrechez del bronquio principal del lóbulo superior del pulmon derecho. Falta casi completa del ruido respiratorio en la estension de este lóbulo.

Un tornero, de edad de 31 años, entró en el hospital el 31 de julio de 1822, con los síntomas de una enfermedad orgánica del corazon. Auscultando en la parte posterior del pecho, se oía la respiracion muy fuerte y clara, con mezcla de estertor mucoso en muchos puntos. Hácia delante y al lado izquierdo se oía tambien el ruido respiratorio con una intensidad que estaba en relacion con la dificultad de la respiracion; pero en el lado derecho, debajo de la clavícula, era mucho mas debil, aunque tan claro como en el izquierdo. La percusion no podía suministrar datos exactos á causa de la infiltracion de las paredes torácicas (1); sin embargo, el sonido no era mas macizo al lado derecho que al izquierdo. Con arreglo á estos signos nos inclinamos á sospechar la existencia de un enfisema del lóbulo superior del pulmon derecho. Los dias siguientes dió la auscultacion los mismos indicios. El enfermo decia experimentar, mucho tiempo habia, una especie de *constriccion* algo por cima de la tetilla derecha. Decia ademas que *no respiraba con el lado derecho del pecho*. A mediados del mes de agosto se manifestaron las señales de un hidrotorax consecutivo á la lesion del corazon (sonido macizo y falta de murmullo respiratorio, resonancia *caprina* de la voz (2) en la parte posterior izquierda del torax). Desde aquel momento se hizo la disnea cada vez mas considerable, y sobrevino la muerte el 7 de setiembre.

---

(1) Este es uno de los casos en que el plexímetro del doctor Piorry puede emplearse con mucha ventaja. Con dicho instrumento me ha acontecido mas de una vez reconocer en ambos lados del pecho una diferencia de sonoridad que, golpeando con los dedos las paredes infiltradas, no habia apreciado de una manera tan distinta.

(2) En la necesidad de expresar en nuestro idioma lo que llaman los franceses *chevrotement de la voix* ó *voix chevrotante*, nos ha parecido deber hacerlo valiéndonos del adjetivo *caprina*, que dá una idea tan exacta como puede desearse del fenómeno patológico á que se aplica.

(L. RR.)

## ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo superior del pulmón derecho no tenía indicio alguno de enfisema; su tejido se hallaba sano, pero poco crepitante. El bronquio principal de este lóbulo presentaba algunas líneas después de su origen, una estrechez tal, que apenas pudo atravesarla un estilete delgado, y poco antes de dividirse tomaba de nuevo su calibre natural. En toda la extensión de la estrechez había conservado la membrana fibrosa su aspecto ordinario; pero la mucosa se hallaba roja y muy engrosada. Este engrosamiento parcial de la mucosa bronquial nos pareció de todo punto análogo á los que amenudo se observan en la membrana mucosa intestinal. En el resto del lóbulo tenían los bronquios su calibre natural. Nada notable había en las demás partes de los pulmones. Derrame en la pleura izquierda de cerca de media azumbre de serosidad cetrina. Hipertrofia de las paredes de los dos ventrículos, con dilatación de sus cavidades, estrechez de la aorta. Rubicundez general del tubo digestivo.

La estrechez que se observó en uno de los bronquios era evidentemente debida tan solo al grosor que había adquirido la membrana mucosa. El sitio en que existía dá razón exacta de la disminución de intensidad del ruido respiratorio en toda la parte superior derecha del torax. Pero este fenómeno, resultado mecánico de muchos géneros de lesión, no puede considerarse como signo patognomónico. Merece notarse la sensación de constricción que tan pronunciada era en el presente caso en el lado del pecho donde existía el angostamiento. En cuanto á la otra sensación que también expresaba el enfermo cuando decía *que no respiraba con el lado derecho del pecho*, no es peculiar de la afección que nos ocupa; la han presentado también otros enfermos en cuyo pulmón impedía la libre entrada del aire una causa cualquiera.

El engrosamiento de las paredes bronquiales no siempre reside exclusivamente en la membrana mucosa. Los tejidos cartilagosos y fibrosos colocados al exterior de esta membrana pueden también sufrir una hipertrofia más ó menos considerable, y concurrir poderosamente á la producción de la estrechez. He aquí un ejemplo.

III.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Engrosamiento de las paredes de algunos bronquios con disminución notable de su cavidad. Tubérculos pulmonares en el lado opuesto.

Una lencera, de edad de 26 años, entró en la Caridad durante el mes de setiembre de 1822. A la edad de 18, había contraído un resfriado que nunca se curó; pero que sin embargo durante los cuatro primeros años no había parecido ejercer ninguna influencia peligrosa sobre su salud. Hacia la edad de 22 años principió á sentir una ligera disnea, y tuvo una hemotisis abundante.

Desde este momento se hizo la tos mas frecuente y penosa; las carnes y las fuerzas disminuyeron; la opresion vino á ser mas considerable, y durante los dos años siguientes se renovaron muchas veces los esputos de sangre. Entre los 24 y los 25 años la naturaleza pareció hacer un esfuerzo hácia la curacion, ó á lo menos no progresaron los áctidentes arriba mencionados. Se continuó la hemorragia, y la enferma recobró algunas fuerzas. Pero al cabo de este tiempo ocurrió una hemotisis muy abundante que duró muchas semanas, y desde entonces se notó un deterioro rápido. No hay necesidad de decir que habiendo sido recibida varias veces en diferentes hospitales durante seis años, habia sufrido esta mujer muchos tratamientos metódicos, inútiles todos. Cuando se presentó á nuestro exámen habia llegado al mas alto grado de marasmo. La auscultacion dió á reconocer debajo de la clavícula izquierda, y por la parte posterior del mismo lado, en las fosas supra é infrascapulas un gorgoteo muy notable, indicio seguro de la existencia de escavaciones tuberculosas. A la derecha, en el espacio comprendido entre la clavícula y la mama, se hallaba reemplazado en muchos puntos el ruido respiratorio ordinario por una especie de ronquido muy perceptible, y en todos los demas sitios era la respiracion clara y fuerte. La percusion producía un sonido macizo debajo de la clavícula izquierda. La enferma decia que desde el principio de lo que llamaba su *resfriado*, habia sentido durante largo tiempo una especie de calor habitual y muy penoso al lado derecho de la pieza superior del esternon. Sucumbió por fin despues de haber permanecido tres semanas en el hospital.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Estensas cavernas en el pulmon izquierdo con hepatizacion gris del parénquima adyacente. Ningun tubérculo en el pulmon derecho, cuyo tejido parecia sano. Los bronquios de los dos pulmones estaban rojos. Los del lóbulo superior del pulmon derecho presentaban ademas las siguientes particularidades: apenas se habia dividido dos ó tres veces el bronquio principal, presentaban de pronto sus paredes un espesor no acostumbrado, y al mismo tiempo sufría su calibre una disminucion notable. Esta disminucion podia apreciarse debidamente comparando el diámetro de los bronquios correspondientes en ambos pulmones. Los del izquierdo, que parecian haber conservado sus dimensiones ordinarias, ofrecian una capacidad tres ó cuatro veces mayor. En algunos de los ramos menores tomaban de nuevo los bronquios su calibre acostumbrado, engrosándose despues sus paredes, y angostándose de trecho en trecho. Chapas rojas en el estómago, ulceracion en el intestino delgado.

Considerando esta observacion respecto á la estrechez de los bronquios con especialidad, vemos que era mas general, pero menos considerable que en la que ha sido objeto de la segunda historia. Tampoco en este caso faltó el ruido respiratorio; pero solo se oía un ronquido particular en diferentes puntos del lóbulo superior del pulmon derecho. La naturaleza de la alteracion explica esta modificacion del ruido respiratorio.

Bajo otros puntos de vista todavia presenta esta observacion algun interés. La sensación de calor que la enferma decia

esperimentar por debajo de la clavícula derecha seis años hacia, indicaba que desde entonces estaban inflamados los bronquios del lóbulo superior del pulmon derecho. Sin embargo, ningun tubérculo habia en este pulmon, al paso que en el izquierdo, donde la bronquitis parecia ser menos intensa, existian en número crecido. Despues de recogidas las observaciones que acababan de leerse, hemos tenido ocasion de hallar algunos otros casos análogos, y nos ha parecido que la estrechez de los bronquios, llevada casi hasta la obliteracion, ocurría con mas frecuencia en aquellos que distribuyen el aire en los lóbulos pulmonares superiores.

Antes de terminar este asunto, demos noticia de otra lesion en que los bronquios se reducen y obliteran, no porque haya habido enfermedad en sus paredes, sino porque un tumor desarrollado en los tejidos que los rodean les ha comprimido y disminuido poco á poco, y aun cerrado enteramente su cavidad. La siguiente observacion va á presentarnos un caso de este género.

#### IV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Compresion de los gruesos bronquios del pulmon derecho por una masa de melanosis enquistada. Ruido respiratorio mas débil en el lado derecho.

Entró un viejo en la Caridad, en un grado muy adelantado de aniquilamiento; tosía, y expectoraba una grande cantidad de esputos puriformes. Por medio de la auscultacion reconocimos que el ruido respiratorio era muy intenso, *pueril* en el lado izquierdo, al paso que en el derecho aparecia mucho mas débil. Por otra parte, en ambos lados se oía en diferentes puntos una mezcla de estertor ronco y mucoso. La sonoridad era igual en el lado derecho y en el izquierdo. Una diarrea abundante existía hacia mucho tiempo. Este sujeto sucumbió pocos dias despues de su entrada.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

La raiz del pulmon derecho estaba ocupada por una masa enorme de melanosis, que parecia haber tenido principio en los ganglios bronquiales, de los cuales no se hallaba vestigio. El bronquio que resulta inmediatamente de la bifurcacion de la traquearteria se hallaba comprendido en esta masa, y comprimido por ella hasta el punto de no igualar apenas la mitad del calibre del bronquio principal del otro pulmon. Rubicundez general de la mucosa bronquial. Ulceracion en los intestinos gruesos.

En este individuo, como en el que fué objeto de la observacion segunda, el angostamiento de los bronquios se oponía á la entrada de una grande cantidad de aire en cada inspiracion; disminuyendo así la intensidad del ruido respiratorio, que era,

al contrario, muy fuerte en el lado opuesto, como si se hubiese establecido una compensacion entre ambos pulmones, respecto á la cantidad de aire recibida por cada uno de ellos en un tiempo dado.

No es raro encontrar en los niños los bronquios comprimidos en su origen por masas de ganglios tuberculosos. Finalmente, á veces han producido el mismo efecto los aneurismas de la aorta.

37. Si reasumimos las principales circunstancias de las observaciones que acaban de leerse, llegaremos á los resultados siguientes.

La estrechez de los bronquios, considerada primeramente respecto á las lesiones que la producen, presenta dos especies. En la una procede la estrechez de alteraciones de las mismas paredes de los bronquios, y en la otra la disminucion del calibre de estos se debe á una compresion mecánica ejercida sobre ellos de fuera á dentro.

En la primera especie estan muy lejos de ser siempre iguales las lesiones que producen el angostamiento de los bronquios. Unas veces se halla tan solo alterada la membrana mucosa, que presenta un grosor mas considerable que de ordinario, y este engrosamiento resulta, ya de una simple hiperemia que puede disiparse con tanta prontitud como sobreviene, ya de una verdadera induracion ó hipertrofia de su tejido. Otras veces la causa del angostamiento reside mas particularmente en los tejidos subyacentes á la membrana mucosa, los cuales presentan un aumento notable de espesor, adquirido á espensas de la cavidad que aquellas paredes contribuyen á formar. Hemos visto un caso, entre otros, en que un bronquio de calibre bastante pequeño estaba ocupado en un punto de su estension por una masa cartilaginosa que obstruia en gran parte su cavidad. Por la diseccion nos convencimos de que esta masa pertenecía á las paredes mismas del bronquio, que se habia desarrollado entre la membrana mucosa y los otros tegidos, y que era debida á una hipertrofia parcial de los cartilagos que entran en la composicion de las paredes bronquiales.

En la segunda especie de estrechez de los bronquios se hallan al rededor de ellos tumores de naturaleza y volumen variables, que los comprimen y tienden á borrar su cavidad. En el centro mismo de los pulmones deben producir á menudo un efecto análogo las masas tuberculosas; pero aunque es muy probable que así suceda, en realidad no tenemos datos que lo comprueben. Esta especie de angostamiento ha sido principalmente bien observada en los bronquios que resultan de la division de la tra-

quearteria, desde la terminacion de la última hasta la entrada de los primeros en el pulmon, de lo cual dejamos citados algunos ejemplos.

Considerado el angostamiento de los bronquios respecto á su sitio, puede ocupar los conductos mas gruesos, los medianos y los mas pequeños. Nótase algunas veces que un bronquio se halla estrechado en toda su estension, y otras que únicamente lo está en un solo punto. Tambien puede acontecer que solo exista un angostamiento, ó que haya un número mayor.

En cuanto á su grado, la alteracion que nos ocupa presenta dos: en el primero hay simple disminucion de la cavidad del bronquio; y en el segundo se halla esta cavidad enteramente borrada, de modo que pueden encontrarse los bronquios, ó simplemente estrechados, ú obliterados del todo.

En cierto número de casos de angostamiento y aun de obliteracion de los bronquios, las porciones del pulmon en que se distribuyen no manifiestan ninguna alteracion apreciable. Otras veces presentan un enfisema, cuya causa hemos tratado de explicar mas arriba. Puede hallarse tambien el pulmon, sea tuberculoso, sea con hepatizacion roja ó gris, sea con induracion gris ó negra; y aunque tales alteraciones no pasan de ser unas coincidencias, conviene, sin embargo, notar su mayor ó menor frecuencia.

Cuando el bronquio principal de un pulmon está obliterado, ó se halla por lo menos considerablemente estrechado, puede el órgano respiratorio sufrir todavía otro género de alteracion, á saber, disminucion de volúmen, atrofia, y al mismo tiempo reduccion y aplanamiento de las paredes del pecho del mismo lado, como acontece á consecuencia de los derrames pleuríticos reabsorvidos. No hemos observado semejante lesion en la especie humana; pero hemos visto una atrofia del pulmon, con reduccion del lado correspondiente del torax, en un mono cuya diseccion hicimos en compañía del doctor Reynaud, y en el cual descubrimos que el bronquio del pulmon atrofiado estaba casi obliterado del todo por un tumor tuberculoso desarrollado á su inmediacion. Fácilmente se comprende como, bajo la influencia de semejante causa, debe originarse la atrofia del pulmon.

Los síntomas producidos por el angostamiento de los bronquios, varian segun el grado de estrechez, su sitio y su estension; y no menos tambien, segun que es aguda ó crónica la enfermedad que le produce. Cuando proviene de una hiperemia aguda de la membrana mucosa, da origen dicho angostamiento á una disnea que aumenta y disminuye con la causa que la determina. Mientras esta disnea persiste, se oyen, en diversos puntos

del pecho, las diferentes variedades de los estertores sibilante y ronco. La hiperemia bronquial puede reproducirse muchas veces, y entonces la disnea reaparece de un modo periódico bajo la forma de accesos de asma.

El angostamiento de los bronquios, que depende de una lesion crónica de estos conductos, da tambien lugar á una disnea habitual, pero mucho menos fuerte que en el caso precedente; solo se nota que de cuando en cuando la respiracion se verifica con mas dificultad que de ordinario, lo cual sucede frecuentemente con motivo de una exasperacion de la bronquitis que por lo comun existe. Todavía en este caso manifiesta la auscultacion el estertor sibilante, bien sea puro, bien mezclado con otros, y variando siempre de un dia á otro en intensidad y estension. Ademas, cuando la estrechez reside en el bronquio principal del pulmon, ó en aquel cuyos ramos se distribuyen por todo un lóbulo, puede acontecer, como en varios ejemplos que hemos presentado, que el solo signo que suministre la auscultacion sea una disminucion notable del ruido respiratorio en cierta estension del pulmon. Mas arriba hemos insistido acerca de las causas de este fenómeno, y de las equivocaciones á que puede inducir en el diagnóstico.

No hablaremos aqui de otra causa de obliteracion de los bronquios, que no reside en las paredes de estos conductos, sino en la materia misma que segrega la membrana mucosa. Mas adelante tendremos ocasion de citar casos de este género. ¿Admitiremos, por último, que pueden los bronquios angostarse tambien de otro modo en sus ramificaciones pequeñas, á saber, por la contraccion espasmódica de las fibras musculares, cuya existencia parece indudable en las paredes de aquellos conductos? ¿esplicaremos de esta suerte esas disneas pasajeras que acometen á ciertos individuos en medio de un buen estado de salud, que se disipan con mucha rapidez sin dejar ningun vestigio, que nacen frecuentemente bajo la influencia de impresiones morales, que se reproducen á menudo solo con pensar en ellas, y que por último suelen desaparecer con la misma facilidad que se manifestaron bajo el imperio de una distraccion mas ó menos fuerte?

La existencia de esta especie de disnea espasmódica no puede demostrarse de un modo material; pero la naturaleza de los síntomas conduce algunas veces á admitirla. Mas adelante tendremos ocasion de ocuparnos otra vez de este asunto.

## ARTICULO III.

## INVESTIGACIONES QUE SIRVEN PARA LA HISTORIA DE LA DILATACION DE LOS BRONQUIOS.

38. Cuando los bronquios padecen de flegmasia crónica, se observa en ellos algunas veces un género de alteracion opuesto al precedente; se dilatan en una parte mayor ó menor de su extension.

La dilatacion de los bronquios no ha llamado la atencion de una manera especial, hasta que últimamente la ha descrito el catedrático Laënnec. Su tratado sobre la auscultacion mediata contiene sobre este objeto preciosos detalles de anatomía patológica. Pero en la época en que Laënnec publicó sus observaciones, no poseía aun mas que un corto número de hechos; y puede decirse que en algun modo trazó *á priori* los síntomas de la dilatacion de los bronquios, dejando á los observadores que le siguiesen la fácil tarea de acreditar sus ideas. Desde que los trabajos de Laënnec llamaron la atencion de los médicos sobre la dilatacion de los bronquios hemos tenido muchas veces ocasion de observarla, y nuestras investigaciones han confirmado plenamente quanto dicho profesor habia adelantado. Siempre que la dilatacion ha sido considerable, nos la ha anunciado la resonancia de la voz, mas ó menos parecida á la pectoriloquia, haciéndonos tambien sospechar su existencia otros signos bastante característicos cuando ha sido menos graduada: últimamente, las dilataciones mas ligeras no han venido acompañadas por ningun síntoma particular. En las siguientes observaciones se hallarán ejemplos de estos diferentes grados.

## V.ª OBSERVACION.

Bronchitis crónica general. Dilatacion de un solo ramo bronquial. Falta de síntomas característicos de esta dilatacion. Cáncer del estómago.

Un pizarrero, de edad de 62 años, hacia cinco ó seis que se hallaba molestado de tos cuando entró en el hospital durante el mes de abril de 1822. Además haria dos años poco mas ó menos que habia principiado á presentar los síntomas de una enfermedad orgánica del estómago. Cuando se sometió á nuestra observacion, estaba ya en un grado de marasmo bastante adelantado, á consecuencia de la afeccion gástrica. Tosia con frecuencia, y arrojaba espusos amarillos y espesos en cantidad bastante crecida. Percutido el pecho, daba en todas partes un sonido claro. La auscultacion transmitia en ambos lados el

murmullo respiratorio con mezcla de diferentes estertores bronquiales. Este hombre sucumbió, tres semanas despues de su entrada, por los progresos de la enfermedad del estómago.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Parenquima pulmonal sano y crepitante, infartado por su parte posterior; concrecion calcárea enquistada, del volúmen de una avellana hácia el vértice del pulmon derecho. Los bronquios de ambos pulmones presentaban numerosas chapas rojas en su superficie interna, y estaban llenos de mucosidades. En el lóbulo medio del pulmon derecho hallamos un bronquio, cuyo diámetro era á lo menos tres veces mayor que el del inmediato, siendo así que en el estado sano hubiera debido ser menos grueso. Los conductos que nacen de este bronquio dilatado tenian su capacidad ordinaria. Cáncer ulcerado en la porcion pilórica del estómago. Los demas órganos en su estado normal. La referida dilatacion limitada, como viene dicho, á un solo conducto, no habia ejercido al parecer ninguna influencia, ni habia sido anunciada por ningun sintoma particular.

#### VI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronchitis crónica con aneurisma del corazon. Dilatacion general de los bronquios de un lóbulo pulmonar. Resonancia particular de la voz, y respiracion como sibilosa en este mismo lóbulo.

Un mozo de cordel, de edad de 66 años, entró en la Caridad á principios del mes de enero de 1822. Entonces presentaba todos los signos de una afeccion orgánica del corazon: ortopnea, abotagamiento de la cara, anasarca, latidos del corazon con impulso ligero en la region precordial y parte inferior del esternon, claros y ruidosos debajo de ambas clavículas (hipertrofia de los ventriculos con dilatacion de su cavidad). Auscultando el torax en el espacio comprendido entre la clavícula del lado derecho y la tetilla del mismo lado, y por detras de la fosa supraspina, reconocimos que la voz retumbaba mucho mas en esta estension que en ningun otro punto del torax, constituyendo mas bien una resonancia particular, que una verdadera pectoriloquia. En esta misma estension, cada vez que el enfermo inspiraba, parecia como que uno soplabá con fuerza por la estremidad del cilindro, aplicada sobre el pecho; en todos los puntos restantes se oia como de ordinario el ruido de la respiracion, con mezcla en algunos de estertor mucoso. No tardó el paciente en sucumbir con todos los signos que aparecen en los aneurismáticos.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Pulmones fuertemente infartados de un liquido seroso sin color, rubicundez violácea de los bronquios. Comparando entre sí ambos pulmones, reconocimos una dilatacion manifiesta en todos los bronquios del lóbulo superior derecho; en cualquier sitio que se cortase el tejido de este lóbulo se veian abiertos los orificios bronquiales, y con tanto calibre poco mas ó menos como el bronquio principal del mismo. Las paredes de dichos conductos, considerablemente engrosadas, presentaban de trecho en trecho círculos cartilagosos tan manifiestos y duros como en la bifurcacion de la traquearteria. En dos ó tres

puntos apareció ligeramente ulcerada la membrana mucosa. Hipertrofia de los ventriculos con dilatacion de sus cavidades; chapas cartilagosas en la aorta. Rubicundez general de la membrana gastro-intestinal.

En este enfermo la dilatacion de los bronquios, mas considerable y mas superficial que en el precedente, fué anunciada por dos sintomas bien marcados, á saber, la grande resonancia de la voz y el soplido particular en el acto inspiratorio.

#### VII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica complicada con neumonia aguda. Resonancia de la voz, y respiracion con *resoplido* en el lado opuesto al de la neumonia. Sospechas de dilatacion de los bronquios.

Un hombre, de edad de 40 años poco mas ó menos, presentaba todos los sintomas de una pleuro-neumonia aguda cuando entró en la Caridad durante el mes de agosto de 1823. Dolor por debajo de la tetilla izquierda, estertor crepitante que próximamente podia referirse á toda la estension del lóbulo inferior del pulmon del mismo lado, sonido algo macizo, esputos herrumbrosos y viscosos, disnea y fiebre. Auscultado al lado derecho se encontró el ruido de la respiracion claro y muy fuerte en todas partes; pero hácia atrás, al nivel de la fosa infraspina, cada vez que penetraba el aire en las vesículas pulmonales, se oia una especie de soplo muy intenso; y cuando hablaba el enfermo tenia su voz en el mismo punto una resonancia particular, que no se advertia en el resto del propio lado. La neumonia cedió á un tratamiento conveniente; sin embargo, el enfermo, aunque en plena convalecencia, aun tosia y continuaba ofreciendo en la fosa infraspina derecha la misma resonancia de la voz, y el mismo soplo en la inspiracion. Entonces averiguamos que hacia cerca de cuatro años se hallaba padeciendo una bronquitis crónica que no habia ejercido influencia alguna peligrosa en su salud. Su gordura, el estado excelente de su nutricion, la rapidez y plenitud de su restablecimiento, no permitian pensar que hubiese ninguna escavacion tuberculosa en el parenquima pulmonar; por tanto, nos inclinamos á creer que debian haber sufrido una dilatacion considerable muchos bronquios superficiales del lóbulo medio del pulmon derecho; cuya dilatacion parcial, lejos de provenir de la bronquitis, era tal vez la causa de la tos habitual que le atormentaba, y que parecia no ir acompañada de ningun desarreglo notable de la salud.

#### VIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Dilatacion de muchos bronquios. Pectoriloquia: Ulceracion del estómago.

Un peluquero, de 46 años de edad, piel morena, cabellos negros, pecho bien desarrollado, estaba sujeto desde muchos años antes á resfriarse con facilidad, y hacia uno que padecia una ligera opresion habitual, cuando á fines de diciembre de 1821 se vió acometido de hemotisis por la primera vez. Desde febrero de 1822, época en que contrajo un nuevo catarro, se estableció una expectoracion abundante, los esputos eran puriformes, y en sentir del paciente, de una insoportable fetidez. En fin, durante los ocho dias que pre-

cedieron á su entrada en la Caridad, sintió en la parte lateral izquierda del torax un dolor vivo, que le atacó por primera vez despues de haberse espuesto á una lluvia abundante. Solo habia hecho cama durante estos ocho últimos dias.

Cuando entró en la Caridad, á fines de marzo, se hallaba en estado de ortopnea, y espresaba su cara una viva ansiedad. Arrojava sin esfuerzos, y á consecuencia de una tos ligera, esputos amarillos, espesos, en forma de chapas ó escudos, que sobrenadaban en una serosidad abundante. Sentia un dolor vivo en toda la parte lateral izquierda del torax, que no permitia practicar la percusion. Auscultándole, se advertia que el ruido inspiratorio era fuerte y claro en el lado derecho, y mucho mas débil en el izquierdo, tanto por delante como por detras. La voz resonaba con fuerza en todo el lado izquierdo, y en el mismo, por delante al nivel de la tetilla y por detras algo mas arriba del ángulo inferior del omoplato, habia pectoriloquia evidente. El pulso estaba frecuente, la piel caliente y seca. Las funciones digestivas no parecian notablemente turbadas.

Segun el referido conjunto de sintomas no era al parecer dudoso el diagnóstico. M. Lermnier caracterizó la enfermedad de una tisis pulmonar cuyo curso habia sido lento. La naturaleza de los esputos y la pectoriloquia se creyó que indicaban la existencia de cavernas. Los sintomas agudos que habian aparecido ocho dias hacia, eran probablemente consecuencia de una inflamacion de la pleura izquierda; la falta casi completa del ruido respiratorio en el lado izquierdo, podia ser considerada, ya como un resultado del dolor que se oponia al movimiento de las costillas, ya como producto de un derrame. (*Vejigatorio sobre el lado izquierdo del torax.*)

En los primeros dias de abril cambi6 de carácter la expectoracion; convirti6se en un liquido gris, que corria fácilmente sobre el vaso que le contenia, muy fétido y tan abundante, que la cantidad espelida en veinticuatro horas era triple que lo ordinario. Durante los meses de abril y mayo se debilitó el enfermo progresivamente. El dolor del costado persistia, impidiéndole echarse sobre el lado izquierdo. Tampoco podia colocarse sobre el derecho porque en esta posicion se abogaba. Los esputos, siempre abundantes, iban haciéndose cada vez mas fétidos. Todas las tardes tenia escalofrios, y un calor abrasador durante la noche; pero *nunca sudaba*, circunstancia que nos parecia notable en un sugeto que considerábamos afecto de tubérculos pulmonares. Por la mañana y al principio de la tarde apenas estaba frecuente el pulso. A fines del mes de abril principi6 el enfermo á experimentar mucha aversion á toda especie de alimentos, pero la lengua conservaba sin embargo su aspecto natural. Nunca tuvo ni v6mitos ni dolor epigástrico. Al principio del mes de mayo sobrevino diarrea, que apareció y desapareció alternativamente durante todo este mes y la primera quincena de junio. Desde su entrada en el hospital hizo uso de tisanas dulcificantes, del liquen y de las pildoras balsámicas de Morton. La diarrea fue combatida sucesivamente por el cocimiento blanco de Sydenham, el cocimiento de catecú, y unas pildoras compuestas de alumbre y de extracto de ratania. Se le aplicaron muchas veces vejigatorios ambulantes, bien sobre las paredes torácicas, bien á los miembros inferiores. Durante los primeros dias de junio se deterioró notablemente, y cay6 en un estado de sopor continuo, del cual se le sacaba con dificultad. Por fin sucumbió el 16 de junio.

## ABERTURA DEL CADAVER .

*Diez y ocho horas despues de la muerte.*

Consuncion muy adelantada.

*Cráneo.* Cantidad notable de serosidad ligeramente turbia en el tejido celular sub-aracnoideo de la superficie exterior de los hemisferios cerebrales. Un poco de liquido transparente y sin color en los ventriculos.

*Torax.* Varias concreciones albuminosas, membraniformes, tapizaban en distintos puntos la pleura pulmonar izquierda. Ninguna adherencia la unia á la pleura costal.

El pulmon izquierdo generalmente crepitaba muy poco, y sin embargo su tejido sobrenadaba cuando se le sumergia en el agua. En su lóbulo superior existia una cavidad suficiente para admitir una nuez de mediano tamaño, llena de un liquido análogo á la materia de la espectoracion, y en cuya superficie se abria un tubo bronquial que apenas podia recibir una pluma de escribir. La diseccion nos convenció bien pronto de que habia continuacion entre las paredes del bronquio y las de la cavidad, y que uno y otra estaban formados por un mismo tejido; hallándose en ambos la membrana mucosa roja y engrosada como tambien la fibrosa, y algunos vestigios de anillos cartilaginosos. Desde aquel momento nos pareció evidente que lo que al principio habiamos tomado por una escavacion tuberculosa, no era mas que una dilatacion considerable de un ramo bronquial. En muchos puntos de las paredes de la porcion dilatada, habia pequeños orificios que conducian á otros bronquios.

Siguiendo distintas ramificaciones bronquiales, sea en el lóbulo superior, sea en el inferior del mismo lado, vimos que muchas adquirian repentinamente un volumen triple ó cuádruple, despues se angostaban, y de nuevo volvian á agrandarse. No observamos que ninguna careciese de salida; al contrario, todas presentaban en los puntos dilatados muchas aberturitas pequeñas, que eran los orificios de otros tantos tubos bronquiales casi capilares. El tejido pulmonar, situado entre los bronquios dilatados, parecia como comprimido, y semejava bastante al tejido de un pulmon replegado con fuerza por un derrame pleurítico.

El pulmon derecho, mucho mas crepitante que el otro, presentaba asimismo algunos de sus bronquios dilatados, pero en grado menor. Estas dilataciones eran parciales, y consistian en pequeñas expansiones llenas de un liquido puriforme, que tenian por término medio suficiente cavidad para admitir una avellana. Para formar tales expansiones se dilataban de trecho en trecho algunos ramos poco considerables, y volvian á tomar despues su anterior calibre. Las pleuras costal y pulmonar de este lado se hallaban unidas entre sí por antiguas adherencias celulares. El corazon era pequeño; sus cavidades derechas contenian un coágulo blanco, bastante denso, y adherido fuertemente á las columnas carnosas.

*Abdomen.* La membrana mucosa del estómago presentaba á lo largo de la grande corvadura cinco ó seis ulceraciones pequeñas y superficiales, rojizas en los bordes y en el fondo. Estado sano del estómago en el resto de su estension; inyeccion viva de la membrana mucosa del colon transverso y descendente.

En esta observacion hallamos, 1.º una dilatacion de un tubo bronquial bastante considerable para formar una verdadera cavidad en medio del parenquima pulmonar replegado á sus inmediaciones: 2.º una série de pequeñas dilataciones sucesivas, en la estension de un bronquio. Ningun síntoma especial habia anunciado la existencia de esta segunda variedad de dilatacion; la de los bronquios de la parte inferior del pulmon izquierdo, que era mas considerable, producía como en los casos precedentes una resonancia particular de la voz; finalmente, la grande dilatacion que existía en el lóbulo superior del mismo pulmon izquierdo dió lugar á una verdadera pectoriloquia. Pero mientras que en los enfermos precedentes iba acompañada la entrada del aire en los bronquios dilatados de una especie de resoplido muy perceptible, en este por el contrario, no solo faltaba el mencionado resoplido, sino que además el ruido respiratorio era notablemente mas débil al lado izquierdo que al derecho. Esta menor intensidad del ruido respiratorio en el lado donde existía la dilatacion mas considerable, dependería tal vez de la compresion que los bronquios dilatados ejercian sobre el tejido pulmonar. De aqui el aplastamiento de las células y la disminucion consiguiente de la cantidad de aire que en ellas penetraba.

Por otra parte, todos los síntomas parecían indicar la existencia de una tisis pulmonar, y solo la falta de los sudores, fenómeno constante en dicha enfermedad, hubiera podido conducirnos á dudar de la degeneracion tuberculosa de los pulmones. Pero lo cierto es que únicamente de la membrana mucosa bronquial procedían esos esputos purulentos en forma de chapas ó escudos, que por lo comun anuncian de un modo casi cierto la existencia de una escavacion tuberculosa. Su estrema fetidez es digna tambien de notarse. En una de las observaciones de dilatacion de los bronquios, citadas por Laënnec, era tambien sumamente fétida la expectoracion del enfermo.

La flegmasia ulcerosa no se dió á conocer en este enfermo, ni por los vómitos, ni por la sed, ni por la rubicundez de la lengua: se observó únicamente una anorexia completa y una aversion estrema á los alimentos. ¡Cuán peligrosa no hubiera sido en este caso una medicacion tónica! hubiera podido despertar momentáneamente el apetito, pero dando lugar á una sobre-irritacion funesta. Mas á pesar de todo ¿concluirémos de este hecho que una anorexia completa, indefinidamente prolongada, puede bastar en todos los casos para anunciar una inflamacion latente del estómago? Sin duda que no; porque en individuos que hacia mucho tiempo habian perdido el apetito, y

particularmente en algunos tísicos, hemos hallado el estómago enteramente exento de flegmasia. Yo no dudo que en este último caso los tónicos amargos, prudentemente administrados, tales como el ruibarbo, el colombo, la quina, etc., puedan ser tan útiles como son nocivos en otras circunstancias. Pero volvamos á nuestro objeto.

#### IX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica parcial. Dilatacion de algunos ramos bronquiales. Estertor mucoso en los puntos correspondientes. Cáncer del higado,

Un hombre, de cerca de 50 años, sucumbió de una afeccion cancerosa del higado. Habia estado largo tiempo atormentado por una tos rebelde con expectoracion muy abundante y puriforme. Habiamos auscultado con frecuencia el pecho y reconocido siempre un estertor mucoso muy notable en el lado izquierdo del torax, sea en la parte posterior al nivel de la fosa infrascapular, sea en la anterior al nivel y lado interno de la tetilla. En estos diferentes puntos la resonancia de la voz era normal, y daba la percusion un sonido claro. Este hombre no tenia ninguno de los signos de la degeneracion tuberculosa de los pulmones, y el estertor, que se percibia en muchos puntos del izquierdo, nos pareció depender únicamente de la acumulacion de materiales mucosos en los bronquios, opinion que justificó despues la autopsia cadavérica. La mayor parte de los bronquios del lóbulo inferior del pulmon izquierdo estaban rojos en su superficie interna, y llenos de un moco puriforme. Pero ademas, algunos ramos presentaban de trecho en trecho pequeñas dilataciones, muchas de ellas fusiformes, con las paredes tan delgadas que se aplanaban luego que cortándolas ó comprimiéndolas se hacia salir el moco que las llenaba. Los bronquios del lóbulo superior de este pulmon y de la totalidad del derecho estaban pálidos y vacíos.

La auscultacion anunció en este caso, con precision admirable; el sitio y la estension de la bronquitis; pero no suministró ningun signo que pudiera conducir á sospechar la dilatacion de los bronquios.

36. Atendiendo á las precedentes observaciones y á las que se hallan consignadas en la obra de Laënnec, se pueden, en mi concepto, establecer tres variedades principales de dilatacion de los bronquios, tanto respecto á la naturaleza de la lesion, como por lo relativo á los síntomas que la anuncian.

En la variedad primera, adquieren uno ó muchos bronquios un aumento mas ó menos considerable de capacidad en toda su estension. Algunas veces presentan entonces los conductos que resultan de la cuarta, quinta ó sesta division del bronquio principal, un diámetro igual ó superior al de este último. La dilata-

cion puede limitarse á un solo tubo, comprender á muchos, ó estenderse, aunque rara vez, á los ramitos bronquiales de todo un lóbulo. Este género de lesion no deberá considerarse siempre como efecto de una simple distension pasiva de las paredes bronquiales. Porque no hay duda que dichas paredes suelen presentar un grosor evidentemente mayor que en su estado fisiológico, en cuyo caso la membrana mucosa es mas consistente, mas densa que de ordinario, y se halla á veces ulcerada; la membrana fibrosa, tan delgada generalmente en los pequeños bronquios, es dura y resistente, y el tegido cartilaginoso que, en el estado sano, no existe ó se presenta solo en forma de puntitos aislados, es entonces mucho mas aparente. Resulta pues, que la especie de dilatacion que nos ocupa no es, á lo menos en todos los casos, un resultado puramente mecánico de los esfuerzos de la tos, ó de la acumulacion de mucosidades, sino que alguna vez se debe á cierto género de hipertrofia del tejido de las paredes bronquiales.

Cuando es poco considerable ó poco estensa esta primera variedad de la dilatacion de los bronquios, solo con dificultad puede ser reconocida durante la vida. Cuando llega á un grado mas alto se anuncia por sintomas bastante característicos. Asi es que en uno de los casos arriba citados, en que se hallaban muy dilatados la mayor parte de los bronquios del lóbulo superior del pulmon derecho, resonaba la voz de tal modo, asi por debajo de la clavícula como en la fosa supraspina, que se hubiera podido sospechar la existencia de una escavacion tuberculosa. Frecuentemente se oye al mismo tiempo, en el sitio de la dilatacion, ó bien un estertor mucoso muy pronunciado, sin verdadero gorgoteo, análogo al de las cavernas en estado de plenitud, ó bien una especie de *resoplido* que reemplaza al gorgoteo, y no es menos fuerte que el de las cavernas que no contienen líquido.

En la segunda variedad no se observa un aumento uniforme del calibre de uno ó muchos bronquios en toda su estension, sino es una dilatacion variable en magnitud en un solo punto, de uno de los conductos respiratorios, resultando de esta manera una verdadera cavidad accidental que repliega al parenquima pulmonar que la circuye. Una de nuestras observaciones puede servir de ejemplo de esta variedad de dilatacion: en un lóbulo pulmonar habia una cavidad, bastante capaz para contener una nuez, cuya superficie interna presentaba un crecido número de orificios correspondientes á otros tantos bronquios de diámetro casi capilar, y en cuyas paredes podia reconocerse facilmente la textura de los tubos bronquiales, tanto por la

membrana mucosa, que se continuaba con los pequeños conductos abiertos en su interior, como por la fibrosa, que en toda la estension de la dilatacion era mucho mas aparente y mas densa que en los ramitos bronquiales inmediatos. Parecia que á proporcion que se habia aumentado la cavidad del bronquio se habian engrosado sus paredes, en la misma forma que se verifica en ciertas dilataciones de la aorta que coincide con una hipertrofia de sus membranas. Mas arriba hemos visto que otras veces, al contrario, el engrosamiento de las paredes del bronquio coincide con la reduccion de su cavidad.

El diagnóstico de esta segunda variedad debe ser mas ó menos facil, segun la situacion y el tamaño de la dilatacion. Puede ser anunciada ya por una verdadera pectoriloquia, ya por un resoplido característico que se percibe cada vez que el aire penetra en los pulmones.

Por fin en la tercera variedad un mismo tubo bronquial, dilatado por intervalos, presenta en su longitud una série de expansiones y de angostamientos sucesivos. Cortando el parenquima pulmonar, se le halla como sembrado de una crecida cantidad de pequeños tumores redondeados, notables por su color blanco, en razon del liquido puriforme que los llena. Penetrando en su cavidad con la punta de un escalpelo, es facil convencerse de que se continuan con pequeños bronquios, que para formarlos se dilatan de trecho en trecho. En los casos sometidos á nuestra observacion, nos ha parecido que los bronquios no habian aumentado de espesor en los puntos dilatados como en las dos primeras variedades; al contrario, sus paredes eran sumamente delgadas. Cualquiera se hallaria inclinado á admitir que en esta última variedad las pequeñas dilataciones parciales de los bronquios no son otra cosa que un resultado mecánico de la distension efectuada por el moco en aquellos puntos de sus paredes que ofrecen menor resistencia, ya por haberse disminuido su elasticidad, ya por un verdadero adelgazamiento. Semejante dilatacion parece menos rara en los niños que en los adultos. Muchas veces he comprobado su existencia con el Dr. Guersent en el hospital de niños enfermos.

Concíbese por otra parte que el diagnóstico de esta tercera variedad es casi imposible de establecer. A lo sumo podrá sospecharse por la antigüedad de la bronquitis, los caracteres de la tos, la abundancia y naturaleza de los esputos, los diferentes estertores que se advierten, etc.

## CAPITULO II.

## INVESTIGACIONES ACERCA DE LOS CAMBIOS EN LAS SECRECIONES DE LA MEMBRANA MUCOSA DE LOS BRONQUIOS, Y SOBRE LOS SINTOMAS QUE DE ELLAS RESULTAN.

37. No puede inflamarse la membrana mucosa de las vias aéreas sin que el líquido que segrega habitualmente ofrezca modificaciones relativas ora á su cantidad, ora á sus cualidades. Obstruidos los bronquios mas ó menos completamente por el líquido, modifican necesariamente el ruido respiratorio que existe en el estado sano. En vez de percibirse con claridad el ruido de expansion pulmonar, se oye un estertor que evidentemente es debido á la agitacion del líquido por la columna de aire que á cada inspiracion penetra en los bronquios. Este ruido particular (estertor mucoso de Laënnec) que designamos nosotros con el nombre genérico de estertor bronquial húmedo, se halla muy lejos de ser tan característico como el estertor bronquial seco de que ántes hemos hablado. Unas veces se confunde por grados insensibles con el estertor de la pulmonía, de que mas adelante nos ocuparemos, y otras por residir en bronquios mas voluminosos, se aproxima mas ó menos completamente al gorgoteo que anuncia la presencia de una escavacion tuberculosa. En este caso, el sitio del estertor, su estension y la consideracion de los demas síntomas, puede esclarecer el diagnóstico con mas seguridad que la naturaleza misma del ruido que se oye. La siguiente observacion justifica cuanto acabamos de decir.

X.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Estertor bronquial húmedo (mezcla de mucoso y de crepitante) en toda la estension de los dos pulmones.

Un picapedrero de edad de 48 años, de una constitucion muy robusta, habia disfrutado de buena salud hasta el año de 1821, y entonces contrajo un catarro que ha durado hasta este momento (mayo de 1824). Sin embargo nunca dejó de trabajar; la vispera misma de su entrada en el hospital se entregaba todavia á sus ocupaciones habituales; pero de pronto se sintió acometido de un vivo dolor pleurítico en el lado derecho, con fiebre y disnea. Luego que entró en la Caridad se le sangró inmediatamente, y se cubrió de sanguijuelas el lado dolorido. Al siguiente dia habia disminuido el dolor y era la respiracion mas libre, pero el pecho conservaba su frecuencia, sin que por otra parte fuese notable el calor de la piel; los accesos de tos eran frecuentes y penosos; la expectoracion se componia de un moco verdoso, espeso,

dividido en chapas redondeadas que sobrenadaban en una abundante serosidad. Percutido el pecho, resonaba bien por todas partes. La auscultacion permitia oir en todos los puntos del torax un estertor muy manifesto: en muchos sitios se percibian como burbujas gruesas de aire que se rebentaban en la superficie de un liquido; en otros se notaba un ruido análogo al estertor traqueal de los moribundos, y en otros, por fin, las burbujas de aire mas pequenas y multiplicadas parecian producir cada vez que se rompian un ruido que con bastante exactitud podia compararse á la crepitacion de la sal cuando se la arroja sobre un cuerpo en ignicion. Las pulsaciones cardiacas se oian con ruido, sin impulsión en la parte inferior de la region esternal. La respiracion era corta y acelerada. Largo tiempo habia que la digestion estomacal no se hacia bien. El enfermo tenia poco apetito y frecuentes dolores epigástricos; vomitaba de cuando en cuando los alimentos. Por otra parte la lengua presentaba su aspecto natural. Se advertia ya un principio de marasmo.

M. Lermnier formó el diagnóstico siguiente: *bronquitis crónica complicada con pleuresia aguda, dilatacion de las cavidades derechas del corazon sin hipertrofia de sus paredes, gastritis crónica*. Se aplicó un vejigatorio ambulante sobre el lado de la pleuresia. Los dias siguientes desapareció el dolor de costado y disminuyó la frecuencia del pulso, mas persistieron los síntomas de bronquitis. Del 15 al 20 de junio se manifestaron con mayor intensidad los signos de la enfermedad del corazon; la opresion se hizo mas considerable; la cara tomó un color violado; los miembros abdominales se infiltraron primero, y despues los tegumentos del abdomen y del torax. Continuaron oyendose las diferentes variedades de estertor que dejamos indicadas. El enfermo sucumbió el 21 de junio en un estado de estrema disnea. Hasta su muerte no tomó interiormente mas que bebidas emolientes. Los diuréticos activos que se le principiaron á dar aumentaron la epigastralgia, y fueron arrojados por el vómito. Se le aplicaron muchas sanguijuelas al ano, y se le pusieron unos vejigatorios permanentes en las estremidades inferiores.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Pulmones infartados de una grande cantidad de serosidad sanguinolenta; pero por lo demas sanos y muy crepitantes. Superficie interna de los bronquios muy roja en todas las ramificaciones. Dilatacion notable del ventrículo derecho del corazon, sin ninguna otra lesion de este órgano ni de los grandes vasos. Derrame de un medio vaso de pus en la pleura izquierda, circunscrito por falsas membranas cerca de la base del pulmon. Reblandecimiento blanco de la membrana mucosa del estómago en la mayor parte de su fondo; el cual era tan considerable que frotando lijeraente dicha membrana con el mango del escalpo, se la separaba en forma líquida.

Esta observacion ofrece un ejemplo de los diferentes grados de estertor húmedo que pueden provenir de la sola inflamacion de los bronquios. En varios puntos se aproximaba mucho el estertor al crepitante de la pulmonia, y en otros apenas diferia del gorgoteo de las cavernas. Pero por una parte la grande estension de este ruido, y por otra la falta de los signos que hu-

bieran podido indicar ó una pulmonía ó los tubérculos, nos condujeron á pensar que no era otra cosa mas que un efecto de las mucosidades depositadas en los bronquios. Las variedades de semejante estertor, puramente bronquial, dependian sin duda de la diversidad del calibre de los bronquios en que se efectuaba, no menos que de la diferencia en la cantidad y calidad del líquido que obstruía los conductos.

La enfermedad del corazon parecia haber sido consecutiva á la afeccion de los bronquios, cuya ingurgitacion habitual podia ser considerada como un obstáculo permanente al libre aflujo de la sangre en el pulmon. Cuando el enfermo entró en el hospital habia muy pocos síntomas que anunciassen el aneurisma del corazon: solo la auscultacion reveló su existencia. Era notable únicamente la doble flegmasia de los bronquios y del estómago, y ella sola causaba los accidentes. Pero pronto cambió la escena viéndose aparecer todo el conjunto de los síntomas que caracterizan la dilatacion de las cavidades derechas del corazon. La afeccion de este órgano vino á ser desde entonces la enfermedad predominante, y á causa de ella sucumbió el enfermo.

38. Sucede algunas veces que durante el curso de una bronquitis se deja de oír repentinamente en una cierta estension del pulmon ya el ruido natural de expansion pulmonar, ya el estertor bronquial. En esta misma porcion en que el oído no percibe ningun ruido fisiológico ó morboso, se advierte por medio de la percusion la sonoridad acostumbrada, y al mismo tiempo sobreviene una disnea mas ó menos considerable. Conformes con la opinion de Laënnec, atribuimos esta súbita suspension del ruido respiratorio á la obstruccion momentánea del bronquio cuyas ramificaciones se distribuyen por la porcion del pulmon en que la respiracion cesó de oirse. Sucede en efecto que á consecuencia de un fuerte golpe de tos que espele, ó por lo menos desaloja, la mucosidad mas ó menos tenaz que obstruía el bronquio, se restablece el ruido respiratorio con la misma prontitud que habia desaparecido, y cesa la disnea. Sin embargo, en algunos casos mas raros el ruido respiratorio pulmonar no vuelve á presentarse; la dificultad de respirar aumenta; la sofocacion viene á ser inminente, y se verifica sin tardanza la muerte por asfixia. La bronquitis mas lijera puede de este modo transformarse repentinamente en una enfermedad muy grave y rápidamente mortal. Las dos observaciones siguientes van á ofrecernos hechos de tal naturaleza.

## XI.ª OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Obstrucción de un bronquio por mucosidades. Muerte por asfixia.

Un trabajador en los puertos, de edad de 53 años, entró en la Caridad con el objeto de curarse de un reumatismo articular; tenía además, había cosa de dos meses, una tos rebelde con expectoración de materiales espesos y tenaces. Percutido el pecho varias veces daba siempre un sonido claro. Auscultado, se oía la respiración con mucha claridad y limpieza en todo el pulmón izquierdo, y con mezcla de estertor mucoso en los lóbulos superior y medio del derecho. No se observaba ninguna disnea. Ya se habían practicado muchas emisiones sanguíneas para combatir la flegmasia articular, cuando un día, en medio de un fuerte golpe de tos, se vió el enfermo atacado repentinamente de una dificultad extrema de la respiración. El resto del día y toda la noche ortopnea y esfuerzos de tos casi continuos. Al día siguiente por la mañana asfixia inminente; cara vultuosa y violada; estremidades lívidas; pulso casi imperceptible. El enfermo, pronunciando algunas palabras con una voz anhelosa y mucho trabajo, suplicaba se le libertase de un peso enorme que decía sentir al nivel de la tetilla derecha, y que le ahogaba. La sonoridad del pecho no había disminuido. El ruido de la respiración era *pueril* en todo el pulmón izquierdo. En el lado derecho se percibía por detrás en varios puntos un estertor mucoso; pero en la parte anterior del mismo, desde la clavícula hasta un poco debajo de la tetilla y posteriormente en la fosa suprascapular, no se oía ni respiración ni estertor, aunque el pecho se elevaba con fuerza. Creímos que existía un enfisema pulmonar. Apenas nos habíamos separado de la cama del enfermo cuando espiró.

## ABERTURA DEL CADAVER.

Las vísceras del cráneo y del abdomen no presentaron cosa alguna notable, á no ser una inyección venosa general. El corazón, bien proporcionado, contenía en sus cavidades derechas una sangre negra medio coagulada. Los pulmones, infartados como en muchos cadáveres, ofrecían por otra parte un tejido que sobrenadaba perfectamente en el agua. Nada había de particular en la laringe y la traquearteria. Permanecimos pues en una completa ignorancia acerca de la causa de los accidentes que precedieron y determinaron la muerte; sobre todo, quedaba sin explicación la falta del ruido respiratorio reconocida durante la vida en la parte superior del pulmón derecho, falta que habíamos referido á un enfisema. Pero cortando los bronquios halló la punta roma de nuestras tijeras, en el origen de un ancho tubo aéreo, una masa de moco concreto, casi sólido, que cerraba como un tapon aquel conducto membranoso, y se prolongaba por su interior adelgazándose. De este bronquio, obliterado según acabamos de decir, procedían los ramos que llevaban el aire al lóbulo superior del pulmón. La mucosa bronquial estaba además muy roja.

Pudiera causar admiración que en este sugeto hayan resultado síntomas tan graves por la interceptación de la entrada del

aire en una porcion bastante pequena de los pulmones, mientras que en un crecido número de enfermos, en quienes se ha hecho impermeable casi la totalidad de los órganos respiratorios, se sostiene la vida largo tiempo, sin que algunas veces haya siquiera una disnea muy considerable; mas esto depende de que en los últimos cesa la permeabilidad de los pulmones de un modo lento, al paso que en nuestro enfermo fué repentina la interceptacion del aire.

Observemos además que si en el presente caso no se hubiese hecho con cuidado la inspeccion de los bronquios, se hubiese podido considerar la enfermedad como un asma nervioso; y la disnea que dependia de una causa enteramente mecánica, se hubiera tenido tal vez por un ejemplo notable de la traslacion metastática del reumatismo á los pulmones.

## XII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica con melanosis. Obstraccion de un bronquio por una concrecion mucosa en forma de polipo, disnea sucesivamente mayor, y muerte.

Un cochero, de edad de 50 años, entró muchas veces en el hospital para curarse de un catarro pulmonar inveterado, con lijera disnea y expectoracion puriforme muy abundante. Siempre salió mejorado de su dolencia, pero no curado. En él reconocimos todas las variedades del estertor bronquial en ambos lados del pecho. En unos puntos producía la columna de aire, al tiempo de penetrar en los bronquios, un ronquido análogo al de un hombre que duerme profundamente; en otros se notaba como un gemido sordo y prolongado; mas allá el ruido de fuelle; en algun sitio el arrullo de la tórtola perfectamente imitado, etc.; partes habia, por fin, en que era notable una especie de gorgoteo parecido al estertor traqueal de los moribundos. La última vez que el enfermo entró en el hospital tenia aun bastante libre la respiracion. Una mañana le hallamos en un estado de ansiedad no acostumbrada; decia que desde media noche, á consecuencia de un violento golpe de tos, habia empezado á sentir repentinamente suma dificultad en la respiracion. Auscultando el pecho reconocimos que el aire no penetraba ya en toda la estension del lóbulo superior del pulmon derecho. Allí, en efecto, no existía el ruido de la respiracion, y se oía solo un estertor bronquial muy lejano. Sin embargo, en esta misma parte conservaba el pecho una resonancia mayor aun que debajo de la clavícula izquierda, en cuya region se habia notado un sonido algo macizo desde algunos meses antes. Se aplicó un vejigatorio al pecho.

En el resto del dia fué aumentándose la sofocacion, y sucumbió el enfermo á la noche siguiente.

## ABERTURA DEL CADAVER.

*Torax.* Melanosis, bajo la forma de masas negras y duras en el vértice del pulmon izquierdo; por lo demas estado sano del parenquima pulmonar. En el pulmon izquierdo bronquios de un color rojo livido, y llenos de moco puriforme.

me. En el derecho, y precisamente en el mismo sitio que el enfermo de la observacion IX.<sup>a</sup>, tenia el de la presente el bronquio principal, que distribuye el aire en el lóbulo superior, obstruido completamente por un moco tenaz, que formaba una especie de cilindro sólido. Esta concrecion mucosa se prolongaba dividiéndose, como suelen hacerlo las concreciones poliposas y vasculares, por tres ó cuatro ramos bronquiales. El corazón y los gruesos vasos nada presentaron que de notar fuese, como tampoco la laringe y la traquea.

Las reflexiones que con motivo del enfermo precedente dejamos hechas, se aplican exactamente á la observacion actual; el caso es muy parecido.

39. Fijada una vez la atencion sobre el género de accidente que acabamos de designar, no parece difícil establecer su diagnóstico. Debe sospecharse la obstruccion de un bronquio, si durante el curso de una bronquitis simple sobreviene repentinamente una disnea considerable, y si al mismo tiempo deja la respiracion de percibirse en cierta estension del pulmon, mientras que sigue dando la percusion un sonido claro en la misma superficie. El enfisema pulmonar es la única lesion que puede dar lugar á este conjunto de signos; pero los antecedentes nos ayudan á distinguir ambos casos. La obliteracion de un bronquio grueso, de la especie que nos ha ocupado en el capitulo primero, produce tambien algunos accidentes parecidos; pero el curso de la enfermedad es del todo diferente.

Es evidente la indicacion que debe llenarse en este caso: las sacudidas del vómito pudieran ser muy útiles para espeler la concrecion mucosa que obstruye los bronquios; tambien pudieran hacerse inspirar con ventaja vapores acuosos simples ó impregnados de diferentes aromas. Ademas debieran ensayarse los medicamentos á quienes se concede la virtud de hacer mas líquido el moco bronquial, aumentando la exhalacion pulmonar, como el kermes, el ojimiel scilístico, etc. Como medios paliativos conviene no olvidar tampoco las evacuaciones sanguíneas y los revulsivos.

En las observaciones que acaban de citarse se encontró solamente la obstruccion en bronquios de calibre bastante grueso; pero tambien la hemos visto otras veces en conductos mas pequeños, y entonces se hallaban estos llenos por una materia sólida, bastante parecida á la que forma las falsas membranas del croup; la cual en bronquios mas considerables tomaba la forma de chapas aisladas, ó faltaba completamente. Los sujetos en quienes descubrimos semejante alteracion habian padecido una bronquitis crónica acompañada de disnea habitual. Puede

decirse que habian tenido una especie de *croup crónico de los bronquios*. Una vez, sin embargo, hemos hallado las últimas ramificaciones bronquiales obstruidas en dicha forma por concreciones membraniformes, en un jóven que murió en la Piedad durante el curso del sarampion: habia presentado los diferentes signos de una bronquitis aguda muy intensa, y sucumbió en medio de una terrible disnea. La auscultacion no habia dado á conocer otra cosa mas que una mezcla de estertor mucoso y sibilante. Ya hablaremos de otro caso de sarampion en que sobrevino la muerte en medio de una grande disnea, para cuya esplicacion no se mostró en el aparato respiratorio ninguna lesion notable.

40. Para apreciar debidamente los cambios que experimenta el moco de los bronquios cuando estos se hallan inflamados, es necesario tener en cuenta la especie de secrecion que se verifica en su superficie, en el estado de salud y en diferentes individuos. La mucosa pulmonar, considerada bajo este aspecto, presenta las mismas variedades que la membrana de las fosas nasales. Muchos, en efecto, sin hallarse resfriados espectoran en diversas épocas del dia, y principalmente por la mañana, una cantidad mas ó menos grande de materiales, á veces tenues y transparentes como los esputos de la bronquitis en su principio, y á veces espesos, pegajosos y opacos, como las materias espectoradas en la bronquitis crónica.

Cuando una flegmasia bronquial ataca á un sugeto que habitualmente no espectora, la tos es en él primeramente seca, y se mantiene largo tiempo en tal estado. Aquellos que habitualmente tienen *cargado el pecho*, segun la espresion vulgar, dejan de espectorar si la inflamacion es viva, y si es lijera siguen arrojando esputos, los cuales entonces aumentan en cantidad, y sufren algun cambio en sus cualidades habituales.

41. Siguiendo en sus diversas fases á la bronquitis aguda, se observan en la espectoracion las siguientes modificaciones:

Al principio de la enfermedad es la tos seca, escepto en el caso que hemos indicado; de modo que mientras persiste el carácter de sequedad, debe considerarse la bronquitis como en su primer periodo. Al cabo de un tiempo mas ó menos largo, segun las disposiciones individuales y segun se hallan ó no los enfermos sometidos á un tratamiento conveniente, vá cada golpe de tos seguido de la espectoracion de una mucosidad transparente y viscosa como clara de huevo, que vertida de un vaso á otro, corre en una sola masa de estrema tenacidad. Unas veces forma hebra como el vidrio fundido; otras se estiende en una especie de tela transparente y correosa, cuyo aspecto presenta

bastante analogía con la membrana delgada que tapiza los senos frontales ó maxilares. Su tenacidad y su viscosidad son tanto mayores cuanto mas considerable es la irritacion de la mucosa; por manera que cuando el enfermo se halla atormentado de accesos violentos de tos, acompañados de un vivo calor en lo interior del pecho, de una opresion manifiesta y de una ansiedad general muy grande, se desarrollan en alto grado las referidas propiedades. Si entonces se inclina el vaso que contiene la materia espectorada, esta no se desprende con facilidad; se adhiere por anchas estrias á los bordes del recipiente, y ofrece caracteres algun tanto aproximados á los que tienen los esputos gelatiniformes de la pulmonía aguda.

42. Cuando la inflamacion bronquial vá acompañada de fiebre, la viscosidad de los esputos aumenta durante el paroxismo febril; y como al mismo tiempo se exasperan los otros síntomas, pudiera engañarse un práctico poco ejercitado, y creer equivocadamente que tal viscosidad era signo de una flegmasia del parenquima del pulmon. Pero si de nuevo se examinan los esputos despues de la cesasion del paroxismo, se hallará que han perdido su viscosidad, y quedará deshecha la equivocacion.

Otras veces se suprime durante el paroxismo toda especie de espectoracion; lo cual indica un aumento de irritacion en la membrana mucosa.

Algunos enfermos presentan, hácia el fin del sudor que termina el paroxismo, una espectoracion copiosa de materiales espesos y opacos, tales como los que se manifiestan en el último periodo de la bronquitis aguda. Pero estos caracteres son pasajeros, y bien pronto vuelve el enfermo á espectorar nuevamente mucosidad clara y transparente como antes de la exacerbacion febril. Se vé pues que la espectoracion puede sufrir, en un solo paroxismo, á veces corto, todas las modificaciones que presenta en los diversos periodos de la bronquitis.

43. Existe por lo comun en la superficie de los esputos una espuma mas ó menos abundante. Su cantidad depende de la facilidad con que se verifica la espulsion. Si el enfermo no espectorador mas que despues de un prolongado acceso de tos, durante el cual el aire, inspirado y espirado muchas veces, se ha mezclado intimamente con las mucosidades que llenan los conductos aéreos, los esputos que arroja van acompañados de una crecida cantidad de aire, que forma en su superficie una especie de musgo, de la cual no se les priva sino muy difícilmente.

44. Los esputos, en este primer periodo, estan surcados algunas veces por estrias de sangre, procedentes de vasitos rotos con el esfuerzo de la tos. Entonces se halla la sangre mez-

elada con el moco ; pero no está combinada con él, como sucede en los esputos herrumbrosos de la pulmonía.

45. Acontece algunas veces que en medio de una mucosidad transparente se hallan , en número mas ó menos grande , pequeños grumos de un color blanco mate ; no proceden del pulmón , y parecen segregados en la faringe ó la cámara posterior de la boca por las criptas multiplicadas , de que la mucosa de estas partes se halla provista. Estos grumos han sido mirados equivocadamente como fragmentos de tubérculos pulmonares , y por consiguiente como uno de los signos patognomónicos de la tisis.

46. Mientras los esputos presentan el aspecto que acabamos de señalar , no disminuyen los síntomas de la irritación de los bronquios ; la materia expectorada se halla todavía en estado de crudeza , segun la espresion consagrada por los antiguos , espresion que se halla en relación con sus teorías humorales. Pero á medida que adelanta la flegmasia hácia su resolución , cambian los esputos de carácter. La mucosidad que les forma pierde poco á poco su transparencia ; está mezclada con porciones opacas , amarillentas , blancas ó verdosas , que siendo al principio raras , se multiplican mas y mas , hasta que por fin constituyen la totalidad de los esputos. Semejante expectoración va por lo comun acompañada de una remision notable en los diferentes síntomas de la flegmasia bronquial. Anuncia que esta flegmasia se resuelve , que se ha verificado la coccion , como decian los antiguos. Nada es por otra parte mas variable que el aspecto y las cualidades de los esputos opacos que se arrojan hácia el fin de la bronquitis aguda.

Aunque se haya escrito desde Hipócrates hasta nuestros dias , que la resolución del catarro pulmonal no podia reputarse como completa , mientras no hubiesen adquirido los esputos un grado de espesor y opacidad conveniente , hemos visto restablecerse por completo á algunos individuos atacados de una inflamación intensa de los bronquios , cuyos esputos se habian mantenido constantemente en el estado que se llama de crudeza. Pero esto no pasa de ser una escepcion de la regla general.

47. La inspección de los esputos puede servir para indicar de un modo seguro , salvas algunas escepciones , el periodo de la enfermedad y el grado de irritación de la mucosa bronquial. En el caso de exasperarse la inflamación , cuando ya se aproxima á su término , el cambio que se verifica entonces en los esputos es todavía un indicio cierto de que vuelve la flegmasia á un estado de mayor agudeza.

La consideración de los esputos en la bronquitis no carece

tampoco de importancia respecto de las indicaciones curativas. Muy frecuentemente nos vemos conducidos á emplear con preferencia tal ó cual medio terapéutico, segun su estado de transparencia ú opacidad, y segun es la expectoracion fácil ó laboriosa, rara ó frecuente.

48. Cuando, en vez de terminarse por resolucion la bronquitis aguda, pasa al estado crónico, conservan los esputos el aspecto que ofrecian en el último periodo de la inflamacion. Son opacos, blancos, amarillentos ó verdosos. Unas veces se pegan al fondo del vaso, otras nadan sobre una mucosidad transparente ó turbia, ó bien permanecen suspendidos en medio de ella. Por lo comun son inodoros, y parecen insípidos á los enfermos. Su espulsion es fácil ordinariamente, y precedida de un corto esfuerzo de tos.

Es generalmente muy difícil distinguir los esputos de la bronquitis crónica de los que son propios de la degeneracion tuberculosa de los pulmones. Nos reservamos tratar con detencion de todo lo relativo á este asunto para cuando describamos la expectoracion propia de esta última enfermedad.

49. Puede una bronquitis persistir mucho tiempo con una expectoracion parecida á la que se observa al principio de la enfermedad. Entonces consiste esta en una inflamacion aguda, indefinidamente prolongada, segun lo anuncian, no solo los caracteres de los esputos, sino tambien el conjunto de los demas síntomas, como son una sensacion habitual de calor vivo y de tirantez en lo interior del pecho, golpes de tos violentos y penosos, temperatura elevada de la piel, etc. De aqui la necesidad de un tratamiento dulcificante y atemperante, á pesar de la larga duracion de la dolencia.

50. Queda dicho que los esputos de la bronquitis crónica son por lo comun casi inodoros; mas sin embargo, algunas veces hemos advertido en ellos una fetidez notable, casi igual á la de los esputos grises, propios de la gangrena del pulmon. Ninguna lesion particular de los bronquios daba razon de esta fetidez insólita, que no podia referirse mas que á una alteracion especial del liquido segregado. Ya hemos hallado esputos muy fétidos en uno de los enfermos que padecieron dilatacion de los bronquios (VIII.<sup>a</sup> observacion). He aqui todavía un ejemplo de la misma especie, digno de llamar la atencion.

#### XIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica, Gran fetidez de los esputos. Melanosis del pulmon.

Un cocinero, de edad de 65 años, entró en la Caridad á mediados de marzo de 1822 en un estado de debilidad y enflaquecimiento estremo. Hacia

ya diez ó doce años que tenia la respiracion corta, y tosia todos los inviernos. Durante el verano de 1821 habia expectorado un poco de sangre. Al tiempo de su entrada en el hospital tosia mucho, y arrojaba en grande cantidad esputos verdosos *muy fétidos*, que cuando se inclinaba el vaso corrian unidos, formando una superficie plana: hubiera podido creerse que procedia el liquido de una bolsa pleuritica, ó de una vasta escavacion tuberculosa. Segun el enfermo, aquel género de expectoracion se verificaba hacia ya muchos años. Percutido el pecho, resonaba bien por todas partes. Por la auscultacion se oia la respiracion grande y clara con intervalos de silbido hácia la parte posterior. El enfermo se hallaba sin fiebre, y no sudaba nunca. (*Pildoras de Morton, hidromel compuesto* (1).)

Los diez ó doce dias siguientes continuó el enfermo en el mismo estado. La expectoracion presentaba siempre una fetidez repugnante. Buen apetito, gran debilidad.

El 28 de marzo habia empeorado de un modo repentino. Cara livida, ojos marchitos, disnea estrema. El pulso, muy frecuente é irregular, apenas se percibia.

Los dos dias siguientes; sofocacion inminente, estertor crepitante muy notable en ambos lados hácia la parte posterior, pulso insensible, lengua seca y un poco parda. Muerte el 31.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Reblandecimiento notable de la sustancia cerebral. Cantidad bastante crecida de serosidad acumulada en los ventrículos laterales y en el tejido celular sub-aracnoideo de la cara superior del cerebro.

Corria del tejido de ambos pulmones una grande cantidad de serosidad espumosa y sin color (edema). En algunos puntos no estaban dichos órganos crepitantes, pero si duros y de un negro subido (melanosis infiltrada). Los gruesos bronquios, llenos de un liquido parecido al que se arrojaba por la expectoracion respecto á su estraordinaria fetidez, estaban blancos en su superficie interna; pero en las ramificaciones pequeñas, llenas del mismo liquido, apareció la membrana mucosa de un color rojo subido.

Inyeccion roja de la membrana mucosa del estómago. Bazo voluminoso, muy blando, que contenia un liquido negro como la tinta.

La grande fetidez de los esputos puede depender alguna vez de la simple secrecion de la mucosa bronquial. Su estrema liquidez, el correr formando una especie de capa ó tela uniforme, no indican constantemente la existencia de una ca-

(1) Designase bajo este nombre, en el hospital de la Caridad, la composicion siguiente:

Raices de enula campana, una onza.	} de cada cosa dos dracmas.
Sumidades de hisopo	
hojas de yedra terrestre.	
Jarabe de miel, dos onzas.	
Agua comun, una libra.	

(L. RR.)

vidad de la pleura ó de los pulmones, cuyas paredes segreguen pus. Ademas merece notarse en el caso presente, que la expectoracion se verificaba hacia muchos años, y si hubiese tenido su origen en otro punto que en los bronquios, la muerte hubiera sobrevenido mas pronto.

La melanosis poco considerable que existia en algunos puntos del parenquima pulmonar, no tuvo probablemente en este caso mas que una débil parte en el deterioro del enfermo. El marasmo en que poco á poco fué cayendo pareció principalmente causado por la bronquitis crónica, que contaba ya muchos años de duracion. No dejemos de observar, como signos negativos propios para distinguir otros casos semejantes, de una verdadera tisis pulmonal, la constancia de la apirexia, y la falta completa de los sudores.

Sin duda se hallaba este enfermo destinado á la muerte; mas no obstante, sucumbió de una manera inopinada. En muchas afecciones crónicas mueren los enfermos algunas veces sin agonía, cuando aun tienen bastante fuerza, y cuando el cerebro, el corazon y los pulmones ejecutan todavía bien sus funciones. La causa inmediata bajo cuya influencia cesa la vida tan repentinamente, suele ocultárseles del todo. Mas en el presente caso no sucedió así: la muerte fué precedida por una disnea que sobrevino de pronto, y que pareció ser efecto del infarto seroso (edema pulmonar) que se presentó repentinamente.

51. Hay cierto número de bronquitis agudas ó crónicas que son principalmente notables por la extraordinaria abundancia de la secrecion bronquial. Esta secrecion excesiva parece ser en muchos casos la principal causa de la estenuacion y de la muerte de los enfermos. Tales flujos mucosos, serosos ó purulentos son entonces, segun el lenguaje de la escuela de Montpellier, el principal elemento de la enfermedad. Los otros síntomas de la inflamacion son con frecuencia apenas manifiestos y hasta nulos, por manera que en algunos casos nos vemos inclinados á separar enteramente dichos flujos de las verdaderas afecciones inflamatorias, así respecto á su naturaleza, como á su tratamiento.

#### XIV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Epectoracion muy abundante. Muerte en estado de marasmo.

Un anciano fue conducido á la Caridad durante el mes de abril de 1820. Llevaba diez y ocho meses de tos, y hacia cinco que espectoraba cada dia cosa de una azumbre de mucosidad trasparente y sin color: en la superficie de la mucosidad habia algunos esputos redondeados, mas densos, verdosos y aislados unos

de otros. La respiracion era corta y frecuente. Percutido el pecho resonaba bien en todas partes, y en todas se oia igualmente el ruido respiratorio con mezcla de diversos estertores bronquiales, secos y húmedos. En la piel no se advertia aumento de calor, y el pulso carecia de frecuencia. El enflaquecimiento y la debilidad habian llegado al grado mas alto. Igual fue el estado del enfermo en los tres dias siguientes. Voz apagada, alteracion de las facciones, constipacion rebelde. El cuarto dia delirio ligero, disminucion en la abundancia de los esputos que ofrecian la forma de chapas, y tenian un color gris sucio. El quinto dia nada de expectoracion; cara hipocrática, estertor traqueal y muerte.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El tejido de los dos pulmones, medianamente infartado de serosidad, era en todas partes crepitante, y estaba sano. La mucosa bronquial solo ofrecia algunas chapas rojas en los tubos gruesos; en los pequeños era la rubicundez mucho mas viva y mas uniforme, y les llenaba un líquido parecido al de los esputos. Las demas vísceras estaban sanas.

---

Esta observacion suministra un ejemplo bien marcado de bronquitis crónica exenta de toda complicacion. ¿ Ocasionó la muerte por la abundante pérdida que diariamente producía? En efecto, es de notar que en esta como en la observacion XIII.<sup>a</sup>, no habia ninguna especie de reaccion febril, y en tal hipótesis ¿ no era la principal indicacion que debia llenarse el disminuir la excesiva secrecion de los bronquios, cambiando su modo de exhalacion? ¿ No podia haberse satisfecho esta indicacion por medio de las sustancias llamadas balsámicas, usadas interiormente ó conducidas en forma de vapor hácia la membrana mucosa de los bronquios? ¿ No es principalmente en este género de casos cuando aprovecha el vapor de la brea, propuesto mucho tiempo hace como un específico para la tisis pulmonar?

En este enfermo se parecian extraordinariamente los esputos á los que se manifiestan cuando se hallan minados los pulmones por escavaciones tuberculosas, pero *la falta completa de fiebre y los signos suministrados por la auscultacion* podian esclarecer la verdadera naturaleza de la enfermedad.

Notemos por fin la considerable disnea que existió en dicho sugeto, sin lesion del parenquina pulmonar ni del corazón. La sola secrecion muy abundante de la membrana mucosa de las vías aéreas debe ser en efecto considerada como una de las infinitas causas del asma. Los sugetos en quienes existe semejante vicio de la secrecion bronquial, tienen habitualmente la respi-

racion un poco difícil. Si bajo la influencia de una causa cualquiera dejan de poder espectorar con libertad, ó bien si la secrecion copiosa que habitualmente se verifica en la superficie interna de los bronquios, sufre de pronto algun aumento considerable, la sofocacion puede llegar á ser inminente; pero luego que por los socorros del arte, ó los solos esfuerzos de la naturaleza, se desembarazan las vias aéreas del líquido que las obstruia, disminuye la disnea con rapidez, y recobra el enfermo la vida con la libertad de la respiracion. Volvemos á hablar mas adelante de este objeto.

#### XV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica. Espectoracion muy abundante. Lesion del parenquima pulmonar.

Un hombre de edad de 48 años, de cabellos negros, piel morena y musculos desarrollados, se hallaba hacia ocho atormentado por una tos rebelde. Desde que principió á toser espectoraba en veinticuatro horas una cantidad de materiales equivalente casi á tres ó cuatro veces la que puede contener la escupidera que se usa en el hospital. Estos esputos eran formados por una mucosidad trasparente, en cuya superficie sobrenadaban estensas placas puriformes, con bordes delgados y redondeados, de un color blanco verdoso, inodoras, y aisladas unas de otras. El enfermo se hallaba con disnea habitual. Auscultando el pecho encontramos la respiracion grande y libre en toda la estension del torax, excepto en la parte derecha y posterior, donde percibimos un estertor manifesto, que nos pareció producido por la mezcla del aire y del moco en las ramificaciones de los bronquios. No tenía nunca fiebre; aunque flaco, no se hallaba en aquel estado de aniquilamiento que acompaña á las degeneraciones orgánicas del pulmon: sus fuerzas, de cuya disminucion progresiva se quejaba mucho, se hallaban sin embargo tal cual conservadas, en términos que podia levantarse diariamente. En vano habia sido atormentado antes y despues de su entrada en el hospital por muchos medicamentos tanto internos como externos, como sedales, moxas multiplicadas, vejigatorios, aguas sulfurosas, fumigaciones de benjuí, etc., á pesar de todo no habia disminuido la espectoracion ni cambiado de carácter. Hacia mediados de enero de 1821, seis meses despues de su entrada en la Caridad, dejó de levantarse. La debilidad hizo desde entonces progresos sumamente rápidos. Semi-ortopnea; *nunca fiebre, nunca diarrea ni sudor*: la misma espectoracion. Solo dos dias antes de la muerte se aceleró el pulso, y se aumentó el calor de la piel; el enfermo vomitó espontáneamente una cantidad bastante grande de bilis verdosa, cesó de espectorar, y sucumbió.

¿Padezia este sugeto tubérculos pulmonares? Nunca lo habiamos creído, y la autopsia cadavérica justificó nuestro diagnóstico.

#### ABERTURA DEL CADÁVER.

El parenquima del pulmon izquierdo se hallaba perfectamente sano en la totalidad de su lóbulo inferior y en la mayor parte del superior; pero en

el vértice estaba duro, desigual y negro al exterior: cortado presentó en este sitio tres ó cuatro pequeñas masas negras como la tinta, muy duras, y cada una del volúmen de una avellana; y otras mas blandas que parecían á los pedacitos de carbon que se derraman en los tejidos de los pulmones cuando se inyectan sus vasos con este cuerpo diluido en agua. En aquella parte del pulmon habia evidentemente melanosis. Los bronquios estaban pálidos y vacíos.

El pulmon derecho se hallaba fuertemente adherido á las costillas. En algunos sitios su tegido, sembrado de manchas negras, estaba duro, grisiento, impermeable al aire, en una palabra, presentaba la hepatizacion gris de la neumonia crónica, con mezcla de cinco ó seis tuberculillos miliars del volúmen de una cabeza de alfiler. Las partes enfermas constituian á lo sumo los tres décimos de la masa total del pulmon derecho. En los demas puntos se hallaba este perfectamente sano y permeable al aire; pero cortando su tejido se veia salir de una porcion de pequeñas ramificaciones bronquiales un liquido puriforme análogo á la materia de la expectoracion. Los conductos gruesos, que nos parecieron mas anchos de lo ordinario, y el ramo que resulta inmediatamente de la bifurcacion de la traquearteria, se hallaban igualmente llenos de dicho liquido. La mucosa estaba medianamente roja.

---

Las melanosis (1) que existian en el vértice del pulmon izquierdo, los tubérculos miliars poco numerosos formados en medio de las porciones del pulmon derecho que estaban afectas de neumonia crónica, y en fin, esta misma pulmonía que era muy poco estensa, no nos parecen haber contribuido sino de un modo secundario á la estenuacion y á la muerte del enfermo. En él, como en el sugeto de la observacion XIV, creemos haya influido de un modo principal la secrecion sumamente abundante de la mucosa. Respecto á su funesta influencia sobre la economía, puede compararse esta secrecion á todas las evacuaciones abundantes y continuadas. No olvidamos, sin embargo, que algunos sugetos sufren por largo tiempo una abundante evacuacion de moco bronquial, sin que su constitucion parezca por ello sensiblemente alterada. Tal era el caso de un hombre mas que septuagenario, de quien habla Van-Swieten, que expectoraba regularmente cada dia, hacia treinta años, muchas onzas de pus (*puris albi cocti*), y se hallaba no obstante muy bien. Hasta ha acreditado la esperiencia á los prácticos que muchas de estas expectoraciones abundantes, que no producen nin-

---

(1) En otro lugar hemos discutido acerca de la naturaleza de esta lesion, que no nos parece poderse considerar como un tejido accidental en el sentido que Laënnec daba á esta palabra, y que, particularmente en el pulmon, no creemos sea otra cosa que el parenquima endurecido y teñido de negro. Véase el *Precis d'anatomie pathologique*.

gun trastorno en la economía, deben respetarse; son una especie de exutorio establecido por la naturaleza, que no siempre se suprime impunemente. ¿No acontece lo mismo bajo este aspecto con la expectoracion, que con el pus formado en las úlceras antiguas cuyo flujo es las mas veces peligroso detener?

52. En este caso hemos hallado la membrana mucosa menos roja, menos inflamada que en la observacion XIV. No obstante, en los dos enfermos era la expectoracion igualmente copiosa, y ofrecia los mismos caracteres. La observacion siguiente vá á presentarnos un ejemplo de flujo bronquial muy abundante, sin vestigio alguno de inflamacion notable en la membrana mucosa.

#### XVI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Sintomas de bronquitis crónica. Expectoracion serosa muy abundante. Blancura de la membrana mucosa.

Un ebanista, de edad de 45 años, habia gozado de excelente salud hasta muy cerca de los 43. Entonces contrajo un resfriado que duró seis meses, molestándole mucho. Algun tiempo despues principió á toser de nuevo; pero esta vez no era en algun modo la tos mas que secundaria y determinada por una sensacion de plenitud que decia experimentar en lo interior del pecho. Esta sensacion se reproducia muchas veces al dia, é iba acompañada de disnea, incomodidad general, y alguna vez de terribles angustias. Apenas sobrevenia una tos lijera, principiaba el enfermo á expectorar en gran copia un liquido espumoso y parecido, respecto al color y consistencia, á un agua de goma no demasadamente cargada. El enfermo valnaba en tres cuartillos la cantidad de liquido que arrojaba durante las veinticuatro horas. Seis meses transcurrieron en tal estado, sin que su salud pareciese por otro lado alterada; pero al cabo de este tiempo principió á enflaquecer y á perder el apetito y las fuerzas. Entró en la Caridad en el mes de julio de 1821, hallándose ya en un estado de deterioro profundo. Su cara estaba pálida y abotagada; tenia un lijero edema alrededor de los maléolos, y expectoraba, en medio de frecuentes esfuerzos de tos, una crecida cantidad de liquido, bastante parecido, segun viene dicho, al agua de goma con mezcla de algunos copos mucosos. Tratado por el ácido sulfúrico ó sometido á la accion del calor, se coagulaba este liquido del mismo modo que la albúmina, y los copos opacos que tenia en suspension se precipitaban bajo la forma de grumos. La auscultacion no daba á reconocer otra cosa que el estertor mucoso en diferentes puntos del torax; el corazon parecia hallarse en su estado fisiológico; el pulso era pequeño y algo frecuente; y no se advertia calor en la piel. Tenia el enfermo mucha repugnancia á los alimentos, orinaba poco, y estaba su vientre habitualmente estreñado. Nos llamó la atencion aquel estado de enflaquecimiento, sin que ningun órgano importante pareciese hallarse gravemente enfermo; su palidez, su cara abotagada y su aspecto verdaderamente anémico le hubieran podido hacer pasar por un individuo que padeciera abundantes hemorragias (*cocimiento de poligala con adiccion de kermes; pildoras balsámicas de Morton; fricciones estimulantes sobre los miembros; vejigatorios aplicados sucesivamente al pecho y las estremi-*

*dades inferiores*). En los dos meses siguientes fué debilitándose mas y mas; la expectoracion persistió; en los ocho ó diez últimos dias de su vida dolor epigástrico, lengua roja, náuseas; elevacion de la temperatura de la piel; muerte en medio de un esfuerzo de vómito.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Pulmónes crepitantes y sanos; algunas adherencias celulares en las dos pleuras; palidez notable de la membrana mucosa traqueo-bronquial en toda su estension; estado sano del corazon, del pericardio y de los vasos gruesos. Rubicundez bastante viva de la membrana mucosa del estómago hácia su fondo; blancura en el resto del tubo digestivo; las otras visceras abdominales sanas. Algo de infiltracion serosa en el tejido celular sub-aracnoideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales.

Parécenos muy curiosa esta observacion bajo el triple aspecto del estado de los bronquios, de la naturaleza del líquido, y de los síntomas tanto locales como generales. Si algun caso hay en que deba admitirse la existencia de un flujo sin inflamacion precedente, ¿no será el que acabamos de referir? Por otra parte parece natural atribuir á la evacuacion abundante que residia en los bronquios el aniquilamiento progresivo del enfermo. En el curso de la observacion hemos advertido que habia grande analogia entre el aspecto de este sugeto y el de los enfermos que han sufrido grandes pérdidas de sangre. Todas las otras secreciones perspiratorias eran al mismo tiempo nulas ó poco abundantes. El hambre que en teoría hubiera debido aumentarse, se habia abolido completamente, y parecia participar el estómago del estado de languidez en que se hallaba el resto de la economía. Sin embargo, esta viscera se inflamó últimamente, y el enfermo sucumbió de una gastritis aguda (1).

53. Hay otros casos en que no es una secrecion abundante, continuada mucho tiempo, la causa del deterioro de los enfermos. Sucede que de pronto, y bajo una forma verdadera-

---

(1) No valiéndose en este caso de otras luces que de las suministradas por la anatomía patológica, no se hubiera adquirido ninguna nocion acerca de la causa, el sitio y la naturaleza de la enfermedad; porque sin duda no bastaria á esplicarla el estado en que se encontró el estómago. He aqui pues otra observacion en que hay trastorno de funcion, sin alteracion notable de organizacion. En tales circunstancias solo por los síntomas puede llegarse á determinar el sitio de la enfermedad. Luego que con la vida desaparece el trastorno de la funcion, ya nada nos manifiesta el cadáver.

mente aguda, segrega la mucosa bronquial una cantidad muy abundante de líquido mucoso-seroso ó purulento; de manera que algunas veces la afección simula un derrame de la pleura que se ha abierto paso al través de los bronquios. En circunstancias semejantes una pronta asfixia puede ser el resultado de la rapidez con que el líquido se acumula en las vías aéreas.

#### XVII.a OBSERVACION.

Flujo bronquial agudo, que determinó la muerte por asfixia en un sujeto que padecía neumonía y bronquitis crónicas.

Un hombre, de edad de 45 años, que había padecido el año anterior una pleuro-neumonía, entró en la Caridad durante el mes de agosto de 1820. Desde la época de su enfermedad continuó tosiendo, y se quejaba de tener la respiración habitualmente difícil. Todo el lado derecho del pecho daba por medio de la percusión un sonido muy macizo. El enfermo se echaba siempre de este lado; la respiración era corta; la tos frecuente con expectoración de una crecida cantidad de mucosidades opacas, parecidas á los esputos de la bronquitis crónica; el pulso duro, pero no frecuente. Enflaquecimiento, deterioro, funciones digestivas íntegras. De este modo continuó los quince días siguientes; pero, en la noche del 15 al 16 de setiembre, se despertó de pronto en un estado de sofocación inminente, y expectoró en poco tiempo una enorme cantidad de materiales mucosos, que parecía arrojar por medio del vómito, y que se reunían en una masa homogénea de color amarillo verdoso, que corría en el vaso cuando se le inclinaba. Sin embargo, como este líquido se agolpase en cantidad tan excesiva á la traquearteria y la laringe, que no podían estas arrojarlo con la prontitud necesaria, sobrevino la sofocación del paciente.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticación gris y seca de los dos tercios inferiores, cuando menos, del pulmón derecho. En el vértice del mismo dos pequeños tubérculos que empezaban á reblandecerse. Cortando su tejido vimos correr de una porción de puntitos un líquido análogo al de la expectoración. Eran aquellos puntos los orificios divididos de una porción de tubos bronquiales, de manera que este líquido ocupaba y obstruía todas las divisiones de los vasos aéreos (1). Los bronquios gruesos, la traquearteria y la laringe estaban llenos igualmente de dicha mucosidad. El pulmón izquierdo se hallaba sano; los bronquios gruesos de este lado aparecían llenos del mismo líquido, que sin duda había refluído en ellos

---

(1) Hemos hallado una semejanza exacta entre esta descripción y la que dió Van-Swieten del pulmón de uno que sucumbió también asfixiado después de haber expectorado grande cantidad de pus. *Mirabatur utique pus exire, dum cuttello secaretur pulmonis substantia: non autem exibat pus magna copia simul, sed gutta una vel altera tantum, ex dissectis nempe asperæ arteriæ pro paginibus* (Coment. in Boer. Aph., tom. IV, pág. 60.)

de los bronquios del pulmon derecho, pues no se encontraba en los ramos pequeños. Una vejetacion cancerosa en forma de hongo existia en lo interior del estómago, dos dedos à la izquierda del piloro, que estaba libre. Todas las demas visceras, especialmente el cerebro, se hallaban sanas.

En este enfermo, la secrecion escesivamente copiosa que de pronto se verificó en la superficie interna de los conductos aéreos, habia sido precedida por una bronquitis crónica. Sin causa conocida, sin exasperacion apreciable de la flegmasia, se aumentó repentinamente la expectoracion ordinaria con tanta abundancia y rapidez que el paciente sucumbió asfixiado, como cuando se abre en los bronquios un tumor purulento ó sanguíneo.

Referiremos inmediatamente despues de esta observacion un hecho citado por Roberto Bree, que es igualmente relativo á un flujo mucoso agudo de los bronquios. La sufocacion fué inminente como en nuestro enfermo, pero no sobrevino la muerte.

Una mujer fué atacada de una ansiedad que tenia mucha semejanza con un paroxismo de asma espasmódico. Esta afeccion era sin embargo mas violenta que suele serlo en su primer ataque. Los síntomas cesaron por la evacuacion de una grande cantidad de suero espumoso, arrojado de los bronquios mediante una tos ligera, pero casi continua. La enfermedad se presentó de nuevo á los seis meses, con mayor violencia que la primera vez. Despues de un sueño tranquilo esperimentó la enfermedad, como á las cinco de la mañana, una disnea terrible acompañada de tos convulsiva. La sufocacion se hizo inminente; perdió el uso de los sentidos; la cara se puso lívida; se enfriaron las estremidades, y dejaron de sentirse las pulsaciones de la arteria radial. En tal estado persistió dos horas, durante las cuales arrojó por boca y narices una grande cantidad de suero espumoso, ligeramente teñido de sangre. La cantidad de materia expectorada en este intervalo llegó á cerca de dos azumbres (1).

El autor de esta observacion la cita principalmente como notable por la prodigiosa cantidad de moco que fué expectorado en un corto espacio de tiempo, cuya súbita acumulacion en los bronquios fué causa del acceso de asma que sobrevino.

---

(1) *Recherches sur les désordres de la respiration*, traducido del inglés, por Ducamp.

## XVIII.ª OBSERVACION.

Flujo seroso de los bronquios, cuya aparicion repentina coincidió con la reabsorcion de un hidrotorax.

Un tornero, de edad de 36 años, fué recibido en la Caridad durante el invierno de 1820. Padecia de un aneurisma del corazon. Sus miembros estaban edematosos, y además era macizo el sonido al lado derecho del pecho (entonces no estaba en uso el método de la auscultacion). No habia ningun signo de neumonia. Se le considerò afecto de un hidro-torax sintomático. Durante muchos dias no presentó nada de nuevo, tosia como la mayor parte de los aneurismáticos, y arrojaba algunos esputos mucosos. Repentinamente fué acometido de una extraordinaria ansiedad; su respiracion se hizo de pronto sumamente difícil, y arrojò una cantidad enorme de esputos serosos, transparentes, parecidos á la clara de huevo. Estos esputos salian á bocanadas, y en tal abundancia que parecia vomitaba el enfermo. Tan extraordinario flujo persistió durante algunas horas. Al siguiente dia por la mañana era fácil la respiracion; el paciente se felicitaba de su estado, diciendo que se habia librado del peso enorme que le oprimia el pecho. Pero; cuánta fué nuestra admiracion cuando al percudir el torax hallamos que el sonido macizo del lado derecho habia desaparecido completamente!

De ningun modo se encuentra, en este flujo repentino de líquido por la superficie de los bronquios, el curso comun de una inflamacion. La abundancia de la secrecion no duró mas que algunas horas, y cesó tan de pronto como se habia manifestado. ¿ No es necesario reconocer aquí otra especie de trabajo de la naturaleza, parecido, por ejemplo, al que determina el sudor? Es sin duda una especie de movimiento fluxionario, cuyo mecanismo y causa propia estamos en verdad muy distantes de conocer, pero que debemos aceptar como un hecho, y que no podemos confundir con la inflamacion.

Es además muy notable en la presente observacion, que mientras fluia una crecida cantidad de líquido de la superficie de los bronquios, se hubiese reabsorvido la serosidad derramada en una de las pleuras. Mas no es este el único ejemplo de colecciones serosas, cuya súbita desaparicion coincide con el establecimiento de una exhalacion serosa abundante en otra superficie. He aquí un ejemplo tan notable como el precedente, y que tiene con él estrecha relacion, aunque las superficies exhalantes no son las mismas.

Un jóven, que tosia ya hacia muchos meses, fué acometido de un vivo dolor abdominal que duró tres ó cuatro dias; despues se le abultó el vientre rápidamente. Entró en la Caridad durante el mes de setiembre de 1822. Entonces el abdomen, que se podia comprimir sin ocasionar dolor, ofrecia una

fluctuacion evidente. La membrana mucosa gastro-intestinal parecia sana. Esta ascitis fué considerada como consecutiva á una peritonitis (*el primer dia, sanguijuelas al ano; los siguientes, vejigatorios á las estremidades inferiores-fricciones aromáticas sobre el abdomen, tisanas diuréticas.*) La hidropesia no disminuía. Se ensayaron los purgantes. El enfermo tomó una pocion compuesta de dos onzas de aceite de ricino y media de jarabe de espino cerval, que produjo evacuaciones escesivas. Las primeras deposiciones fueron formadas por materias fecales amarillas y líquidas; pero despues consistieron en una serosidad clara y ligeramente amarilla. Arrojó el paciente por el ano, en el espacio de cincuenta horas, muchas libras de serosidad; al cabo de este tiempo se habia deprimido el abdomen, y no se percibia en él fluctuacion; entonces principió á disminuir el flujo, y al cabo de algunos dias cesó espontáneamente. Despues sucumbió este enfermo de una tisis pulmonar. Se hallaron muchas circunvoluciones del intestino delgado unidas entre sí por bridas celulares, parecidas á las que con frecuencia existen en la pleura.

¿No pudiera aplicarse á este caso el precepto de Hipócrates: *quo natura vergit, eo ducendum?* El purgante, que se administró despues de probados inútilmente los otros remedios, no determina por lo comun mas que algunas deyecciones moderadas; pero aquí, al contrario, produjo un flujo de vientre escesivo. Parecia que la naturaleza esperaba solo una ligera escitacion artificial para verificar en la superficie del intestino una exhalacion abundante de líquido, de la cual debia resultar al mismo tiempo la reabsorcion de la serosidad peritoneal.

Los antiguos no hubieran dudado en admitir, en los dos casos precedentes, la traslacion de la serosidad á la superficie de los bronquios en el primero, y á la superficie del intestino en el segundo. Nosotros no trataremos de decidir la realidad de semejante metastasis; pero nos parece muy posible. No repugna ciertamente á las leyes de una rigorosa fisiologia el suponer que un líquido reabsorvido en una parte cualquiera del cuerpo, y conducido al torrente de la circulacion, pueda ser segregado de nuevo en otra superficie á beneficio de una especie de trabajo eliminatorio. En efecto, hemos visto al prusiato de pótasa líquido, depositado en el tejido celular, pasar en parte á la sangre y á la linfa del conducto torácico, y en parte á la orina y al moco intestinal. En sustancia habia entrado esta sal en la sangre, y en sustancia salió de ella. Muchas veces han descubierto los fisiólogos, en el sudor, en la orina y en los líquidos seroso y mucoso, las diferentes sustancias que habian inyectado en las venas; el agua que introducen en estas mana bien pronto de la superficie de las membranas serosas, etc. ¿Qué admiracion puede causar el ver á un líquido, reabsorvido en el peritóneo, salir de la economía con la orina, el moco intestinal ó el bronquial?

54. Hasta ahora hemos observado que la disnea, en las bronquitis sin complicacion, es efecto ya de varias alteraciones orgánicas, ya de la acumulacion de cierta cantidad de liquido en los conductos. Hay casos de bronquitis aguda ó crónica en que, sin existir estas causas, y sin que pueda descubrirse ninguna otra, presenta tal dificultad la respiracion, que sucumben los enfermos rápidamente en un estado de asfixia. Vamos á citar dos casos de este género.

#### XIX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis aguda. Sarampion. Desaparicion prematura de la erupcion, Disnea mortal.

Un panadero, de edad de 20 años, de constitucion fuerte, que solo llevaba dos meses de residencia en Paris, y hacia cinco semanas que padecia una diarrea ligera, presentó el 10 de abril todos los sintomas precursores del sarampion: rubicundez de ojos, lagrimeo, coriza, ronquera y tos. En el mismo estado siguió otros tres dias. El 14 se manifestó la erupcion, y el enfermo hizo cama. El 15 cubria la erupcion todo el cuerpo, y entró por la tarde en la Caridad. Entonces era el sarampion confluyente y bien caracterizado; el pulso estaba duro y frecuente; la lengua y los labios rubicundos; la tos fuerte; pero no habia ningun otro sintoma alarmante. Hacia la media noche esperiméntó de pronto mucha opresion, que fué aumentándose rápidamente, y al siguiente dia por la mañana, el 16 de abril, le hallamos casi en un estado de asfixia: ojos prominentes, cara violada, respiracion corta y frecuente que se verificaba á un tiempo por las costillas y el diafragma; tos casi continua, y esputos mucosos poco abundantes. Percutido el pecho, sonaba bien por todas partes, y la auscultacion permitia oír el estertor mucoso en diversos puntos. No quedaba mas de la erupcion cutánea que algunas manchas pálidas, próximas á desaparecer. El pulso conservaba su frecuencia y su dureza, y la lengua su rubicundez. Este aparato de sintomas parecia indicar la existencia de una pulmonia; sin embargo, los signos patognómicos de esta enfermedad faltaban completamente. ¿Podia una simple bronquitis dar lugar, por su estremada agudeza ó su repentina exasperacion, á tan intensa disnea, y ser suficiente, unida á la flegmasia gástrica, para esplicar el estado grave en que el enfermo habia caido tan de pronto? De cualquier modo que fuese, no eran dudosas las indicaciones que se debian satisfacer; era necesario procurar disminuir la inflamacion interna, y escitar la de la piel. Con este objeto se pusieron veinte sanguijuelas á cada lado del pecho, y diez al epigastrio. Despues que la sangre cesó de correr, se aplicó un vegigatorio en cada pierna. Se dieron fricciones en la piel con un linimento amoniacal. (*Tisana de borraja y de violeta.*)

Un alivio notable siguió á este plan curativo: por la noche era menos difícil la respiracion, la tos mas rara, y habia perdido la lengua su rubicundez; sin embargo, la erupcion se habia presentado de nuevo.

El 17 no se observaron mas sintomas que los de una bronquitis intensa con fiebre. La respiracion estaba muy poco acelerada. El 18 casi no habia fiebre, y la opacidad de los esputos anunciaba la próxima terminacion de la bronquitis. De pronto volvió por la tarde á ser muy difícil la respiracion: se hizo una sangria de doce onzas,

Al siguiente día por la mañana todavía era muy considerable la disnea; la frecuencia del pulso había aumentado (*dos vejigatorios á los muslos.*) Durante el día fué siendo mayor cada vez el estado de sofocacion: el 20 lividez de la cara, color violado de los labios, ortopnea. Se podía creer que sucumbía el enfermo por un aneurisma del corazón. Muerte poco tiempo después de la visita.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

La membrana mucosa de la laringe, de la traquearteria, de los bronquios gruesos y de sus mas pequeñas divisiones, presentaba un color rojo subido. En algunos puntos de las primeras ramificaciones de los bronquios había un pequeño número de concreciones blancas, membranosas, parecidas á la falsa membrana del croup. El parenquima pulmonar estaba sano y crepitante en toda su estension, é infartado posteriormente. Corazón sano, coágulos de un color negro subido en sus cavidades derechas. Estómago blanco, así como el intestino delgado que contenía un crecido número de ascárides lumbricoides en su cuarto inferior. En el ciego se hallaron algunas lombrices tricocéfalas; su membrana mucosa presentaba, cerca de la válvula, una chapa rubicunda, de donde se elevaban tres ó cuatro pequeñas vejetaciones cónicas, de dos ó tres líneas de longitud. El resto del intestino grueso era blanco, y estaba lleno de materias fecales líquidas. Hígado repleto de sangre, bazo voluminoso y consistente. Gran cantidad de serosidad infiltrada en el tejido celular sub-aracnóideo. La sustancia cerebral no estaba inyectada; los ventriculos laterales, y principalmente el derecho, se hallaban distendidos por mucha serosidad clara

---

En otro tiempo hubiera sido considerado este caso como un ejemplo de retropulsion del sarampion. En las teorías médicas actuales, la dificultad estrema de la respiracion, la fiebre intensa, y finalmente la muerte por asfixia, se esplican por la intensidad de la inflamacion bronquial; de aqui tambien la desaparicion prematura de la erupcion cutánea. Dicha inflamacion se alivió primeramente bajo la doble influencia de las evacuaciones sanguíneas y de los revulsivos aplicados á la piel; pero dos dias después apareció de nuevo la disnea, no cedió á una nueva sangría, y sus progresos, siempre crecientes, condujeron al enfermo al sepulcro. Es ciertamente muy raro observar semejante conjunto de fenómenos sin lesion del parenquima pulmonar, de las pleuras, del corazón, ó de los vasos gruesos. Y sin embargo ¿no es fácil concebir que una flegmasia que ataca bruscamente y con mucha violencia á una superficie tan estensa como lo es la totalidad de la mucosa bronquial, induzca en la economía un trastorno tan grande por lo menos como la inflamacion de una porcion circunscrita de la mucosa gastro-intestinal? ¿Conocemos bastante la naturaleza del cam-

bio que en los pulmones imprime el aire á la sangre, para saber hasta que punto puede una flegmasia intensa de los bronquios pequeños oponerse á dicho cambio necesario? Tal vez sea esta la principal causa de la disnea, de la asfixia, etc. Por último, los que admiten la existencia de las disneas nerviosas y de las asmaes esenciales, pudieran citar igualmente la observacion que precede en apoyo de su opinion, diciendo que han visto muchas veces tan inflamada ó mas la membrana mucosa, sin que ninguna disnea notable haya resultado, y concluyendo que la observada en el caso presente era una enfermedad esencial, independiente de la inflamacion de los bronquios. Un tiempo hubo asimismo en que no se hubiera dudado en considerar á las lombrices halladas en los intestinos como la principal causa de todos los accidentes: ¡tan variados son los puntos de vista bajo los cuales puede mirarse un mismo hecho, y tan diferentes las consecuencias que cada uno puede deducir, segun se deje guiar por tal ó cual teoria!.....

Sin duda es de estrañar la grande cantidad de serosidad que llenaba las cavidades cerebrales, á pesar de haberse conservado íntegra la inteligencia hasta que sobrevino la muerte. Si el enfermo hubiese tenido delirio, convulsiones ó estupor, no se hubiera dejado de referir estos síntomas al derrame, que en tal caso se hubiera llamado hidrocéfalo agudo.

La inflamacion como exantemática del ciego, dá bastante-mente razon de la diarrea que existia hacia seis semanas. Este hecho tiene tal vez alguna importancia, porque pocas veces hay ocasion de averiguar cuál es el estado de los intestinos en los casos de diarreas ligeras que duran largo tiempo sin causar ni fiebre, ni ningun otro trastorno notable de la economía.

#### XX.ª OBSERVACION.

Bronquitis crónica ligera. Supresion del flujo de una úlcera antigua. Acceso mortal de asma.

Un hombre de mas de 40 años, hacia largo tiempo que tenia una úlcera muy grande en la pierna izquierda. La parte de la pierna, situada por debajo de esta úlcera, y la totalidad del pie, se hallaban hinchados prodigiosamente, y tan duros como una piedra; la piel habia adquirido un color gris súcio; en una palabra, presentaba este miembro muchos de los caracteres de la elefantiasis. Crecida cantidad de pus corria habitualmente de la superficie de la úlcera. Además se hallaba atacado el paciente, hacia cosa de cinco ó seis meses, de una tos ligera, húmeda, que no iba acompañada de disnea ni de dolor torácico. Colocado por inadvertencia en una sala de medicina, habia permanecido en ella algunos dias, pero se disponia á pasar á una de cirugía cuando fue repentinamente acometido de una dificultad estraordinaria de respirar. Al mismo tiempo advertimos que la superficie de la úlcera daba mucho menos

pus. El enfermo permanecía sentado, en un estado de ansiedad inexplicable, y nos rogaba con una voz anhelosa le libertásemos de un peso enorme que le oprimía el pecho y le ahogaba; las inspiraciones eran cortas, muy frecuentes y como convulsivas por intervalos. El pulso, medianamente frecuente, huía bajo los dedos. En vano buscamos, fuese en el corazón, fuese en los pulmones, la causa de tan formidables accidentes; no descubrimos ninguna. En todos los puntos ofrecía el pecho su sonoridad ordinaria, á no ser hacia la parte posterior é izquierda, en la estension de algunas pulgadas solamente, donde el sonido era menos claro; esceptuado este sitio, en que la respiracion era poco perceptible y estertorosa, en todo lo restante del torax se oía al aire penetrar libremente hasta las vesículas pulmonares. El corazón y sus partes accesorias nos parecieron hallarse en el estado fisiológico. Quedamos pues en una completa ignorancia acerca de la causa de esta disnea, que de un instante á otro, por decirlo así, iba haciéndose mas estensa. Las evacuaciones sanguíneas, los vejigatorios, etc., no la disminuyeron. Al siguiente día por la mañana habia llegado á tal punto, que se hallaba el enfermo amenazado de morir de asfixia. Se pensó si la causa de la fatiga podría residir en la laringe, y se creyó advertir alguna analogia entre los síntomas enumerados y los del edema de la glotis. Propúsose la traqueotomia, única esperanza de salud que quedaba, y M. Roux la ejecutó. No es necesario decir que se tomaron todas las precauciones para que el aire entrara y saliera libremente al través de la traquea. Sin embargo, despues de la operacion no se advirtió ningun alivio; la opresión fue siempre en aumento, y aquella misma tarde dejó de existir el enfermo.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El parenquima pulmonar estaba sano y crepitante, escepto en la parte posterior é izquierda, en un espacio equivalente á la décima parte del lóbulo inferior, donde se le encontró hepatizado. La mucosa estaba enrojecida en algunos espacios poco estensos. El corazón y los vasos gruesos se hallaban sanos. Nada notable se observó en los órganos del cráneo y del abdómen. La diseccion de la pierna izquierda manifestó un endurecimiento lardáceo del tejido celular sub-cutáneo, con necrosis de la tibia.

En este caso no podemos, como en la observacion XIX, referir el asma á la estension ó á la intensidad de la flegmasia bronquial; porque esta flegmasia era ligera, y no ocupaba mas que una pequeña parte de la mucosa. En cuanto á la hepatizacion parcial que presentó el lóbulo inferior del pulmon izquierdo, es probable que fuese una afeccion crónica, causa principal de la tos que atormentaba al enfermo hacia seis meses. Aun admitiendo que se hubiese formado poco tiempo antes, no daría mas bien razon de la disnea. Seguramente, si hay algun caso en que debe admitirse la existencia de una disnea nerviosa ó sin lesion orgánica apreciable, es el que acabamos de referir. La di-

ficultad de la respiracion principi6 á manifestarse al mismo tiempo que se agotaba la secrecion purulenta de la úlcera; notamos esta coincidencia de fenómenos, sin tratar de establecer su correlacion.

55. La rareza misma de los casos en que ninguna lesion apreciable puede explicar el asma, nos parece ser un motivo mas para meditar acerca del reducido número de los de este género que hasta el presente se hallan consignados en los anales de la ciencia. Desgraciadamente se sigue con frecuencia un camino enteramente contrario: y por lo mismo que se halla un hecho en contradiccion con las ideas adoptadas generalmente, no se hace caso de él, se le olvida, y es necesario que otros análogos se multipliquen para que adquirieran en algun modo un crédito tardío, se aprecie su importancia, y una inteligencia superior fecunde sus resultados.

El doctor Bouillaud, cuyo genio observador nos inspira gran confianza, nos ha dicho haber visto en el hospital Cochin un caso que se parecia, bajo mas de un aspecto, al que acabamos de citar. Un hombre se hallaba padeciendo hacia mucho tiempo un herpes que se secó, y desapareció sin causa conocida. Al mismo tiempo fue atacado de una dificultad de respirar, que pronto llegó al mas alto grado. Era la primera vez que experimentaba este accidente, y el exámen mas atento no pudo descubrir en ningun órgano la causa apreciable de semejante disnea. Se aplicaron sanguijuelas sobre el pecho y un vejigatorio en el sitio donde existia el herpes. Se pronosticó de un modo muy grave, pero al siguiente dia ya estaba libre la respiracion.

En efecto, aunque se haya exagerado el peligro de la repentina supresion de los exantemas y de las evacuaciones morbosas que llevan mucho tiempo de existencia, parece sin embargo que no se halla siempre exenta de inconvenientes. No hay duda que la esperiencia habia conducido á los médicos de los siglos precedentes á respetar tales exantemas y evacuaciones, y á reemplazarlos, cuando los suprimian, mediante un revulsivo cutáneo ó los purgantes. Mas se dirá que esta práctica tenia por base las ideas teóricas: ¿qué importa si se halla en conformidad con la observacion de los hechos? Ademas, en este, como en otros muchos casos, tal vez se recogieron primero los hechos, y para explicarlos se imaginaron despues las teorías. No es esta la vez primera que un hecho mal interpretado ha sido considerado despues como inexacto. Asi sucedió, para no citar mas que un ejemplo célebre, con la testura fibr6sa del cerebro que habia dado apoyo, muy particularmente, á la

hipótesis de los espíritus animales. Cuando esta hipótesis cayó en descrédito, se perdió de vista el hecho anatómico tan exacto que le servía de base, y ha sido necesario el transcurso de dos siglos de olvido para que de nuevo haya sido comprobado en alguna manera. Pero volvamos á nuestro objeto.

Mr. Guersent ha referido dos ejemplos en que la disnea llegó de pronto á ser mortal, sin que la abertura del cadáver haya manifestado ningun vestigio de lesion. «He visto, dice este excelente observador (1) sucumbir dos niños con una disnea remitente aguda, acompañada de una extraordinaria frecuencia en el pulso, de ansiedad precordial y de tos seca. Despues de haber examinado cuidadosamente el estado de los diferentes órganos no he llegado á reconocer ninguna lesion orgánica de quien se pudiera con motivo sospechar que la disnea habia sido sintomática.»

56. Podiéramos agregar á los casos precedentes, como enfermedad idéntica, si bien en grado infinitamente menor, la especie de disnea que se observa á menudo de un modo continuo ó intermitente, ya en los sugetos jóvenes y pletóricos, ya en los eminentemente nerviosos. Los adolescentes de uno y otro sexo, y las mujeres mal regladas presentan principalmente muy frecuentes ejemplos. M. A...., doctor en medicina, en la actualidad de 36 años, ha experimentado desde la de 15 hasta la de 20 este género de accesos de disnea. Eran los accesos muy incómodos por su frecuencia y por su intensidad, y se manifestaban principalmente despues que M. A..... habia escrito ó meditado por mucho tiempo. Rara vez sobrevenian durante el invierno; se hacian mas frecuentes llegada la primavera, y en el estio adquirian su maximun de intensidad. Mientras duraban las calores no podia M. A..... permanecer algun tiempo en un parage caliente y muy concurrido sin experimentar una disnea penosa. Pero, cosa notable, si se hallaba su espíritu fuertemente ocupado, desaparecia la dificultad de la respiracion, volviendo con violencia cuando pensaba en ella. Por lo demas M. A..... gozaba habitualmente de buena salud, y no presentaba sintoma alguno que pudiera hacer temer una afeccion orgánica del corazon ó de los pulmones. Desde los 20 á los 22 años fueron haciéndose mas raros los accesos, y despues han desaparecido completamente.

Algunas veces se ha visto sobrevenir de pronto una fuerte

---

(1) *Dictionnaire de Medicine*, 18 vol., tom. III, pág. 126.

disnea, un verdadero acceso de asma, á consecuencia de una viva emocion moral, en sugetos cuya respiración habia sido hasta entonces perfectamente libre. El Dr. Ferrus ha referido un caso notable de este género (Artículo *Astme* del Dic. de Med.) cuyo extracto vamos á dar.

Un jóven oficial llegó á París en 1814 hallándose en el mejor estado de salud. La vista de los soldados extranjeros á las puertas de la capital le causó una impresion tan penosa que se sintió indispuerto y con mucha dificultad en la respiracion. Semejante estado fue haciéndose cada vez mas alarmante, y en el resto del dia y por la noche esperimentó un violento acceso de asma. Quince dias persistió la disnea. Consultado entonces M. Corvisart no reconoció ningun signo de lesion orgánica. Los consejos mas discretos y la mas afectuosa asistencia mejoraron un poco al enfermo: se fue á pasar el invierno al mediodia de la Francia, y se restableció del todo. En 1815, despues de nuevos disgustos, se presentaron otra vez los accesos de asma con intervalos considerables, durante los cuales era bastante bueno el estado de su salud.

57. Algunos de estos diferentes casos de disnea sin lesion orgánica, nos parece pudieran explicarse por una congestion repentina de sangre, que verificándose en los pulmones, debe producir mayor ó menor dificultad de respirar, como produce, cuando tiene lugar en el cerebro, aturdimiento, pérdida del conocimiento, etc. Los restantes nos parecen debidos mas particularmente á una modificacion especial del sistema nervioso pulmonar, que constituye verdaderas neurosis del pulmon. ¿Cómo esplicar de otra manera esas disneas que sobrevienen de pronto, ora bajo la influencia de una emocion viva, ora solamente porque fijan los enfermos su atencion sobre el estado de su respiracion, de manera que para ellos es con frecuencia una distraccion el mejor remedio? Pregúntese á tales enfermos la sensacion que entonces esperimentan, y responderán que en el momento mismo en que, cesando de estar distraidos, vuelven á pensar en la disnea que antes sufrían, sienten en lo interior del pecho una constriccion particular, de donde resulta un obstáculo invencible á la libre entrada del aire en el pulmon, por mucho esfuerzo que hagan para dilatar las paredes torácicas.

Ahora bien, si la existencia de una congestion sanguínea ó de una neurosis puede esplicar el trastorno de la respiracion ¿son suficientes estas mismas causas para dar razon de la terminacion mortal que tienen muchas disneas? Si, á pesar de tantos trabajos y esfuerzos, no hemos logrado todavía des-

cubrir el mecanismo de las funciones del pulmon ; cuán circunspectos deberemos ser cuando procuremos penetrar el misterio de los desarreglos de semejante máquina? Notemos, sin embargo, que segun van haciéndose con mayor esmero las investigaciones de anatomía patológica, disminuye mas y mas el número de las disneas sin lesion orgánica á que referirlas. En efecto, si las concreciones membraniformes que llenaban los bronquios pequeños en el primero de los sujetos atacados de sarampion (1) cuya historia hemos referido, se hubieran escapado á nuestra investigacion, hubiéramos colocado equivocadamente este primer caso, como el segundo que hemos citado, entre aquellos que manifiestan la insuficiencia de la anatomía patológica para esplicar los fenómenos observados durante la vida. En apoyo de este modo de ver referiremos tambien el hecho siguiente.

#### XXI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

*Disnea inveterada con hiporesia. Falta de lesion que pueda dar razon de ella en el corazon ó en los pulmones. Alteracion de los nervios diafragmáticos y nemo-gástricos.*

Un jóven de 24 años, que hacia mucho tiempo tenia un infarto indolente de los ganglios linfáticos de ambos lados del cuello, presentaba varios signos racionales de una afeccion orgánica del corazon cuando entró en el hospital de la Caridad, á principios del mes de marzo de 1826. Cara abotagada y livida; color violado de los labios y de las alas de la nariz; edema de los párpados; ascitis, pero con infiltracion muy poco considerable de los miembros abdominales. La respiracion era corta, acelerada, y se ejecutaba principalmente por el movimiento de las costillas; el decúbito horizontal era imposible, á no esponerse á una sufocacion, y el enfermo pasaba las noches y los dias medio sentado en su cama, con la cabeza y el tronco muy elevados por medio de almohadas. Esta dificultad de la respiracion se habia ido aumentando poco á poco; pero hacia un año que habia llegado á ser muy penosa para el enfermo: constantemente se aumentaba bajo la influencia del tiempo húmedo y lluvioso. Percutido el pecho, por todas partes resonaba bien, y la auscultacion no revelaba nada de insólito en la region del corazon, ni en otro punto alguno, que pudiese inducir á sospechar la existencia de una enfermedad del centro circulatorio ó de los grandes vasos. Se oia en diversos puntos del torax un estertor mucoso; en otros seco y sibilante, y en otros por fin se percibia claramente el ruido respiratorio, pero mas intenso de lo regular. Hacia algunos meses que se hallaba el enfermo acatarrado; nunca habia arrojado sangre en el esputo, y cuando le vimos tenia una expectoracion

---

(1) En el segundo enfermo de sarampion hallamos tambien, es cierto, concreciones membraniformes en los bronquios, pero únicamente en los gruesos, y en razon de su sitio no podian esplicar la disnea.

poco abundante y simplemente mucosa. El apetito era bastante bueno, y habitualmente existia un poco de diarrea sin dolores abdominales. El pecho no presentaba nada de insólito respecto á su fuerza y á su ritmo.

Nada probaba que existiese en este sugeto una lesion orgánica del corazon, y sin embargo la anunciaban al parecer muchos sintomas, tales como el aspecto de la cara, la hidropesia y la ortopnea. Esta hidropesia presentaba no obstante una circunstancia que no es comun en los casos de enfermedades del corazon: los miembros abdominales no se habian infiltrado sino consecutivamente á la ascitis, y todavia no lo estaban mucho, cuando se sabe por el contrario que la hidropesia que depende de una enfermedad del corazon, principia en el mayor número de casos, por el edema de los maleolos.

La auscultacion no descubria, ni en el corazon ni en los pulmones, la causa de la disnea.

Los medios terapéuticos siguientes fueron sucesivamente empleados: sangrias locales y generales, aplicacion de vejigatorios al pecho y á los miembros inferiores, tisana diurética, fricciones con la tintura de digital y el vino escilitico.

Durante las seis semanas siguientes no sufrió ningun cambio notable el estado del enfermo: la ortopnea fué constante; su respiracion se hacia anhelosa luego que intentaba salir de la cama. La auscultacion, practicada con frecuencia, no dió ningun nuevo dato: la tos no aumentó ni disminuyó, pero fué poco considerable. Nunca observamos fiebre propiamente dicha. Nada anunciaba todavia el próximo fin de este enfermo, cuando sin que sobreviniese alteracion notable en sus sintomas fué de repente atacado el 1.º de mayo de una disnea muy intensa: pronto sobrevino un estertor traqueal; la respiracion se dificultó como en los apopléticos, y al cabo de algunas horas termino la enfermedad por la muerte.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Nada notable se encontró en la masa encefálica, ni tampoco en la médula espinal.

En el torax se halló el corazon con sus proporciones fisiológicas, y exento de toda lesion notable, como tambien el pericardio; aquel contenia una pequena cantidad de sangre negra medio coagulada. Los vasos que van al corazon ó que proceden de él se hallaban en su estado normal. Habia un pequeño número de tubérculos miliares diseminados en el parenquima pulmonar, generalmente infartado, pero sano y lleno de aire. Algunas antiguas adherencias celulares unian la pleura costal y pulmonar de ambos lados.

El mediastino anterior estaba ocupado por una gruesa masa de ganglios linfáticos tuberculosos. Al través de esta masa pasaban los dos nervios diafragmáticos, á los cuales era imposible seguir al través de los numerosos ganglios que les rodeaban y comprimian por todas partes. Volvian á aparecer no lejos del diafragma, y desde el punto que se desprendian de la masa ganglionaria hasta su distribucion en aquel músculo, eran notables por su color grisiento, parecido al que presenta el nervio óptico de un ojo atrofiado desde mucho tiempo.

En el abdomen se halló el estómago sano; tubérculos bastante numerosos diseminados bajo la membrana mucosa del intestino delgado; algunas úlceras pequeñas y superficiales en la estension de unas cuantas pulgadas por encima de la válvula ileocecal; un tubérculo del volumen de una avellana en la sus-

tancia cortical de uno de los riñones; adherencias celulares entre el diafragma y el hígado, cuyo tejido estaba sano; el bazo blanco y bastante voluminoso; un derrame considerable de serosidad en el peritoneo, y por último, delante de la columna vertebral una masa enorme de ganglios linfáticos degenerados en tubérculos que comprimían fuertemente, por una parte la vena cava, y por otra la vena porta, cuyas ramas principales rodeaban lo mismo que su tronco.

A cada lado del cuello, desde el borde de la mandíbula hasta las clavículas, había una especie de rosario voluminoso formado por los ganglios linfáticos, tuberculosos como los del torax y el abdomen. Muchos se habían interpuesto entre los vasos y los nervios del cuello, separando la arteria carótida de la vena yugular. Respecto al nervio neumo-gástrico, algunas pulgadas debajo del nacimiento del laringeo superior, se perdía en la masa de ganglios, en medio de los cuales era imposible hallarle. Volvía á aparecer algo por cima del nivel de la clavícula, y era notable en ambos lados por su *aplastamiento*; daba, como de ordinario, los nervios recurrentes. En el resto de su estension, y principalmente en aquellos de sus ramos que constituyen una grande parte del plexo pulmonar, no presentaba nada notable.

El cordón cervical del gran simpático, no había sufrido ninguna alteración apreciable, ni en su posición ni en su textura.

Cada axila se hallaba ocupada por un tumor del volumen de una naranja gruesa, formado por el conjunto de los ganglios linfáticos tuberculosos.

El conducto torácico, permeable como naturalmente lo es, contenía una pequeña cantidad de serosidad rojiza.

Además de la causa de la hidropesía, que parece fué debida en este caso á la compresión de los gruesos troncos venosos, ofrece digno de notarse la presente observación el estado en que fueron hallados muchos de los nervios que concurren al desempeño de la respiración, esto es, los diafragmáticos por una parte, y los dos cordones del octavo par por otra. Ya el profesor Berard ha dado noticia de un sugeto en quien no se halló mas lesión que explicase la considerable disnea experimentada durante la vida, que un tumor desarrollado en el espesor mismo de uno de los nervios diafragmáticos. (Tesis de M. Descot sobre las enfermedades de los nervios). En nuestro enfermo, no solamente habían sufrido los dos nervios una alteración notable, que se hallaba suficientemente caracterizada por el color gris y la verdadera atrofia de su estremidad inferior, sino que además los dos neumo-gástricos estaban alterados en su organización, como lo prueba el *aplastamiento* que presentaban al salir del tumor linfático, en medio del cual era imposible seguirlos. Ahora bien; habiendo demostrado los experimentos de los fisiólogos que después de la sección del octavo par deja la hematosi de efectuarse convenientemente, se infartan los pulmones, y sobreviene la muerte al cabo de pocos días, no dejará de advertirse la analogía que hay entre este orden de hechos

y el que motiva las presentes reflexiones. En efecto, háse notado en él disminucion gradual, y por último cesacion de la influencia que ejerce el octavo par sobre la transformacion de la sangre venosa en sangre arterial; siguiéndose de aqui la disnea siempre creciente, etc. Si no se quiere admitir esta explicacion, será necesario reconocer que la notable dificultad de la respiracion presentada por el enfermo, ha existido sin que el cadáver haya conservado lesion alguna á que atribuirle; porque no creo que los tubérculos, muy pequeños y poco numerosos, hallados en los pulmones, puedan de ninguna manera explicar una disnea, comparable, respecto á su intensidad, con la que se manifiesta en el curso de las mas grandes afecciones del corazon.

## SEGUNDA SECCION.

## OBSERVACIONES SOBRE LA PLEURO-NEUMONIA.

38. La inflamacion del parenquima pulmonar es actualmente una de las enfermedades mejor conocidas. En el mayor número de casos es sencillo su diagnóstico y el tratamiento poco complicado. Sin embargo, todavía presenta la historia de la pulmonía algunos vacíos que llenar, ó á lo menos algunos puntos hácia los cuales puede con ventaja llamarse la atencion de los prácticos. Algunas veces existe sin ir acompañada de todos los síntomas, que por lo comun la caracterizan, y hasta suele suceder que ninguno de estos síntomas revele su existencia, siendo en tal caso muy difícil el diagnóstico. Esta forma latente ha sido ya descrita por Stoll y por sus sucesores, pero han venido á ser necesarias nuevas observaciones acerca de ella desde que se ha descubierto el método de la auscultacion. Al contrario, en ciertos casos aparecen muchos de los síntomas de la neumonia, aunque no haya verdadera inflamacion del parenquima pulmonar; y bajo el triple aspecto del diagnóstico, del pronóstico y del tratamiento, deben ser cuidadosamente estudiadas estas especies de pulmonías bastardas. Puede la neumonia complicar á otras enfermedades, ó ser complicada por ellas; entonces es muy frecuente que tome, por decirlo así, una especie de fisonomía particular, á cuyo través es conveniente habituarse á reconocerla, para distinguir los accidentes que de ella dependen y los que la son estraños. Acaso no se ha fijado bastante la atencion respecto del diagnóstico de la inflamacion de los lóbulos pulmonares superiores; y acaso no se ha insistido tampoco lo suficiente, ni sobre las pulmonías dobles que invaden á un tiempo ambos pulmones, ni sobre las circunscritas que solo existen en algunos lóbulos aislados.

Mucho se habian multiplicado en los siglos precedentes las especies de pulmonía, pero actualmente ¿no hemos venido á caer en el extremo contrario? ¿Conviene por ejemplo borrar enteramente del cuadro nosológico las pulmonías biliosas ó las adinámicas? ¿Debe desecharse en todos los casos la existencia de un estado inflamatorio general que precede á la pulmonía, como en el reumatismo precede muchas veces á la inflamacion articular? Es la pulmonía una de las enfermedades cuya feliz terminacion parece coincidir de un modo muy manifiesto con la aparicion de esos movimientos perturbadores de la natura-

leza, designados con el nombre de *crisis*; pero nos parece que los observadores modernos han descuidado algo este punto importante de su historia. Las terminaciones de la neumonia, sea por gangrena, sea por la formacion de abscesos, no se hallan todavia suficientemente conocidas; su misma existencia es problemática para algunas personas; la ciencia reclama todavia observaciones nuevas sobre este punto y discusiones imparciales. Por último, el tratamiento de la neumonia, tan simple, tan bien determinado en una porcion de casos, es en otros muchos incierto y oscuro. Seria muy importante precisar con ejemplos clínicos hasta que punto pueden prescribirse con ventaja las emisiones sanguíneas, en qué época ó mas bien en qué condiciones debemos abstenernos de ellas y reemplazarlas con los revulsivos, y en qué circunstancias puede recurrirse con buen éxito á una medicacion mas ó menos tónica.

En las observaciones que vamos á referir, insistiremos particularmente sobre estos diferentes puntos.

## CAPITULO I.

### PLEURO-NEUMONIAS ANUNCIADAS POR EL CONJUNTO DE SUS SINTOMAS CARACTERISTICOS.

#### ARTICULO I.

##### PLEURO-NEUMONIAS EN EL PRIMER GRADO. (*Infarto.*)

#### I.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un factor, de edad de 33 años, sintió en la tarde del 1.<sup>o</sup> de febrero de 1822, un dolor por debajo de la tetilla izquierda. Aquella noche esperó alternativas de frio y calor, y tosió mucho.

En la mañana del 3 de febrero, segundo dia de la enfermedad, presentaba el estado siguiente: estertor crepitante al lado izquierdo y parte posterior, desde el nivel del ángulo inferior del omoplato hasta la base del torax; ruido respiratorio fuerte y claro en todos los demas puntos. Sonoridad natural de las paredes torácicas. Esputos herrumbrosos, transparentes, viscosos, que se desprendian todavia del vaso cuando este se inclinaba. Tos poco frecuente; dolor por debajo de la tetilla izquierda, que se aumentaba por la percusion, la tos y los movimientos inspiratorios. Respiracion elevada, acelerada, diafragmática. Pulso frecuente y lleno; piel caliente y seca. Funciones digestivas

íntegras. Se formó el siguiente diagnóstico. *Inflamacion en primer grado del lóbulo inferior del pulmon izquierdo.* Se prescribió inmediatamente una sangría de diez y seis onzas, y por la tarde otra segunda de doce, la aplicación de veinticuatro sanguijuelas al costado izquierdo y tisanas emolientes.

Al día siguiente, el tercero de enfermedad, había un alivio notable; la respiración era mas libre, y el dolor del costado casi nulo; ya no se percibía al lado izquierdo y parte posterior mas que un poco de estertor crepitante con mezcla de ruido respiratorio; indicio de que el aire entraba con mayor libertad en las vesículas pulmonares; los esputos habían perdido su viscosidad y su color herrumbroso. La sangre de las dos sangrías ofreció un color muy diferente: la de por la mañana presentó un coágulo que nadaba en medio de abundante serosidad, y estaba cubierto de una costra densa, espesa, con los bordes retorcidos hacia arriba; mientras que al contrario la de la tarde se hallaba formada por un estenso coágulo sin costra y sin serosidad á su rededor. Sin embargo, las dos sangrías fueron hechas de una misma manera; pero cuando la primera se practicó existía una fuerte inflamación, que había cedido ya mucho cuando se verificó la segunda. ¿No deberá, pues, referirse á la diferencia del estado del pulmon el diferente aspecto de ambas sangrías? Como quiera que sea, resulta indudablemente que, bajo la influencia de un tratamiento poderosamente anti-flogístico, había retrocedido la flegmasia pulmonar; no era ya necesario emplear ninguna medicación activa, y debía esperarse que por la sola continuación de la dieta y de los emolientes, tardase poco la pulmonía en resolverse del todo; pero por la tarde volvieron á exasperarse los síntomas, y en la mañana del cuarto día hallamos la respiración muy acelerada, los esputos nuevamente herrumbrosos, el ruido respiratorio enteramente oscurecido, en el lado izquierdo y parte posterior, por un estertor crepitante muy fuerte; el pulso muy frecuente y duro: al momento se hizo una sangría de diez y seis onzas. La sangre, igual á la del primer día, se cubrió de una costra espesa.

Sin embargo el quinto día no se advirtió mejoría alguna. El sexto se hallaba el enfermo casi en un estado de ortopnea; apenas podía pronunciar algunas palabras con una voz anhelosa; arrojaba con dificultad esputos muy viscosos y herrumbrosos; persistía el estertor hacia la parte posterior, y se conservaba la sonoridad de las paredes torácicas (*veinticuatro sanguijuelas al pecho, dos vejigatorios á las piernas.*) Todo el día continuó el paciente en un estado de extrema ansiedad; decía que se ahogaba, é invocaba la muerte. Por la tarde, principio del séptimo día, la piel seca hasta entonces se puso húmeda, y toda la noche permaneció cubierta de un sudor abundante que persistía aun al siguiente día por la mañana. El estado del enfermo presentaba una mejoría admirable; la respiración solo era medianamente difícil; la expectoración puramente catarral, y el pulso apenas febril: todavía se notaba un estertor crepitante bastante fácil de percibir. Al octavo día, este estertor, reemplazado en parte por el ruido natural de la respiración, solo era notable en algunos puntos aislados. El enfermo se hallaba bien; pero aunque no se quejase de disnea, todavía era de notar una ligera aceleración en sus movimientos respiratorios, que se hallaba en conformidad con los signos suministrados por la auscultación. El pulso conservaba alguna frecuencia, sin que el calor de la piel fuese mayor del natural. Los sudores habían cesado hacia ya muchas horas.

El noveno y décimo día volvió enteramente la respiración á su estado natural, y el pulso tomó de nuevo su ritmo fisiológico. Convaleció el enfermo en los días siguientes, y tardó poco en salir del hospital.

En el caso presente no parece que la inflamacion del parenquima pulmonar haya pasado del primer grado, ó sea de aquel en que solo hay un infarto inflamatorio sin hepatizacion. ¿Qué observamos, en efecto? El estertor crepitante sin disminucion de la sonoridad de las paredes torácicas. Si hubiese habido hepatizacion, hubiera existido un sonido macizo. He aquí uno de los casos en que no es posible dudar de la grande utilidad que ofrece el método de la auscultacion: sin ella hubiera sido necesariamente menos preciso el diagnóstico, y el pronóstico mas incierto. A beneficio de la auscultacion pudimos seguir los diversos periodos de aumento y de disminucion del infarto inflamatorio, y conocimos que disminuía, segun iba reemplazando al estertor crepitante el ruido natural de la inspiracion.

Los demas sintomas confirmaron tambien los signos suministrados por la auscultacion: se aliviaron siempre que el estertor disminuyó, y se exasperaron cuando aumentaba el estertor, ocultando al ruido inspiratorio.

El tercer dia se advirtió un alivio notable, á consecuencia de las abundantes evacuaciones sanguíneas; pero, como si, á pesar de nuestros medios terapéuticos, estuviesen las enfermedades sujetas en su curso á ciertas leyes de duracion que no podemos variar, la naturaleza recobró en alguna manera sus derechos, y hasta el sétimo dia no dejó de anunciarse la neumonia por los mas graves sintomas. Las evacuaciones sanguíneas que nuevamente se practicaron no dieron ningun resultado ventajoso. Principalmente el sexto dia pareció ser el pronóstico de los mas fatales: la estrema dificultad de la respiracion, el estado de ansiedad del enfermo y su profundo desaliento eran de tristísimo agüero. Pero el sétimo todo cambió de aspecto: se estableció un sudor abundante, y desde entonces desaparecieron los síntomas graves, y caminó la pulmonia franca y prontamente hácia su resolucion. ¿Podrá dejarse de incluir en el número de los fenómenos críticos este movimiento fluxionario que se verificó en la piel?

Tiende pues la presente observacion á confirmar dos puntos de la antigua doctrina de las crisis: 1.º la exasperacion de los síntomas antes de la aparicion de la crisis, 2.º la época de la enfermedad en que aparece la crisis, el sétimo dia. Por último, hace ver que una medicacion activa no se oponé siempre á que las crisis se verifiquen.

## II.ª OBSERVACION.

Un joyero, de edad de 29 años, entró en la Caridad llevando ya tres dias de una pleuro-neumonia que principió por un escalofrío violento,

dolor en el costado derecho, tos y disnea. El segundo día fué reemplazado el escalofrío por un fuerte calor que no cesó despues; el dolor del costado subsistia aun, y se habia aumentado la disnea. Cuando este enfermo se sometió á nuestro exámen, no habia sufrido todavia ningun tratamiento activo; solo expectoraba desde el día anterior materiales herrumbrosos, transparentes y viscosos. En la parte lateral derecha del torax, y en una estension poco mas ó menos igual á la del lóbulo inferior del pulmon de este lado, se percibió un estertor crepitante que no era bastante fuerte para ocultar completamente el ruido inspiratorio. En esta misma parte resonaba el pecho cuando se le percucia algo menos que en el lado izquierdo: habia fiebre intensa; la lengua estaba un poco roja, el vientre blando é indolente, y las cámaras como en el estado natural. (*Aplicacion de veinte sanguijuelas al punto dolorido. Sangria de diez y seis onzas. Bebidas emolientes*).

Al siguiente día, cuarto de la enfermedad, habia desaparecido el dolor del costado; el enfermo aseguraba haberle sentido disminuir á manera que corria la sangre de las picaduras de las sanguijuelas. Los demas sintomas persistian; la sangre sacada el día antes estaba cubierta de una costra densa (*sangria de doce onzas*). Aspecto de la sangre parecido al de la primera sangria.

El quinto día persistencia de la disnea, de la tos y de los esputos herrumbrosos. Decúbito constante sobre el dorso. Los mismos signos de auscultacion y de percusion. Pulso muy frecuente y poco resistente; piel ardorosa y seca; lengua blanca y algo roja en los bordes; sed viva; constipacion. (*Quince sanguijuelas al ano*).

El sexto día por la mañana, ligero trastorno de las facultades intelectuales; cara encendida y ojos brillantes; persistencia de los demas sintomas. En el resto del día grande agitacion y aumento notable de la disnea. Por la tarde se estableció una diarrea espontánea. En el discurso de la noche hizo el enfermo diez ó doce deposiciones, compuestas al principio de materiales duros y fétidos, y despues de una crecida cantidad de liquido seroso lijeramente teñido de amarillo.

En la mañana del sétimo día, lejos de hallarse el enfermo abatido por el abundante flujo de vientre, estaba al contrario mucho mejor que la vispera, y su respiracion parecia libre; el estertor crepitante habia sido reemplazado casi enteramente por el ruido natural de la respiracion; el pecho resonaba bien en todos sus puntos; los esputos no contenian ya sangre, y apenas se observaba un pequeño movimiento febril. Los días siguientes convalecencia y pronto restablecimiento. La diarrea continuó todavia durante las veinticuatro horas siguientes.

Mucha analogía se encuentra entre esta observacion y la precedente, respecto al modo de terminacion de la enfermedad. Varió únicamente el sitio de la crisis; pero en una y otra vemos del mismo modo seguir una mejoría súbita é inesperada á la aparicion de un sudor en el primer enfermo, y á la de un flujo de vientre en el segundo. En ambos sobrevinieron estas evacuaciones casi en la misma época, y en ambos fueron precedidas de una exasperacion general de los sintomas. Es cierto que casi nunca hemos observado en la neumonia una verdadera

diarrea crítica; pero mas de una vez hemos advertido que hácia sus últimos dias, un flujo de vientre moderado parecia producir una revulsion lenta y saludable que favorecia probablemente la resolucion de la flegmasia. Era entonces una especie de *lysis*, como decia Galeno, mas bien que una crisis verdadera. Hay, por último, otras diarreas que, siendo sintomáticas de una viva inflamacion intestinal, no hacen mas que aumentar el peligro de la pulmonía. En otro lugar hallaremos ocasion de volver á tratar de este asunto.

El dolor pleurítico cesó de pronto con las evacuaciones sanguíneas. En cuanto á la inflamacion del parenquima, las sangrías pudieron moderarla, y contribuir eficazmente á su terminacion feliz; pero no la hicieron desaparecer, y esta circunstancia nos sumistra todavía un nuevo punto de comparacion entre el caso que nos ocupa y el precedente. No es dudoso que las flegmasias de las membranas serosas y mucosas cesan algunas veces repentinamente por influjo de las evacuaciones sanguíneas; pero no creo que pueda la sangría hacer terminar de pronto las inflamaciones parenquimatosas, y en particular las del pulmon.

En el enfermo actual indicaron la invasion de la enfermedad los escalofrios y la aparicion del dolor lateral: asi sucede en el mayor número de casos. Los esputos característicos se manifestaron desde el segundo dia. La constante existencia del estertor crepitante, con la conservacion de un poco de ruido respiratorio, anunció que la neumonia no pasaba del primer grado; la lijera disminucion de sonoridad del lado izquierdo fué por otra parte un indicio de que el infarto pulmonar era mas intenso, mas próximo á la hepatizacion que en el enfermo de la observacion primera. En este caso, sin embargo, el tránsito al estado normal fué mucho mas rápido: en veinticuatro horas pareció haberse completado la resolucion.

### III.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un jornalero, de edad de 35 años, entró en la Caridad atacado de un reumatismo articular poco intenso, y de una bronquitis aguda. Apenas tenia un lijero movimiento febril. Dos sangrías practicadas en el espacio de cuarenta y ocho horas hicieron desaparecer los dolores del reumatismo; pero la bronquitis no cesó. Durante los tres ó cuatro dias que siguieron, solo hizo uso de bebidas emolientes. Al cabo de este tiempo se espuso al aire, hallándose algo desabrigado. Aquella misma tarde volvió á aparecer la fiebre con disnea y tos mas frecuente. El siguiente dia por la mañana, 9 de abril, persistian dichos sintomas, y se los consideró como efecto de una exasperacion de la bronquitis. *Quince sanguijuelas á la parte inferior del esternon.* El 10 habia crecido la dificultad de respirar, y los esputos eran viscosos y herrumbrosos,

Desde entonces vinimos en conocimiento de la verdadera naturaleza de la enfermedad; ya no dudamos que la flegmasia de los bronquios se habia propagado al parenquima pulmonar. La auscultacion dió á reconocer efectivamente el estertor crepitante en diversos puntos del pecho, tanto en el lado derecho como en el izquierdo; pero solo en sitios aislados poco estensos, y en cuyos intervalos se oia claramente la entrada del aire en las vesículas pulmonares. La sonoridad de las paredes torácicas no se hallaba disminuida en ninguna parte. Se hizo una sangría de diez y seis onzas.

En los días 11 y 12 de abril (tercero y cuarto de la invasion presunta de la pulmonia) se notaba el estertor en mas crecido número de puntos, sin que fuese oscuro el sonido que daba la percusion. Los esputos adquirieron mayor viscosidad y un color mas herrumbroso; la fiebre era intensa, y mediana la disnea. Practicóse el día 11 una nueva sangria de ocho onzas, y el 12 se aplicó un vegigatorio en la parte anterior del pecho. La sangre sacada el 10 y el 11 se cubrió de una costra espesa.

El 13 de abril, quinto día, la piel, seca hasta entonces, principió á cubrirse de un suave mador. En todo lo demas igual estado. (*Bebidas emolientes*).

El sexto y sétimo día, sudores continuos: estado estacionario de los síntomas de la pulmonia.

El octavo día persistencia del sudor; disminucion de la viscosidad y del color herrumbroso de los esputos; respiracion menos difícil; tos mas rara; estertor crepitante menos estenso; pulso lleno, ondulante, poco frecuente.

El noveno día cesacion del sudor. Vuelta de los esputos al estado catarral. El enfermo aseguraba que ya no sentia fatiga; pero la respiracion seguia aun algo acelerada. Solo se oia un estertor crepitante muy leve en algunos puntos.

El décimo y el undécimo día persistió el estertor, y se notó un poco de frecuencia de pulso. Por lo demas el enfermo solo presentaba los síntomas de una bronquitis simple. Se añadió á las bebidas emolientes un looc con kermes y una azumbre de cocimiento de raíz de poligala.

El duodécimo día habia desaparecido de todo punto el estertor crepitante. Los siete ú ocho dias siguientes disminuyó la tos progresivamente, y el enfermo dejó pronto el hospital en un estado perfecto de salud.

---

En este enfermo no principió la neumonia del mismo modo que en los precedentes. Ningun dolor pleurítico, ningun escalfrio la anunciaron, y pudo creerse al principio que, bajo la influencia del frio á que el enfermo se espuso, habia aumentado la intensidad de la bronquitis, y produciéndose la série de síntomas observados el 8 y 9 de abril. Pero bien pronto manifestó el aspecto de los esputos la existencia de una inflamacion del parenquima pulmonar. Esta inflamacion misma nos ofrece otra particularidad: no ocupaba, como sucede las mas veces, una determinada porcion de los pulmones, sino que se hallaba en alguna manera diseminada sobre muchos puntos aislados, entre los cuales habia algunos en que el pulmon permanecia sano. Asi lo daba á conocer la auscultacion. Parecia que propagándose de la mucosa bronquial al tejido pulmonar, habia la infla-

macion interesado solamente las porciones de este tejido que rodeaban los bronquios mas inflamados. Habia verdaderamente un crecido número de neumonias parciales.

Todavía coincidió en este enfermo la aparicion de un sudor abundante hácia el quinto dia, con una remision notable de los síntomas; pero en vez de limitarse á algunas horas el sudor, como en la primera observacion, y producir un alivio repentino de la enfermedad, persistió cerca de cuatro dias, y, durante este tiempo, la mejoría fue verificándose de un modo lento y progresivo. Despues que desaparecieron todos los síntomas racionales de la neumonia quedó todavía un poco de estertor, indicio seguro de que la resolucion de la flegmasia pulmonar no se habia completado; cuyo signo se dispó por fin el duodécimo dia. La inflamacion de la mucosa bronquial que habia precedido á la pulmonía, siguió algunos dias despues de terminar esta. Observados los esputos en los diversos periodos de la enfermedad, suministraron datos tan positivos como los de la auscultacion acerca del estado de los órganos. Comparando esta observacion y las dos precedentes respecto al principio de la afeccion, á su curso y modo de terminacion, se hallarán notables diferencias. Pues bien, estas diferencias son la que mas importa al práctico estudiar y conocer, porque de semejante estudio depende la certidumbre del diagnóstico.

La neumonia fue combatida por las sangrias y los revulsivos cutáneos, hasta el momento en que se presentó el sudor. Desde entonces la enfermedad pareció caminar hácia una terminacion feliz, y se dejó obrar á la naturaleza. En fin, cuando toda especie de reaccion febril hubo desaparecido, sin quedar otra cosa mas que un poco de infarto del tejido pulmonar, anunciado por un resto de estertor crepitante, se emplearon con ventaja algunos medicamentos escitantes; la raiz de poligala y el kermes.

#### IV.ª OBSERVACION.

Una mujer, de edad de 33 años, anduvo mucho por las calles de París durante los fuertes calores que se experimentaron á principios del mes de junio de 1822, y hallándose sudando copiosamente, bebió una grande cantidad de agua fria. No tardó mucho en sentir malestar general, cefalalgia y todos los síntomas de un cansancio sumo; despues perdió el apetito, y se estableció una diarrea bastante copiosa, que persistió por espacio de ocho ó diez dias, durante los cuales la enferma estuvo en casa sin tomar otra cosa que algunas tisanas diluyentes. Al cabo de este tiempo cesó el flujo de vientre, y fue remplazado por un catarro pulmonar intenso. La enferma, profundamente abatida, entró por fin en la Caridad.

Quando la vimos por primera vez, estaba atormentada por una tos fre-

cuenta con expectoracion de materiales espumosos, transparentes, descoloridos y muy viscosos. Las inspiraciones eran cortas y frecuentes; percutido el pecho resonaba bien en todas partes; la auscultacion dejaba oír una respiracion fuerte, pero clara. El pulso, frecuente, se deprimía con facilidad; la piel estaba ardiente y árida. Un barniz amarillento y espeso cubria la lengua; la enferma sentía frecuentes náuseas y una sed ardorosa; el vientre estaba dolorido á la presion, y una constipacion rebelde habia remplazado á la diarrea. (*Tisanas y lavativas emolientes.*)

El siguiente dia, 15 de junio, era mas considerable la disnea; los esputos presentaban un ligero color de herrumbre; el pecho sonaba bien por todas partes, pero habia estertor crepitante á la derecha, detras y lateralmente, poco mas ó menos en toda la estension del lóbulo inferior; en los otros puntos del pecho se verificaba con fuerza y claridad la entrada del aire en las vesiculas pulmonares. La cara estaba contraida, y persistia el dolor abdominal: el pulso habia adquirido mayor plenitud. De esta manera la inflamacion que el dia antes parecia no existir mas que en los bronquios, se habia propagado al parenquima pulmonar, y la irritacion coexistente de las vias digestivas no experimentó ninguna mejoría (*sangría de doce onzas*). La sangre presentó un coágulo estenso, blando, cubierto de una costra verdosa y delgada.

Poco tiempo despues de la sangría, la piel, seca hasta entonces, se puso húmeda, la opresion disminuyó, y el pulso adquirió blandura.

El 16 era notable el alivio; el estertor crepitante habia disminuido, y se oía mejor el ruido natural de la respiracion. Los esputos, viscosos todavia, no presentaban ya su color herrumbroso, y en una palabra, la neumonia parecia caminar hácia su resolusion. Por otra parte, la lengua estaba limpia, el abdomen no era tan sensible, y se habia verificado una evacuacion ventral de buena calidad. Sin embargo persistia la fiebre. (*Bebidas emolientes. Dos caldos.*)

En la mañana del 17 igual estado. Por la tarde exasperacion de los síntomas de la neumonia; tos, disnea, esputos herrumbrosos. Por la noche delirio ligero.

El 18 por la mañana era considerable la opresion. El oído aplicado sobre el lado derecho del pecho percibia de nuevo un estertor crepitante muy pronunciado. La piel habia recobrado su aridez y su calor quemante.

Del 19 al 22 quedó estacionaria la pulmonia. Estupor, entorpecimiento de la inteligencia. Lengua seca, vientre tenso y doloroso.

Del 22 al 23 apareció un sudor copioso. Durante el 23, alivio manifesto de todos los síntomas; desaparicion del color herrumbroso y de la viscosidad de los esputos; disminucion de la disnea y tambien del estertor; pulso menos frecuente; despejo de las facultades intelectuales; lengua húmeda. Desde este momento fue mejorando cada dia el estado de la enferma; desapareció el estertor; le substituyó el ruido natural de la respiracion, y no se presentaron mas sudores. El 29 estaba en completa convalecencia; pero la lengua se hallaba sucia, la boca amarga, el apetito no volvia, y se notaban frecuentes borborismos. Se prescribió un purgante que produjo evacuaciones abundantes de vientre. Los síntomas de embarazo gástrico é intestinal desaparecieron, y la enferma salió buena hácia el 10 de julio.

Esta observacion nos manifiesta todavia un nuevo género de flegmasia pulmonar en primer grado. La mujer que forma su objeto, despues de haberse entregado á un ejercicio violento, bajo la influencia de una temperatura muy elevada de la atmosfera, presentó al principio los síntomas de un simple cansancio. Toda la economía parecia entonces interesada; y el afirmar que semejante malestar general era sintoma del padecimiento de un órgano especial, de un primer grado de gastroenteritis por ejemplo, nos parece que hubiera sido ir mucho mas allá de lo que permitian los hechos. Pero pronto hubo en realidad localizacion de la enfermedad; la diarrea abundante que sobrevino anunció que se fijaba la irritacion sobre los intestinos. Poco tiempo despues se interesó otro órgano; pero al mismo tiempo que se manifestaron los síntomas de la flegmasia bronquial, se vieron disminuir y disiparse los de la irritacion intestinal: por último, aparecieron los síntomas de una pulmonia. Seria difícil determinar el momento preciso de la invasion de esta última; ningun escalofrio la anunció, ni la acompañó ningun dolor [pleurítico; ocupó insensiblemente el lugar de un simple catarro pulmonar. Tales circunstancias dan cierta semejanza á la presente observacion con la tercera; en esta precedió el estertor crepitante á la aparicion de los esputos neumónicos, y en la que nos ocupa, al contrario, los esputos eran ya sumamente viscosos, cuando la auscultacion nada indicaba todavia; pero como esta grande viscosidad se observa frecuentemente en las flegmasias muy intensas de los bronquios, no pudimos asegurar que hubiese pulmonia, hasta que se volvió herrumbrosa la expectoracion; solamente entonces principió á oirse el estertor crepitante. El pecho permaneció constantemente sonoro.

Un alivio notable siguió á la sangria, y el dulce mador que sucedió inmediatamente á la evacuacion sanguinea era del mas favorable agüero. Sin embargo, como en el enfermo de la primera observacion, la neumonia, que habia retrocedido, tardó muy poco en exasperarse de nuevo. Al mismo tiempo se turbaron las funciones del cerebro, se secó la lengua, etc., de manera que fueron simultáneamente atacados los órganos de las cavidades craniana, torácica y abdominal. No se empleó entonces otro tratamiento activo que los revulsivos aplicados sobre el torax y á las estremidades inferiores. La enfermedad permaneció algun tiempo estacionaria, y despues se manifestó por segunda vez un sudor abundante. Con su aparicion coincidió una mejoría repentina y durable, quedando desde entonces juzgada de un modo definitivo.

No dejemos de advertir el diferente aspecto de la sangre en esta mujer, y en los individuos que forman el objeto de las tres primeras observaciones. En la última era el coágulo mas blando y cubierto de una costra menos espesa.

Tampoco dejemos pasar esta observacion sin apreciar los síntomas que, durante la convalecencia de la neumonia, se manifestaron por parte de las vias digestivas, y los medios terapéuticos que les fueron opuestos: desaparecieron á consecuencia de la administracion de un purgante.

#### V.ª OBSERVACION.

Una costurera, de edad de 18 años y de temperamento linfático, gozaba de excelente salud, cuando el 12 de octubre de 1822 se sintió acometida repentinamente, sin causa conocida, de un vivo dolor por debajo de la mama izquierda; al mismo tiempo tenia fiebre, tos y opresion. Entró en la Caridad el 27 de octubre: entonces se la notaba mucha dificultad de respirar, persistia el dolor del costado, se oía en la parte lateral izquierda, al nivel de la mama, el estertor crepitante, y era en todas las demas partes fuerte y claro el ruido de la respiracion y completa la sonoridad. Los esputos se presentaban medianamente viscosos, transparentes y ligeramente herrumbrosos, el pulso frecuente, la piel seca y caliente, la cara rubicunda (*quinze sanguijuelas al lado izquierdo, sangria de doce onzas, bebidas emolientes*). La sangre presentó un coágulo pequeño, pero denso, cubierto de una costra espesa, y nado en medio de una serosidad abundante.

En el resto de aquel dia fue aumentándose la opresion, los esputos se hicieron viscosos, y tomaron mas color herrumbroso. Por la tarde se aplicaron dos vejigatorios á las piernas.

El 18 de octubre, sétimo dia de la enfermedad, fue tal la dificultad de la respiracion, que apenas podia hablar la paciente. El decúbito se verificaba sobre el dorso; los esputos eran muy viscosos y herrumbrosos, y el dolor de costado no existia ya. La auscultacion y la percusion suministraban los mismos signos. El pulso era muy frecuente y pequeño, la piel caliente y seca. (*Un sinapismo grande sobre la parte anterior del pecho. Media azumbre de cocimiento de raiz de poligala. Cuatro granos de kermes en cuatro onzas de una pocion gomosa.*)

El octavo dia disminuyó notablemente la disnea; el ruido natural de la respiracion reemplazó en parte al estertor crepitante; el pulso tenia solo una mediana frecuencia; la piel estaba sin calor febril; habia constipacion (*las mismas bebidas, y ademas ocho granos de calomelanos*). Una sola cámara se verificó en las veinticuatro horas siguientes.

El noveno dia, respiracion algo acelerada aun; expectoracion catarral; pulso apenas frecuente; piel cubierta de un suave mador que continuó cuarenta y ocho horas. Los dias siguientes fue siendo el estado cada vez mas satisfactorio; mas sin embargo persistió un poco de estertor en el costado izquierdo. Se aplicó un vejigatorio sobre este lado, sosteniéndole por espacio de ocho dias. (*Pocion con el kermes; hydromel compuesto*). La enferma salió completamente curada á principios del mes de noviembre.

Cuando esta joven se sometió á nuestra observacion, parecia el pronóstico muy poco favorable, á causa de la extraordinaria disnea que experimentaba; pero por otra parte daba á conocer la auscultacion que no era muy estensa ni muy vehementemente la flegmasia del parenquima pulmonar; de manera que la grande dificultad de la respiracion no servia en este caso de indicio fiel para apreciar la gravedad de la neumonia. Tampoco sirvió de nada la percusion.

Ningun fenómeno crítico señaló la terminacion de la enfermedad; porque no debe darse el nombre de *crisis* al mador con que se cubrió la piel cuando habia ya una mejoría sensible, mador que mas bien fue efecto que causa de la mejoría.

El tratamiento seguido en esta enfermedad merece toda nuestra atencion. La única sangría que se practicó no produjo alivio alguno; y cuando la flegmasia pulmonar estaba en su grado mas alto de agudeza, se emplearon los vejigatorios, las bebidas estimulantes (*kermes y poligala.*) Bajo la influencia de semejante plan perturbador se aliviaron los síntomas de la neumonia, y pronto se disiparon todos los vestigios de tan grave enfermedad, escepto un poco de infarto pulmonar, anunciado por un resto de estertor crepitante. Este infarto era mas bien una infiltracion serosa del parenquima, que un estado inflamatorio. Como quiera, un vejigatorio aplicado sobre el costado, y ligeros escitantes empleados interiormente, hicieron desaparecer el estertor. ¿Concluiremos del éxito que tuvo este género de medicacion, que en todos los casos de neumonia puede ser empleado con tantas ventajas como las abundantes evacuaciones de sangre? Tanto valdria discurrir asi, como abandonar la práctica de la medicina á un triste empirismo.

Tengamos presente que la enferma que sirve de objeto á esta observacion era de un temperamento eminentemente linfático: su piel descolorida, sus carnes blandas, y como dispuestas á la infiltracion, contraindicaban el uso de gran número de sangrías, y hacian mas racional la pronta aplicacion de los revulsivos sobre la piel, y de los estimulantes al interior. No hay duda que si con tanta premura se hubiesen empleado en un sugeto de constitucion pletórica, ó de un temperamento irritable, hubieran sido nocivos semejantes medios. Los antiguos nunca perdian de vista, en el tratamiento de las enfermedades, la importante consideracion de los temperamentos; repetian sin cesar que el arte de modificar la terapéutica de una enfermedad constituye al consumado práctico. He aquí el mérito que Morgagni alababa principalmente en su maestro Valsalva, reputado como uno de los prácticos mas felices de su tiempo. *Quæres fortassè*

*ecquid in ægrorum curatione peculiare haberet! Ille vero, quæ plerique solent, auxilia in usum trahebat; sed, ut optimum medicum decet in aliis alia.* La observacion siguiente va á servir todavia para confirmar tales principios.

#### VI.ª OBSERVACION.

Un hombre de 71 años entró en la Caridad durante el mes de marzo de 1821, atacado de una parálisis incompleta de los miembros inferiores y de la vejiga. Cocinero en otro tiempo, pero privado ahora de todo medio de subsistencia, era débil, pálido, y estaba en el primer grado de marasmo. Por otra parte, examinados cuidadosamente todos sus órganos, no presentaban ninguna lesion. Ocho ó diez dias despues de su entrada tuvo los sintomas de un ligero catarro pulmonar, y por fin se sintió acometido de un violento dolor de costado al nivel de las últimas costillas derechas. Al mismo tiempo alternativas de escalofrios y de calor intenso; aumento de la tos y la disnea. Unas sanguijuelas aplicadas al sitio del dolor le disminuyeron, pero no le quitaron del todo. Se advertia estertor al lado derecho, desde el hueco de la axila hasta un poco mas abajo del nivel de la tetilla. El pulso era frecuente y poco resistente, y no muy notable el aumento de calor de la piel. El segundo dia se hizo una sangria de dos onzas; pero no ocurrió ningun cambio que merezca advertirse. La sangre presentaba costra inflamatoria. El tercer dia aparecieron los esputos viscosos y teñidos de sangre, y la disnea mas considerable; se observó un abatimiento muy marcado en el semblante (*dos vejigatorios á las piernas; cocimiento de poligala gomado*). El cuarto dia era la expectoracion muy difícil; el ruido que se notaba en los bronquios, llenos de liquido, impedía reconocer por la auscultacion el estado del parenquima pulmonar. La respiracion se ejecutaba con mucha dificultad. Apenas pudo el enfermo articular algunas palabras con una voz apagada (*Vejigatorio al pecho; fricciones de alcohol alcanforado á los miembros; tisana de poligala. Tres granos de kermes en una pocion de cuatro onzas. Dos granos de tartaro estibiado para tomar inmediatamente.*)

El enfermo hizo grandisimos esfuerzos para vomitar; la expectoracion se restableció, y la disnea, que era en parte un resultado mecánico de la acumulacion de los esputos en los bronquios, disminuyó de un modo sensible.

Al siguiente dia, quinto de la enfermedad, se presentaba el estado del paciente con corta diferencia como el dia tercero. (*Continuacion de la raiz de poligala y del kermes.*)

Los dias sexto y sétimo persistencia del estertor crepitante en el sitio indicado; esputos siempre viscosos y herrumbrosos; disnea poco considerable, fiebre mediana, piel constantemente seca. (*Vejigatorios á los muslos; los de las piernas se habian secado. Las mismas bebidas.*)

El octavo dia esputos nuevamente catarrales; pulso frecuente sin calor en la piel; respiracion medianamente acelerada y un poco difícil, pero sin que el enfermo lo notase. El mismo estertor.

Del noveno al décimo cuarto dia siguió percibiéndose un estertor ligero; pero no habia ningun otro sintoma de neumonia. El enfermo apenas tosia, y el pulso fué perdiendo poco á poco su frecuencia (*cinco granos de kermes cada dia. Raiz de poligala, con la adiccion de una onza de oximiél escilitico para media azumbre de cocimiento, Hidromel compuesto. Algunos alimentos.*) Des-

pues del día catorce desapareció toda especie de estertor. El enfermo, curado enteramente de su afección pulmonar, sucumbió algunos meses después á los progresos de un reblandecimiento de la médula espinal, del cual no hablamos aquí por no ser del caso.

Esta observación nos parece principalmente digna de atención por el tratamiento que se adoptó. Hallábase indicado por la constitución del enfermo, y el estado físico y moral en que se encontraba, mas bien que por su edad. Mas adelante veremos, en efecto, cómo se han empleado con buen éxito las sangrías abundantes en algunos ancianos colocados en circunstancias mas favorables para este género de medicación; y entonces trataremos de probar que la vejez no puede por sí sola contraindicar nunca el uso repetido de las sangrías en los casos de neumonía. Pero las dos observaciones que acabamos de citar acreditan asimismo que algunas pulmonías pueden combatirse por medios mas eficaces que la sangría.

En los últimos días no parecía anunciar el estertor crepitante un estado inflamatorio de los pulmones; todo indicaba que no habia entonces otra cosa que una especie de infarto seroso, un edema pulmonar, cuya resolución aceleraron indudablemente los medios terapéuticos que se pusieron en uso.

Dos septenarios transcurrieron entre el momento de la invasión de la pulmonía y el de su completa resolución. Esta no fué favorecida por ningun fenómeno crítico apreciable.

#### VII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un albañil, de edad de 31 años, cayó el 12 de julio desde una altura de siete á ocho pies, recibiendo un golpe sobre la region de los riñones, y principalmente en la parte posterior de las costillas falsas derechas. Se levantó en seguida, y continuó su trabajo. Por la noche durmió bien; pero el 13 sintió al despertar un dolor vivo en la parte posterior de las costillas falsas derechas, dolor que se aumentaba por todos los movimientos del tronco. Al mismo tiempo advirtió malestar general, anorexia, tos y disnea. El 14 se quedó en cama. El 15 persistieron los síntomas de los días anteriores. El 16 entró en la Caridad, y se le hizo una sangría.

El 17, á la hora de la visita, era muy vivo todavía el dolor, la tos muy penosa, y la respiración corta y acelerada. Percutido el pecho, resonaba bien hácia la parte anterior; pero en la posterior era la percusión imposible á causa del dolor. Por delante, en ambos lados, así como por detras en el izquierdo, era muy claro y fuerte el ruido respiratorio; mientras que hácia la parte posterior y derecha, poco mas ó menos en la estension del lóbulo inferior, se advertía el estertor crepitante; los esputos eran viscosos, transparentes y verdosos, el pulso apenas frecuente, y la piel se hallaba fresca: la naturaleza de los esputos y la auscultación anunciaban la existencia de una neumonía (segun-

da sangría. *Cataplasma emoliente al costado.*) El enfermó sudó un poco al anohecer.

El 18 habia disminuido el dolor, y era menor la fatiga; por lo demas continuaba el mismo estado. (*Doce sanguijuelas al sitio dolorido.*)

El 19 solo se sentia el dolor al tiempo de toser, cuando se hacia la percusion, ó durante las inspiraciones profundas. Sin embargo, habia mas fiebre que los dias precedentes, y eran los esputos mas viscosos y herrumbrosos. El esterior crepitante persistia, era la disnea mas considerable, y la palabra anhelosa. De esta manera, al paso que la pleuresia se aliviaba, tomaba creces la inflamacion del parenquima, y amenazaba pasar al segundo grado (*sangría de diez onzas.*) El enfermo esperimentó una mejoría notable despues de la sangría.

El 20 respiracion mas libre, esputos menos viscosos, estertor crepitante mas fuerte, con mezcla de un ligero ruido de expansion pulmonar; fiebre menos intensa. En el resto del dia epistaxis abundante.

El 21 habia sobrevenido una mejoría admirable; los esputos eran como los del catarro simple; no se oia ya al lado derecho mas que un poco de estertor, mezclado con el ruido natural de expansion pulmonar. La palabra era libre, el decubito indiferente, y la apirexia completa. No hubo mas movimiento crítico que la epistaxis.

Del 22 al 25 convalecencia. El 27 salió el enfermo del hospital.

---

La causa determinante de esta pleuro-neumonía parece haber sido la violencia esterior que dirigió su principal accion sobre las paredes torácicas del lado derecho. El vivo dolor que al principio sintió el paciente, dolor que no iba acompañado de ningun otro síntoma grave, hubiera podido considerarse como simple resultado de la contusion de las partes blandas que cubren las costillas; y en verdad cuando vimos al enfermo, la falta casi completa de la fiebre nos hubiera inducido á adoptar semejante opinion, si el aspecto característico de los esputos y la existencia del estertor crepitante no hubieran revelado la verdadera naturaleza de la enfermedad. Los dias siguientes se designaron mejor los síntomas de la pulmonía, al propio tiempo que disminuyó el dolor pleurítico. Estos síntomas al principio crecieron gradualmente de intensidad, hasta el punto de hacer temer por un momento que la neumonía pasase del primer grado al segundo. La época del alivio de la enfermedad coincidió con la aparicion de una abundante hemorragia nasal.

#### VIII.ª OBSERVACION.

Un albañil, de edad de 26 años, pletórico, fué atacado del sarampion en julio de 1822. Desde esta época hasta el mes de setiembre continuó tosiendo; mas no obstante se hallaba tal cual, y seguía entregándose á sus ocupaciones,

El 5 de setiembre, á las ocho de la mañana, fué repentinamente acometido de un dolor debajo de la tetilla izquierda; al mismo tiempo principió á sentir escalofríos, y vomitó el desayuno. El 6 y el 7 persistió el dolor, la tos habitual se aumentó, y la piel estuvo constantemente cubierta de sudor. Hizo cama, y tomó vino caliente con azúcar. El cuarto día de enfermedad entró en el hospital, y se le practicó una sangría. La sangre presentó una costra espesa que cubría á un coágulo pequeño y denso, rodeado de serosidad. Al principio del quinto día se hallaba el enfermo en el estado siguiente:

Respiracion alta, acelerada, que al enfermo no le parecia difícil: tos frecuente con expectoracion, desde dos días antes, de esputos herrumbrosos transparentes y medianamente viscosos. No habia dolor lateral mas que en las grandes inspiraciones ó mediante una fuerte presion intercostal; estertor crepitante en toda la estension del lóbulo inferior del pulmon izquierdo; sonoridad perfecta de las paredes torácicas; decúbito sobre el dorso; pulso frecuente y lleno; sudor general; lengua blanquecina; sed y astriccion de vientre (*sangría de doce onzas, bebidas emolientes*). Aspecto de la sangre como el de la primera sangría. En el resto del día, á pesar de las dos evacuaciones practicadas, aumentó mucho la dificultad de la respiracion.

El sexto día disnea mucho mas considerable que el anterior; igual aspecto de los esputos; estertor crepitante en la totalidad del pulmon izquierdo y en algunos puntos del lóbulo inferior del derecho; en lo restante de este último pulmon se oía con fuerza extraordinaria el ruido respiratorio: en ninguna parte era macizo el sonido que daba la percusion. No se dudó en prescribir una cuarta sangría de diez y seis onzas. El coágulo se manifestó tan abundante como en las anteriores y cubierto de la misma costra. Sin embargo, fué aumentándose la disnea durante el día. En la madrugada del noveno no podia verdaderamente respirar el enfermo: sentado sobre su cama ponía en contraccion todos sus músculos con la mayor energia para dilatar el torax, y un color lívido habia reemplazado al rojo bermejo que los días anteriores presentaba su rostro. Fácil nos fué conocer la causa de este verdadero estado de asfixia incipiente, cuando aplicado el oído á las paredes torácicas, percibimos un estertor crepitante bastante considerable en toda la estension de ambos pulmones. Practicóse sin tardanza la quinta sangría, y se logró al momento que la respiracion recobrase mayor libertad; pero no tardó en hacerse la sofocacion mas inminente que nunca, y el enfermo sucumbió la noche inmediata con todos los síntomas de asfixia.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Una grande cantidad de serosidad roja y espumosa corria de ambos pulmones, cualquiera que fuese el punto en que se les cortase. El tejido pulmonar estaba rojo, pero muy consistente, y todo él sobrenadaba en el agua; la mucosa bronquial ofrecia en toda su estension una rubicundez violácea; enormes coágulos negros distendian las cavidades derechas del corazon. Todas las vísceras abdominales estaban infartadas de sangre.

---

La pulmonía doble que condujo á este enfermo al sepulcro fue menos funesta por su intensidad que por su estension. Efec-

tivamente, en ningun punto del parenquima pulmonar habia mas que un simple infarto sanguíneo; pero ocupando este infarto la totalidad de ambos pulmones, era todavia mas grave que lo hubiera sido la hepatizacion de uno solo. A favor de la auscultacion, seguimos con precision extraordinaria los progresos de la flegmasia; y de este modo nos convencimos de que limitada en su principio al lóbulo inferior del pulmon izquierdo, se estendió despues con rapidez espantosa al lóbulo superior del mismo, é invadió por último el pulmon derecho caminando tambien de abajo á arriba. Un tratamiento antiflogístico muy activo alcanzó á detener los progresos de la inflamacion; pero el enfermo sucumbió de un modo que pudiera decirse enteramente mecánico, como si hubiera sido estrangulado ó ahogado.

Es de notar que, en un caso tan grave de flegmasia, haya estado la piel constantemente cubierta de un sudor abundante.

#### IX.ª OBSERVACION.

Un vinatero, de edad de 46 años, entró en la Caridad el 21 de enero de 1820. Habiéndose hallado todo el dia 18 espuesto á un frio húmedo, tuvo escalofrios cerca del anochecer, un calor abrasador durante aquella noche, y delirio el dia 19. Este mismo dia principió á toser. El 20, tercer dia de la enfermedad, estaban íntegras las facultades intelectuales; pero habia aumentado la tos, y sobrevenido lijera disnea y fiebre. Sometido por la vez primera á nuestro exámen en la madrugada del cuarto dia, presentó el estado siguiente. Respiracion acelerada y opresion. Tos frecuente, sin dolor, con espulsion de esputos herrumbrosos, viscosos y transparentes (estos esputos característicos solo existian desde el dia anterior). Estertor crepitante que no ocultaba enteramente el ruido respiratorio desde por debajo de las clavículas hasta el nivel de las tetillas, en el hueco de ambas axilas y en las fosas supraspinas. En todas las demas partes era la respiracion fuerte y clara; se conservaba la sonoridad del pecho; decúbito sobre el dorso; pulso frecuente y lleno; piel caliente y seca; lengua blanquecina; constipacion. *Diagnóstico*: infarto inflamatorio del vértice de ambos pulmones (*sangria de diez y seis onzas, sinapismos á las piernas por la noche, tisanas y lavativas emolientes*). La sangre formó un grande coágulo sin serosidad, cubierto de una costra espesa. El quinto dia el estertor crepitante ocultaba de un modo mas completo al ruido inspiratorio, y se oia al lado derecho en la fosa infraspina; los dos lados anteriores del pecho parecian menos sonoros; la disnea era mayor, y los esputos mas viscosos. Era visto que la inflamacion habia hecho progresos en ambos lados, y parecia caminar hácia la hepatizacion. Se prescribieron dos sangrías, una por la mañana de doce onzas, y la otra por la tarde de ocho. La sangre formó costra inflamatoria, y un grande coágulo sin serosidad.

El sexto dia igual estado. (*Dos vejigatorios á los muslos*).

El sétimo dia opresion cada vez mas grande; palabra anhelosa; disminucion notable de la sonoridad por debajo de las dos clavículas; estertor crepitante débil, pero sin mezcla de ruido inspiratorio, en los mismos puntos que se oia los dias anteriores. Esputos rojos reunidos en una masa gelatiniforme

que con dificultad se desprendía del vaso. Pulso muy frecuente y fácil de deprimir; persistencia de la sequedad de la piel; color amarillo de la cara. (*Dos vejjigatorios á las piernas, media azumbre de cocimiento de poligala gomado*).

El octavo dia por la mañana delirio, alteracion de las facciones. Muerte por la tarde.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Los lóbulos superiores de ambos pulmones presentaban un color rojo bermejo que hacia notable contraste con el color grisiento de los otros lóbulos. Por las incisiones hechas en su tejido corria una grande cantidad de serosidad roja y espumosa; eran mas fáciles de desgarrar que los otros lóbulos, y aunque apenas crepitantes sobrenadaban todavia en el agua. Ademas, el parenquima pulmonar estaba seco, escepto en la parte posterior, donde presentaba un poco de infarto cadavérico. Color rojo de la mucosa bronquial de los lóbulos superiores. Antiguas adherencias celulares de las pleuras; cavidades del corazon llenas de sangre negra líquida.

Nada notable en los órganos del cráneo y del abdomen.

Esta pulmonía doble, mucho menos estensa que la del enfermo que sirve de objeto á la octava observacion, fué sin embargo tan rápidamente mortal como ella; pero es de notar que eran los lóbulos superiores los atacados de inflamacion, pues ya creemos haber demostrado que en igualdad de circunstancias es mas grave y mas temible dicha afeccion en los citados lóbulos que una flegmasia, aun cuando sea mas intensa, del parenquima pulmonar. Es muy probable que si el infarto inflamatorio hubiese existido en los dos lóbulos inferiores, no hubiera sido el caso mortal. Ademas el tejido pulmonar parecia próximo á la hepatizacion, y habia perdido ya algo de su consistencia: apretado entre los dedos apenas crepitaba, y producía una sensacion semejante á la que se experimenta al comprimir los pulmones de un feto que no ha respirado. Tal estado intermedio entre el simple infarto y la hepatizacion, fué anunciado por la disminucion cada vez mayor del estertor, sin aparicion simultánea del soplo natural de la respiracion. Tambien le indicaba la disminucion de la sonoridad, que sin embargo no constituía un verdadero sonido macizo. Finalmente, la grande viscosidad de los esputos era asimismo un indicio de que la neumonia tenia tendencia á pasar del primero al segundo grado.

Concibese ademas lo infieles que pueden ser los datos suministrados por la percusion, cuando, segun sucedió en este caso, disminuye igualmente la sonoridad en ambos lados del tórax, sin que haya todavia un sonido macizo bien manifiesto.

La invasion de la pulmonía no fué anunciada por ningun

dolor pleurítico: el delirio que se manifestó casi al principio de la enfermedad, y que se había disipado á medida que se marcaban mas los signos de la neumonia, apareció de nuevo en las últimas veinticuatro horas de la existencia del enfermo. No pudo hallarse la causa de este delirio en ninguna lesion notable del encéfalo. Queda pues confirmado en el caso particular que nos ocupa el aforismo de Hipócrates: *A peripneumonia phrenitis, malum.*

## ARTICULO II.

PLEURO-NEUMONIAS EN SEGUNDO GRADO (*hepatización roja*).

En el actual estado de la ciencia es casi siempre fácil de distinguir, según la naturaleza de los síntomas, este grado segundo del primero. La percusión y la auscultación no dan los mismos signos; los esputos presentan con frecuencia otro carácter, y aun pudiera admitirse también *à priori*, que siempre es mayor la disnea en el caso de hepatización. Mas hay en este punto numerosas excepciones, y si bien puede decirse que conviene atender al estado de la respiración para fundar el pronóstico, también es por otra parte necesario confesar, que la libertad más ó menos grande de los movimientos respiratorios no suministra, cuando mucho, mas que probabilidades acerca del estado del parenquima pulmonar.

Ya hemos visto casos en que una disnea extraordinaria coincidía con un ligero infarto del parenquima; mas abajo veremos una hepatización considerable que ocasiona muy poca dificultad en la respiración.

X.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un carpintero, de edad de 23 años, de una constitución débil, casado quince días hacia, cenó, según tenía de costumbre, en la noche del 20 de abril de 1822. Una hora después se vió acometido repentinamente de un violento escalofrío que duró toda la noche. En la madrugada del 21 sintió un dolor que se manifestó primeramente en el hombro izquierdo, y se extendió bien pronto á toda la parte lateral izquierda del torax, aumentándose por la tos y por las inspiraciones profundas, y haciéndose insoportable cuando el paciente se echaba de aquel lado. Al mismo tiempo tenía tos seca, y sudor por la noche. Durante los siete días siguientes permaneció en cama, y no tomó otra cosa que algunas tisanas dulcificantes. El dolor del costado persistió; la respiración se fué haciendo mas difícil, y los esputos se tuvieron de sangre. Al anochecer del día 27, sétimo de la enfermedad, entró en el hospital, y fué sangrado sin tardanza. Por la noche deliró. En la mañana del octavo día presentaba el siguiente estado: inspiraciones cortas y frecuentes; tos muy repetida; con espulsion de considerable cantidad de esputos viscosos y transparentes. El dolor, menos vivo que los días anteriores, se sentía al hacer la percusión en todo el lado izquierdo del torax, desde la axila hasta las últimas costillas. El decúbito se verificaba sobre el dorso. Percutido el pecho daba un sonido macizo lateral y posteriormente, en toda la extensión poco mas ó menos del lóbulo inferior del pulmón; en algunos puntos de la misma extensión se percibía un poco de estertor crepitante, sin mezcla de ruido inspiratorio. De este doble indicio suministrado por la percusión y la auscultación, se dedujo que en parte estaba infartado el lóbulo inferior del pulmón izquierdo, y en

parte hepatizado. El pulso era frecuente y bastante resistente; la piel se hallaba caliente y matorosa ( todos los dias habia tenido sudores el enfermo); lengua blanquecina; anorexia; mediana sed y constipacion. (*Sangria de doce onzas. Treinta sanguijuelas al lado izquierdo. Tisanas emolientes*). Pasó tal cual la mañana; por la tarde sudor abundante, y delirio por la noche.

En la madrugada del dia noveno persistia el delirio, pero la respiracion era mas fácil que el anterior; los esputos contenian menos sangre; el estertor crepitante era notablemente mas fuerte y mas estenso, pareciendo anunciar que las partes hepatizadas del pulmon tornaban de nuevo al simple infarto. La fiebre era menor. Respecto á la pulmonia se hallaba el enfermo evidentemente mejor; pero la existencia del delirio anunciaba una congestion cerebral, tanto mas peligrosa, cuanto que hubiera debido disminuir en el caso de ser solo simpática de la afeccion pulmonar. Ya se habian practicado suficientes evacuaciones de sangre para un sugeto naturalmente débil; atendido lo cual no se insistió en ellas, y se aplicaron dos vejigatorios á las piernas, como revulsivos á un tiempo de la cabeza y del pecho. El delirio cesó en efecto al anocheecer, y no volvió á presentarse.

El décimo dia igual estado: sudor por la noche. El undécimo y duodécimo era menos macizo el sonido del lado izquierdo y el estertor crepitante muy notable en el mismo lado. Como ya no experimentaba el enfermo dolor alguno, podia ejecutar con bastante facilidad inspiraciones profundas; los esputos, apenas herrumbrosos, volvian de nuevo al estado catarral; la fiebre era moderada, y en una palabra, todo anunciaba que se iba verificando la resolucion. El dia décimo tercio se aplicó un vejigatorio sobre el lado izquierdo del torax. El décimo cuarto y décimo quinto principiò á oirse el ruido natural de la respiracion mezclado con estertor crepitante. Desde entonces desapareció el sonido macizo, y fueron los esputos completamente catarrales. El décimo sexto dia se presentaba el ruido de la respiracion mucho mas claro que el anterior, y solo en algunos puntos, y por intervalos, se oia mezclado con el estertor crepitante; el pulso conservaba un poco de frecuencia sin otro signo de fiebre. Tres dias hacia que habian desaparecido los sudores nocturnos. El décimo sétimo era igualmente claro y natural en todas partes el ruido respiratorio: convalecencia.

---

Fijemos nuestra consideracion por algunos instantes sobre los signos suministrados en el presente caso por la auscultacion y la percusion. Hubo primeramente sonido macizo, y al mismo tiempo estertor crepitante débil, sin mezcla de ruido inspiratorio. De estos signos dedujimos la consecuencia de que habia ya hepatizacion del tejido pulmonar. Mas tarde, cuando la disminucion de la fiebre, la disnea cada vez menos intensa, el carácter nuevamente catarral de los esputos, y el restablecimiento progresivo de la sonoridad de las paredes torácicas, anunciaba la resolucion de la neumonia, precisó la auscultacion en algun modo todos los instantes de dicha terminacion, manifestándonos diariamente cómo el tejido pulmonar volvia poco á poco desde el estado de hepatizacion al de simple infarto. La intensidad mas ó menos

fuerte del estertor crepitante, y su mayor ó menor mezcla con el ruido fisiológico de la respiracion, nos indican el curso de la citada lesion, con un rigor casi matemático. Si el estertor crepitante es muy fuerte y sin mezcla de ruido inspiratorio, podemos estar ciertos de que en toda la parte del pulmon donde se percibe, no hay mas que simple infarto, aunque muy considerable. Si juntamente con el estertor se advierte aun el ruido que resulta de la entrada del aire en las vesículas pulmonares, debe concluirse, como en el caso precedente, que no hay todavía mas que simple infarto, pero que este es poco intenso, y que se hallan sanos muchos puntos de la region afecta. Hay un grado en que el estertor no se oye mas que en ciertos sitios aislados, con largos intervalos ó bien de una manera continua, pero tan débil que se necesita mucha atencion y hábito para distinguirle y apreciarle en medio del ruido de expansion pulmonar, que predomina tanto mas, cuanto disminuye dicho signo; en tal caso el infarto inflamatorio, es muy ligero ó muy circunscrito. Otras veces, aunque el estertor crepitante vaya haciéndose mas débil, no se restablece el ruido de expansion pulmonar; es decir, que se verifica el tránsito del primero al segundo grado, que hay mezcla de infarto y de hepatizacion. Pero aun en el caso de ser la hepatizacion considerable, rara vez deja de oirse todavía un poco de estertor crepitante. Entonces, la entrada del aire y la resonancia de la voz en los bronquios sufren modificaciones que se dan á conocer por nuevos signos, de los cuales hablaremos mas adelante. Cuando las porciones del pulmon hepatizado vuelven á ser permeables al aire, se conoce por la nueva aparicion del estertor crepitante, ó por su mayor intensidad si hubiese persistido. Hay una circunstancia que merece toda la atencion del práctico, y es que muy frecuentemente queda el ruido de expansion pulmonar mezclado con un poco de estertor crepitante, hasta mucho tiempo despues de haber desaparecido los otros signos de la neumonia. ¿Qué puede concluirse de este hecho? Que las porciones de pulmon que han padecido flegmasias, vuelven comunmente á su estado fisiológico con mayor lentitud de lo que hubiera podido creerse antes de la práctica de la auscultacion: de aqui la facilidad de las recaidas en la convalecencia de las inflamaciones pulmonares, y de aqui tambien las grandes precauciones que es necesario tomar, mientras persiste el estertor. Si se desprecian tales precauciones, podrá la enfermedad, que subsiste latente en su último periodo, pasar de nuevo, y cuando menos se piense, al estado agudo; ó bien, y es lo mas comun, se mantendrá una inflamacion crónica en el pulmon, y por poco

predispuesto que se halle el paciente dará lugar á una degeneracion tuberculosa. Dirijamos ahora nuestras miradas sobre algunas otras circunstancias notables de la presente observacion.

Los sudores no tuvieron ningun carácter crítico : se manifestaron desde el primer dia de la enfermedad , y persistieron hasta su declinacion. Sin embargo, pudieron favorecer la terminacion feliz de la neumonia. Esta terminacion se manifestó poco á poco , sin ir acompañada de ninguna crisis propiamente dicha.

El dolor pleurítico hubiera podido ser considerado, á causa de su sitio primitivo (el hombro), como un simple dolor reumático ; pero el escalofrio intenso que precedió á su aparicion indicaba ya su naturaleza. Por la falta ó la existencia del escalofrio al principio, trataba Stoll de distinguir en muchos casos, el reumatismo de las paredes torácicas con tos y fiebre, de la verdadera pleuresia. Pero lo que es de estrañar en un observador tan distinguido, es que haya dicho asimismo que del estado de la lengua podia sacarse tambien un carácter distintivo de dichas enfermedades. Segun él, se halla húmeda en el reumatismo, y *seca* en la inflamacion de la pleura ; pero nada es en verdad mas inexacto. Trasladado del hombro al pecho, presentó todavia el citado dolor, en el presente enfermo, una circunstancia insólita. En vez de manifestarse en un punto circunscrito, al nivel ó debajo de la tetilla, como es lo mas comun, se estendió á toda la parte lateral izquierda del torax. Seria á nuestro entender bastante difícil esplicar por qué no sucede otro tanto en el mayor número de casos; por qué una inflamacion general de la pleura no indica comunmente su existencia mas que por un *punto dolorido*. Lo que se observa como regla general parece que deberia constituir la escepcion, y vice-versa.

El delirio que se manifestó muchos dias seguidos, cedió con admirable presteza á beneficio de los revulsivos aplicados á las estremidades inferiores, en una época en que no parecia ya temible la reaccion. Además, este delirio no se presentó con carácter de gravedad, y si una de nuestras observaciones precedentes ha confirmado el aforismo de Hipócrates acerca del peligro en que pone el delirio cuando se manifiesta en la pulmonia, la observacion actual desmiente su constante exactitud. Sabido es que hay sugetos en quienes la mas ligera afeccion se complica con delirio : ¿ no pudiera haberse hallado nuestro enfermo en semejante caso ? Lo cierto es que el conjunto de su constitucion parecia anunciar una grande susceptibilidad del

sistema nervioso, susceptibilidad que pudiera muy bien haberse aumentado por el matrimonio que acababa de contraer.

#### XI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un sastre, de edad de 21 años, fue atacado de un simple coriza el 2 de marzo de 1824. El día siguiente, á las nueve de la mañana, sintió un dolor en el costado por cima de la tetilla derecha; en el resto del día persistió el dolor, y tuvo tos seca y disnea ligera: fiebre y sudor por la tarde y noche. El 4 de marzo guardó quietud y se puso á dieta, entrando en la Caridad al anocheecer del día 5. Su estado el 6 de marzo (cuarto día de la enfermedad, contando desde la aparición del dolor del costado) era el siguiente: sonido macizo al lado derecho y parte posterior, con corta diferencia en toda la extensión del lóbulo inferior. En esta misma parte, estertor crepitante débil sin mezcla de ruido de expansion pulmonar, y en todos los demas puntos ruido inspiratorio fuerte y claro; tos frecuente con espulsion de esputos herrumbrosos, reunidos en una masa gelatiniforme, que no se desprendia del vaso aunque se le volviese boca abajo. Dolor pleurítico, perceptible solamente cuando se verificaba la percusion; respiracion que parecia al enfermo poco fatigosa, aunque las inspiraciones eran cortas y aproximadas. Pulso frecuente y lleno, piel caliente y seca (no hubo sudor desde el 3 de marzo). Creimos que existiese ya hepatizacion del tejido pulmonar. (*Sangria de una libra.*) El resto del día fue bueno: por la noche durmió algo el enfermo, y transpiró ligeramente.

El quinto día solo se notaba al lado derecho un ligero estertor, sin ningun ruido de expansion pulmonar: el sonido era mas macizo que el anterior; cada vez que inspiraba el paciente iba acompañada la entrada del aire en los bronquios correspondientes á la parte del pulmon en que residia la flegmasia, de una especie de soplido enteramente diverso del ruido que resulta en el hombre sano, cuando entra el aire en las vesículas pulmonares. Parecia que habiendo venido estas á ser impermeables, la columna de aire, que no podia penetrar mas allá de los gruesos bronquios, vibraba con mayor fuerza contra sus paredes, resultando de aqui un ruido respiratorio bien distinto del que se oye en las porciones sanas de los pulmones. Ultimamente, en esta misma parte hepatizada tenia la voz del enfermo un carácter particular, que no era ni la pectoriloquia, ni ninguna de las variedades de la egofonia; *resonaba con mas fuerza que cuando existen dichos fenómenos* (1). Los demas sintomas no ofrecieron cambio notable. (*Sangria de doce onzas*). La sangre de ambas sangrias presentó costra inflamatoria.

El sexto día, suministraron iguales indicios la auscultacion y la percusion. La disnea era mas considerable, los esputos muy viscosos y espelidos con facilidad; pulso frecuente y débil; postracion. La mayor dificultad de la respiracion determinó á M. Lerminier, no obstante la pequeñez del pulso y el estado aparente de debilidad general, á prescribir una tercera sangria de ocho onzas. La sangre presentó costra como en las anteriores. Se aplicaron en seguida dos sinapismos á las piernas. El enfermo tomó en el discurso del día,

---

(1) Semejante fenómeno ha sido designado despues por Laennec bajo el nombre de *broncofonía*.

por cucharadas, un *jarabe* en que se habían suspendido cuatro granos de *hipocacua* y medio de *kermes*. *Tisana* de *violetas* y de *borraja*, y tres caldos. Nos separamos del enfermo, augurando muy mal de su estado. Por la noche, la piel, que excepto el primer día había permanecido seca ó presentado solo un ligero mador, se cubrió de un sudor abundante que persistía aun el día siguiente por la mañana.

El sétimo día se había verificado un cambio muy notable en el enfermo. Un estertor crepitante muy pronunciado, con mezcla del ruido de expansión pulmonar, había reemplado á la *respiración bronquial* que el día antes se percibía esclusivamente en toda la estension del lóbulo inferior del pulmón derecho. La resonancia particular de la voz en el mismo punto, había desaparecido. Los esputos habían perdido asimismo mucha parte de su color herrumbroso y de su viscosidad. La respiración era mas libre, la espresion de la cara mas natural, y el pulso menos frecuente y menos débil. El sudor continuó hasta la noche. (*Tisanas emolientes*, caldos.)

El octavo día se notaba el estertor crepitante mezclado con el ruido natural de la respiración, y había casi igual sonoridad en ambos lados del pecho. Los esputos eran simplemente catarrales; el pulso estaba medianamente frecuente, y la piel ofrecía un suave calor. Los días siguientes desapareció por completo el estertor crepitante, sucediéndole el ruido de expansión pulmonar; cesó la tos, y en una palabra, se logró la curación.

---

La hepatización del tejido pulmonar fué anunciada en este enfermo por signos inequívocos. Ya se advertía el día cuarto; pero entonces era incompleta en muchos puntos, ó de corta estension. El quinto era ya mas considerable. Hemos descrito cuidadosamente y tratado de esplicar los dos signos que indicaron este funesto progreso; á saber, la naturaleza particular del ruido respiratorio, y el retemblo de la voz. Para espresar con un término genérico la modificación que sufre el ruido respiratorio en los pulmones hepatizados, proponemos llamar á este ruido, modificado del modo que hemos espuesto, *respiración bronquial*, en oposicion del ruido respiratorio que se oye en el estado sano, y anuncia la libre entrada del aire en las vesículas pulmonares, al que desearíamos se denominase *respiración vesicular*. Por otra parte coincidieron dichos fenómenos con el sonido macizo y la grande viscosidad de los esputos. La dificultad de la respiración, no parecia hallarse al principio en relacion con la gravedad de la lesion pulmonar; pero pronto se hizo la disnea considerable, y desde entonces debió formarse un pronóstico algo triste, que confirmaban tambien el mal aspecto del semblante y el carácter del pulso. Sin embargo, en el espacio de veinte y cuatro horas, y al mismo tiempo que se manifestó un sudor muy abundante, cambió todo de aspecto; la inflamación, cuyos progresos no ha-

bian podido detenerse por un tratamiento antiflogístico muy enérgico, retrocedió con maravillosa rapidez del segundo al primer grado, y es de notar el poco tiempo que necesitó para resolverse completamente una flegmasia tan grave. Negar que en este caso los sudores críticos han terminado la neumonía, nos parece que sería negar la evidencia. Se hallan aquí todos los caracteres de una verdadera crisis: exasperación cada vez mayor de la enfermedad, después aparición súbita y espontánea de un movimiento fluxionario hacia la piel, y al mismo tiempo alivio muy notable de todos los síntomas. Este juicio repentino de la enfermedad es también uno de los caracteres propios de los fenómenos críticos. Sin duda hubiera podido terminarse igualmente la neumonía de un modo favorable, sin que hubiese sobrevenido ninguna crisis; pero esta terminación hubiera sido probablemente más lenta, y no hubiéramos visto en tal caso reducida á un simple infarto en cuarenta y ocho horas una hepaticación intensa del pulmón, ni disipado aquel infarto con tanta rapidez.

No dejemos de advertir la época de la crisis, la noche del sexto al séptimo día: ¿sería favorecida por el jarabe con la hipecahuana y el kermes que había tomado el enfermo el día anterior?

Ningún escalofrío precedió en este caso á la aparición del dolor del costado.

#### XII.ª OBSERVACION.

Un quinquillero, de edad de 32 años, al volver desde una aldea á París, en la noche del 28 de febrero, sintió un violento escalofrío; después entró en calor, y principió á toser durante la noche. Al siguiente día, 1.º de marzo, advirtió un dolor por encima de la tetilla derecha; se acostó, y tomó vino caliente con azúcar. Todo aquel día continuó la tos, pero sin esputos. El 2 de marzo no existía ya el dolor del costado. El 3 se hallaba bastante bien, y regresó á Gonesse. Pero al volver por la noche á París fué nuevamente acometido del dolor del costado, se manifestó fiebre, y tosió mucho toda la noche. Al anocheecer del día 4 entró en la Caridad, y se le sangró inmediatamente. Aquella noche sudó por primera vez. En la madrugada del 5 era la respiración corta y difícil; percutido el pecho, daba un sonido macizo en la parte posterior y derecha, en un espacio poco más ó menos de la misma extensión que los lóbulos medio é inferior; en esta misma parte se oía la *respiración bronquial*, y la voz resonaba de otra manera que en los demás puntos del torax. Los esputos eran sumamente herrumbrosos, y estaban reunidos en una masa gelatiniforme que no se desprendía de la escupidera, aunque se la volviese boca á bajo. Pulso frecuente y lleno; decúbito dorsal. Diagnóstico: *hepaticación roja* de la parte media del pulmón derecho (*sangría de doce onzas, tisanas emolientes*). La sangre de esta evacuación y de la anterior presentó gruesas costras inflamatorias. Sudor por la tarde y mucha parte de la noche.

El 6 (séimo día) igual estado (*sangría de doce onzas.*) La sangre tenía costra como en las dos primeras. Delirio por la tarde y sudor por la noche.

El octavo y noveno día, disnea menos considerable; esputos casi viscosos, pero menos herrumbrosos. Iguales indicios daban la auscultación y la percusión. Pulso frecuente y débil; delirio por la tarde. (*Veinticuatro sanguijuelas al lado derecho el octavo día, y dos vejigatorios á las piernas el noveno.*)

El día décimo había ocurrido un cambio notable en el estado de la respiración. Un estertor crepitante muy pronunciado se percibía al nivel del ángulo inferior del omoplato; algo mas abajo se oía aun la respiración bronquial; el sonido era menos macizo. En el lóbulo superior del pulmón derecho y en la totalidad del izquierdo se advertía con claridad el ruido inspiratorio, pero muy intenso. El enfermo no sentía opresión, y en efecto apenas se hallaba acelerada la respiración: tosía menos; los esputos no presentaban tanta viscosidad, y eran muy poco herrumbrosos. Toda la noche había sudado mucho: la lengua se hallaba blanquecina; sed y orinas abundantes. Por la tarde no tuvo delirio, siendo la primera vez que esto acontecía desde algunos días antes (*Tisanas emolientes.*)

El undécimo día eran ya los esputos simplemente catarrales; se oía el estertor crepitante en la parte posterior y derecha desde el ángulo inferior del omoplato hasta la parte inferior del pecho, y en el mismo sitio había menos sonoridad que en lo restante del torax; pulso apenas febril; no había sobrevenido sudor alguno.

La siguiente noche deliró todavía el enfermo. Sin embargo, en la mañana del duodécimo día se hallaba bien, y no tenía fiebre. Al lado derecho era mas débil el ruido de la respiración que al izquierdo, y de cuando en cuando se percibía mezclado con él un poco de estertor crepitante. El sonido era tan claro como en el lado izquierdo.

Del décimo tercio al décimo sexto día, volvió poco á poco á ser natural el ruido de la respiración. (*Poción gomosa con cuatro granos de kermes cada día; tisana de poligala.*)

El décimo sétimo día, se oía la respiración igualmente bien en todos los puntos del pecho, y no quedaba otro fenómeno morboso que una tos ligera con expectoración catarral, que persistió todavía por ocho días, al cabo de los cuales salió el enfermo del hospital perfectamente restablecido.

---

Ofrece la presente observación muchos puntos de analogía con la que precede. En ambas existían los mismos signos, á saber: el sonido macizo, la respiración bronquial, la resonancia particular de la voz, y la grande viscosidad de los esputos; los cuales anunciaron la hepatización roja del tejido pulmonar. Después, la desaparición de estos signos y la existencia del estertor crepitante indicaron el paso de la flegmasia del segundo al primer grado. A pesar de la intensidad de la lesión pulmonar, nunca fué la disnea muy considerable; ni siquiera se percibía en una época en que había aun algo de hepatización y mucho infarto. Desde la entrada del enfermo hasta el noveno día hubo su-

dores nocturnos; pero no produjeron alivio alguno notable. Los que sobrevinieron en la noche del noveno al décimo fueron mucho mas copiosos, y con su aparicion coincidió una mejoría manifiesta. En los siguientes dias cesaron ya los sudores. La resolucion completa se verificó con mayor lentitud que en el enfermo de la observacion XI: ¿por qué seria en este caso menos marcado el carácter critico de los sudores?

En el caso que nos ocupa, como en otros muchos de los precedentes, se observó á cada exacerbacion de la tarde un delirio, que continuaba todavía presentándose de un modo periódico cuando se efectuaba la resolucion de la neumonia, y habia cesado ya la calentura. No podemos dejar de repetir en este sitio lo que sobre el mismo objeto hemos dicho ya: que algunos individuos, en virtud de una especie de idiosincrasia inesplicable, no se hallan jamás enfermos sin que les sobrevenga delirio, el cual en semejantes circunstancias agrava poco el pronóstico. Sin embargo, siempre indica una escesa susceptibilidad del sistema nervioso, que constituye una disposicion particular á las afecciones del cerebro cuando los otros órganos padecen, y exige algunas indicaciones terapéuticas especiales.

El principio de la enfermedad presentó una particularidad que debe indicarse. No hubo primeramente mas que una simple pleuresia, que se dispó sin evacuaciones de sangre; entonces creyó el enfermo que se hallaba curado, pero á consecuencia de un nuevo viage apareció segunda vez el dolor del costado, y la flegmasia, limitada antes á la pleura, tardó poco en propagarse al parenquima pulmónar. El dolor pleurítico duró poco. La pulmonia quedó sola, y fué combätida por medio de abundantes sangrías, hasta que mas adelante, cuando no habia ya fiebre, y se estaba verificando la resolucion, se emplearon con ventaja el kermes y la raiz de polígala.

### XIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un soplador de vidrio, de edad de 18 años, llevaba ocho dias padeciendo de un ligero reumatismo, cuando el 18 de mayo de 1824 al anochecer se espuso á un frio húmedo. Aquella noche misma sintió un escalofrio seguido de intenso calor, y fué acometido de un dolor en el lado derecho del torax. Al siguiente dia por la mañana le sobrevinieron vómitos biliosos, y tos frecuente con expectoracion sin carácter alguno. Los siguientes dias continuó del mismo modo, hasta que el 13 de junio entró en la Caridad. El 14 se hallaba en el estado siguiente:

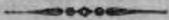
Respiracion precipitada; esputos mucosos y herrumbrosos; dolor ligero por debajo de la tetilla derecha; sonido macizo en el lado derecho y parte anterior, desde la clavícula hasta la tetilla, y posteriormente en la misma es-

tension; respiracion bronquial y resonancia particular de la voz debajo de la axila derecha, y al nivel de la espina del omoplato del mismo lado. Diagnóstico: *hepatizacion del lóbulo superior del pulmon derecho*. Pulso frecuente y pequeño; lengua un poco rubicunda; sensibilidad en el epigástrico. (*Sangría de una libra, tisanas emolientes, dieta.*)

El 15 y el 16 ningun cambio notable ocurrió por parte del pecho. La lengua perdió su rubicundez, y se presentó una ligera diarrea. (*Segunda sangría.*)

El 17 era menos macizo el sonido, y la respiracion bronquial menos evidente: habia desaparecido la resonancia de la voz; el estertor crepitante subsistia en algunos puntos; la respiracion era mas libre, y los esputos menos herrumbrosos y menos viscosos.

Durante los cinco ó seis dias siguientes se restableció poco á poco el ruido natural de expansion pulmonar en los diversos puntos del lóbulo superior del pulmon derecho; el sonido macizo dejó de percibirse; los esputos volvieron á recobrar el aspecto de los del catarro, y el enfermo tardó poco en empezar á convalecer.



La presente historia ofrece, respecto á los síntomas, un caso análogo al de la observacion XII. En el enfermo que nos ocupa solo residia la inflamacion en el lóbulo superior del pulmon. El sitio donde se oia la respiracion bronquial y la resonancia de la voz, no deja duda alguna acerca de su causa. No se les pudo atribuir á un derrame.

#### XIV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un prensista de grabados, de edad de 52 años, de una constitucion débil y catarral, fue acometido hallándose ocupado en su trabajo, de un violento escalofrío, y despues sintió un dolor pungitivo al nivel de la tetilla izquierda. Los tres dias siguientes persistió el dolor, tuvo tos, y sobrevinieron fiebre y opresion: se le aplicaron sanguijuelas al ano. Cuando le vimos por primera vez (al cuarto dia de la enfermedad) se hallaba echado sobre el dorso, tenia la cara pálida, las facciones abatidas, grande ansiedad general, y la respiracion corta y acelerada. El dolor del costado era ya muy ligero. Espectoraba, despues de grandes y repétidos esfuerzos de tos, una escesiva cantidad de materiales viscosos, transparentes, herrumbrosos, que todavía podían desprenderse de la escupidera. Percutido el pecho daba un sonido macizo por delante y al lado derecho desde la clavícula hasta la tetilla, y por la parte posterior del mismo lado en la fosa supraspina del omoplato. Se oia en los mismos puntos un estertor crepitante débil, sin mezcla de ningun ruido de expansion pulmonar (paso del primero al segundo grado). El pulso era frecuente y desenvuelto; la piel se hallaba caliente y seca. (*Veinticuatro sanguijuelas en el lado derecho, sangría de diez y seis onzas, tisanas emolientes.*)

El siguiente dia 3 de mayo, quinto de la enfermedad, apareció un dolor vivo inmediatamente debajo de la clavícula derecha, el cual se aumentaba por la presion y la percusion; el enfermo se hallaba cubierto de sudor. Desde

la invasion de la neumonia habia sudado de la misma manera todas las noches. La sangre sacada el dia antes habia formado un coágulo pequeño, cubierto de una costra espesa y rodeado de una serosidad abundante (*Sangria de diez y seis onzas*).

El sexto y sétimo dia era menos difícil la respiracion, el dolor sub-clavicular habia desaparecido, y los esputos se aproximaban á los de la bronquitis aguda. El pulso se hizo menos frecuente, y mas templado el calor de la piel. Algunos sudores se presentaban de noche; mas sin embargo el sonido permanecia macizo, y el ruido natural de la respiracion no se restablecia. (*Dos vejigatorios á las piernas, looc con kermes, tisana de violetas, tres caldos.*)

Los dias siguientes era mas ligera la opresion, la tos con expectoracion puramente catarral, el pulso un poco frecuente, y no habia calor en la piel. Estos sintomas anunciaban el paso de la pulmonia al estado crónico. Y realmente el sonido no se hacia mas claro debajo de la clavícula derecha; en el mismo sitio habia remplazado al ruido de expansion pulmonar una especie de ruido de fuelle muy pronunciado (respiracion bronquial), y era tal la resonancia de la voz que simulaba á la pectoriloquia. Muchos creyeron en efecto que se habian reblandecido algunos tubérculos durante la neumonia, y que se habia formado una caverna en el vértice del pulmon derecho. El estado del enfermo siguió de esta manera estacionario durante quince dias, al cabo de los cuales principiaron á ser menos perceptibles el ruido de fuelle y la resonancia de la voz, empezando al mismo tiempo á percibirse debajo de la clavícula derecha y en la fosa supraspina el ruido de expansion pulmonar, sin mezcla de estertor crepitante. A fines de mayo era ya el ruido inspiratorio tan fuerte y claro en los puntos afectos como en los demas del torax, y habia desaparecido completamente toda apariencia de pectoriloquia. La tos, la opresion y los restantes sintomas morbosos, cesaron asimismo gradualmente, y la salud era perfecta á principios del mes de abril.

---

Encontramos aqui el doble fenómeno de la respiracion bronquial y la resonancia de la voz, mucho mas notables que en ninguna de las precedentes observaciones. La hepatizacion completa del pulmon derecho, que habia pasado al estado crónico, da suficiente razon de este hecho. No admitimos que en el presente caso se haya formado una escavacion tuberculosa, y cicatrizándose despues por qué entonces ¿no se hubiera hallado en los esputos materia de los tubérculos? ¿No se hubiera debido oír en cierta época un fuerte gorgoteo en lugar del ruido de fuelle? Por otra parte ¿hubiera sido la curacion tan pronta y tan facil? Lo que hubo de notable fue que no se manifestó estertor crepitante cuando la resolucion principiό á efectuarse; solo se percibió el ruido de expansion pulmonar, que, débil al principio, fue aumentando de intensidad poco á poco. Los esputos, como sucede comunmente, dejaron de ser característicos desde que la neumonia pasó al estado crónico.

## XV. OBSERVACION.

Un carpintero, de edad de 33 años, que habitualmente gozaba de buena salud, se espuso largo rato á una corriente de aire, hallándose sudando, el día 16 de marzo. Al anochecer sintió un fuerte escalofrío; despues sudó por la noche, y tomó vino caliente. El 17 tos frecuente y húmeda. El 18, tercer día de enfermedad, dolor lijero por debajo de la tetilla derecha (*emético*). El cuarto día estaban los esputos lijeramente teñidos de sangre. Sin embargo, el enfermo no hizo cama, y anduvo á pie largo trecho para ir á consultar con un médico que le aconsejó se aplicase doce sanguijuelas al lado derecho. Esta aplicacion no tuvo efecto, y entró en la Caridad al principio de la noche del sexto día. Se le sangró, y en la mañana del sétimo se presentaba en el estado siguiente:

Cara rubicunda y abatida; decúbito dorsal; respiracion precipitada; palabra anhelosa; fuerte opresion y dolor por la percusion debajo de la tetilla derecha; tos frecuente, con expectoracion de materiales abundantes, herrumbrosos, reunidos en una masa gelatiniforme pegada al vaso; sonido macizo en el lado derecho, y próximamente en toda la estension que ocupa el lóbulo inferior; en la parte posterior de este mismo lóbulo, al nivel del ángulo inferior del omoplato, respiracion bronquial y resonancia particular de la voz; estertor mucoso por delante en ambos lados; en todos los demas puntos respiracion muy fuerte y clara; pulso frecuente y duro; sudores por la noche; lengua un poco seca; vientre flexible, y constipacion.

Evidentemente se hallaba hepatizado el lóbulo inferior del pulmon derecho. La dificultad estrema de la respiracion, y la época ya adelantada de la enfermedad, hacian muy fatal el pronóstico. Se practicaron dos sangrias de doce onzas con una hora de intervalo. La sangre de la primera, así como la sacada el día antes, presentó un pequeño coágulo en forma de seta, rodeado de una serosidad abundante, y cubierto de costra inflamatoria. La de la segunda, practicada como la precedente, presentaba un coágulo mas estenso y mas blando, sin costra y rodeado de menos serosidad. Despues de medio día se aplicaron dos vejigatorios á las piernas. (*Tisanas emolientes, lavativas laxantes*).

Sudor por la tarde y noche. En la madrugada del octavo día, mayor tranquilidad, opresion menor, dolor pleurítico apenas perceptible, y el mismo aspecto de los esputos. En la parte posterior del lado derecho habia sido reemplazado el ruido de fuelle (respiracion bronquial) que se oyó el día antes, por un estertor crepitante muy fuerte: sonido menos macizo. La neumonia parecia pasar del segundo al primer grado. El pulso siempre era frecuente, pero mas blando; la piel ofrecia un calor suave; la lengua estaba mas húmeda, y habia perdido su rubicundez (*vejigatorio al lado derecho, sinapismos por la noche á las piernas, quince granos de hepcacuana en tres dosis, looc con dos granos de kermes*). El enfermo vomitó una vez, no hizo del vientre, y sudó toda la noche.

El noveno día se felicitaba por el grande alivio que habia experimentado durante las últimas cuarenta y ocho horas. La respiracion, aunque todavia un poco elevada y acelerada, lo era infinitamente menos que los días anteriores; el enfermo no sentia opresion, y hablaba con libertad. Los esputos eran ya como los del catarro simple. Percutido el pecho resonaba bien en todos sus puntos. En la parte posterior y derecha se per-

cibia el ruido de la respiracion de un modo natural, aunque mezclado de cuando en cuando con algo de estertor crepitante; el pulso era medianamente frecuente, y la piel estaba uadorosa (*las mismas bebidas*). Sudores abundantes todo el dia.

El décimo era mas difícil la respiracion; los esputos habian vuelto á hacerse viscosos, y el pulso estaba sumamente frecuente. Al lado derecho y parte posterior, oscurecia en algun modo el estertor crepitante, mucho mas notable que el dia antes, al ruido de expansion pulmonar; es decir que habia exacerbacion de la flegmasia, que el dia antes estaba al parecer casi enteramente resuelta. (*Sangría de ocho onzas, dos sinapismos por la tarde, tisana de violetas, looc simple*). La sangre presentó un estenso coágulo cubierto de una costra delgada.

El undécimo dia habian desaparecido los síntomas de exacerbacion, y se hallaba el enfermo en igual estado que el noveno. Doce granos de mercurio dulce administrados para vencer la constipacion, no produjeron mas que una sola cámara: sudor por la tarde.

El dia duodécimo, reaparicion de la disnea, de los esputos herrumbrosos y del estertor crepitante; fiebre. (*Quince sanguijuelas al ano, bebidas emolientes*).

El décimo tercio y décimo cuarto, nuevo alivio, respiracion libre; estertor crepitante apenas perceptible; esputos catarrales; pulso medianamente frecuente; sudores por la noche.

El décimo quinto dia, nueva exacerbacion anunciada por un lijero color herrumbroso de los esputos; opresion y aumento de la frecuencia del pulso (*doce sanguijuelas al ano*). A la mañana siguiente ya no existian semejantes síntomas, y desde entonces ninguna recaída turbó la convalecencia, saliendo el enfermo doce dias despues completamente restablecido.

---

Es principalmente notable esta observacion: 1.º por la rapidez con que se efectuó hácia el sétimo dia la resolucion de la hepaticacion: 2.º por la frecuencia de las recaídas que sobrevinieron durante la convalecencia. Cada una de estas recaídas consistió únicamente en un lijero retroceso al primer grado de la flegmasia, y siempre las hicieron abortar las pequeñas evacuaciones de sangre en relacion con la corta intensidad de los síntomas.

Cuando el enfermo entró en la Caridad, se hallaba ya en el sétimo dia de su neumonia, y no obstante ser época tan adelantada se le hicieron tres largas sangrias casi seguidas, aplicándole pocas horas despues vejigatorios á las piernas. Bajo la influencia de esta medicacion enérgica fué reemplazada la hepaticacion pulmonar, al cabo de veinte y cuatro horas, por un simple infarto. Entonces, renunciando al tratamiento antillogístico, se recurrió al perturbador, y desde el dia siguiente llegó á ser casi tan libre como en el estado fisiológico la entrada del aire en las vesículas pulmonares.

## XVI. OBSERVACION.

Un moledor de yeso, de edad de 26 años, que tenia una grande deviancion lateral de la columna vertebral, y era naturalmente corto de aliento, fué acometido de un violento escalofrio durante la noche del 31 de diciembre al 1.º de enero de 1823; despues tuvo calor, sintió un dolor vivo al nivel y parte exterior de la tetilla derecha, y tosió sin arrojar esputos. Tomó vino caliente. Por último entró en la Caridad el 3 de enero, y se le hizo una sangría.

Estado en que se hallaba el día 4: cara pálida; alteracion de las facciones y dilatacion de las ventanas de la nariz á cada movimiento inspiratorio; decubito dorsal, imposible sobre el lado derecho; dolor vivo al nivel y lado esterno de la tetilla derecha, que se aumentaba por la presion intercostal, la inspiracion y la tos; respiracion acelerada y anhelosa; palabra breve y entrecortada; tos frecuente; esputos viscosos, herrumbrosos, transparentes, que no se desprendian del vaso; sonido macizo al lado derecho, hácia atrás y lateralmente, desde el nivel del ángulo inferior del omoplato hasta la base del torax; en la misma region estertor crepitante, débil, sin ruido de expansion pulmonar (mezcla de infarto y de hepatizacion). Pulso frecuente y lleno, piel caliente y seca, lengua un poco rubicunda, sed y constipacion (*treinta sanguijuelas al lado derecho, sangria de doce onzas, lavativas de malvasisco con sen y sulfato de sosa, de cada cosa una onza, bebidas emolientes*). La sangre se cubrió de una costra inflamatoria muy espesa.

El quinto día era menor la opresion; sin embargo, todavía nos pareció la respiracion corta y frecuente; los esputos aunque igualmente viscosos, no ofrecian tanto color de herrumbre. Por la noche sobrevino sudor, que se trató de favorecer con *doce granos de polvos de Dover en dos dosis. Sangria de ocho onzas*. Al anocheecer hubo recargo muy notable, durante el cual se aumentó estraordinariamente la disnea. Sudor lijero por la noche.

En la mañana del sexto día se hallaba el enfermo en igual estado que el anterior (*dos sinapismos á las piernas*). No sudó por la noche.

El sétimo día se habia empeorado notablemente. La respiracion era muy difícil; los esputos viscosos y de un color rojo intenso; el sonido muy macizo en toda la parte inferior y derecha del torax. En esta misma parte no se oia ni estertor ni respiracion bronquial ó vesicular. En el lóbulo superior derecho y en todo el pulmon izquierdo ofrecia el ruido respiratorio una intensidad notable. El pulso era muy frecuente y duro. No podia dudarse, en vista de estos sintomas, que existia una hepatizacion muy graduada de gran parte del pulmon derecho, y por consiguiente debia ser reservado el pronóstico. (*Sangria de doce onzas, dos vejigatorios á las piernas*). La sangre se cubrió de una costra inflamatoria espesa. Nada de sudor.

El octavo día persistencia de los sintomas del anterior; pero ademas palidez y alteracion de la cara, ojos empañados, pulso débil. (*Ocho sanguijuelas al ano, sinapismos á las piernas, dos tazas de cocimiento de poligala, tisana de violetas*).

El noveno día igual estado. (*Estenso vejigatorio sobre el costado derecho, las mismas bebidas*).

El décimo día mejoría evidente, siu que sobreviniese sudor alguno; respiracion mucho mas libre; esputos menos herrumbrosos y viscosos; aparicion

del estertor crepitante en muchos puntos del lóbulo inferior del pulmon de recho.

El undécimo día era mas notable el alivio; la pronunciación libre; la respiración, bastante natural cuando el enfermo estaba echado de espaldas, se precipitaba de un modo visible cuando probaba à sentarse; los esputos poco viscosos habian perdido su color herrumbroso. Se oia en el costado derecho, posterior y lateralmente, un estertor crepitante muy fuerte; el sonido era menos macizo; el pulso menos frecuente; apareció un ligero sudor, y el semblante se reanimó. Indudablemente la neumonia pasaba del segundo al primer grado. (*Tisana de violeta, cocimiento de poligala gomado, pocion gomosa con adición de una onza de jarabe de hipecacuana, ocho granos de polvos de Dover, dos sinapismos por la tarde*).

El duodécimo día, sudores abundantes: en todo lo demas igual estado.

El décimo tercio día, estertor crepitante muy fuerte en el pulmon derecho; sonoridad siempre menor en este lado; respiración natural cuando el enfermo permanecia inmóvil; fatiga notable cuando se movia; ligero sudor; pulso poco frecuente. (*Cuatro granos de kermes en la pocion gomosa, en vez del jarabe de hipecacuana.*)

El décimo cuarto, diarrea. (*Supresion del kermes y de los polvos de Dover.*)

Los días siguientes dejó poco à poco de oirse el estertor crepitante; la respiración volvió à su estado natural; la sonoridad de las paredes torácicas se hizo igual en ambos lados; el pulso perdió enteramente su frecuencia; vino el apetito; se restablecieron las fuerzas, y el enfermo dejó el hospital en los primeros días del mes de febrero.

---

Cuando este enfermo entró en el hospital, el sonido macizo, la debilidad del estertor que se percibia, y al mismo tiempo la falta de todo ruido de expansion pulmonar y la grande viscosidad de los esputos, anunciaban evidentemente una inflamación en el segundo grado. La terrible disnea que se notaba, hacia muy triste el pronóstico. Los dos días siguientes, à pesar de las sangrías practicadas, pareció que la hepaticación seguia estacionaria, aunque disminuyó la opresion. Esta disminucion de la disnea, sin alivio correspondiente en la flegmasia, pareció ser un efecto mecánico de las depleciones sanguineas. De esta manera es cómo, en los casos de aneurisma del corazon, disminuye la opresion una abundante sangría, aunque no cambie el estado orgánico.

El sétimo día dejó de oirse el estertor crepitante muy débil que se notaba en el lado derecho del pecho, sin que le reemplazase el ruido de expansion pulmonar; pero tambien dejamos de percibir la respiración bronquial; de manera que cuando el oido se aplicaba al pecho, solo sentíamos elevarse las paredes torácicas sin advertir ningun ruido. Esto prueba que la *respiración bronquial*, que en los casos precedentes acompañaba siempre à

la hepatización, no es un síntoma necesario; pues suele faltar, bien sea en razón del grado de hepatización, bien según la relación de los gruesos bronquios con el punto hepatizado (1). Mientras hubo una fuerte reacción se practicaron abundantes sangrías; después solo se echó mano de las sanguijuelas, se insistió principalmente en los revulsivos, y se dieron bebidas ligeramente tónicas (*cocimiento de polígala*.) A la aplicación de un estenso vegigatorio sobre el costado enfermo siguió inmediatamente una mejoría muy notable; pero tan ventajosa como fué dicha aplicación, hubiera sido nociva si se hubiese hecho en época menos adelantada de la neumonía. Continuó oyéndose el estertor crepitante mucho tiempo después de haber desaparecido los otros síntomas morbosos; la flegmasia pulmonar no se hallaba aun completamente resuelta. Insistimos con frecuencia sobre este punto porque le reputamos como de la más alta importancia. Mientras persistió el estertor no podía levantarse el enfermo sin experimentar considerable disnea, á pesar de que al parecer estaba libre la respiración cuando permanecía acostado é inmóvil. Por esta notable diferencia de la libertad con que se hace la respiración cuando un sujeto está en quietud ó en movimiento, descubria principalmente Stoll la existencia de las neumonías latentes, cuyo diagnóstico debía ser tan oscuro en una época en que aun no se practicaba la percusión, ni era la auscultación conocida.

#### XVIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un portero, de edad de 53 años, que habia pasado en su habitación todo el día 17 de diciembre, sintió de pronto al anochecer un vivo dolor en la parte anterior y derecha del pecho, desde la tercera hasta la sétima ú octava costilla. Este dolor se aumentaba cruelmente á cada movimiento inspiratorio, y persistió toda la noche. El 17 y el 18 le aplicaron bayetas calientes y cataplasmas emolientes; pero el dolor no disminuyó. Tosía con frecuencia sin arrojar esputos. El 19 sintió por primera vez, después del medio día, un escalofrío violento que fué seguido de un calor fuerte sin sudor. El 20 habia disminuido el dolor, y la tos era frecuente y seca. El 21 iguales síntomas. El 22 esputos sanguinolentos. Este día entró en la Caridad, y el 23 se hallaba en el estado siguiente:

Cara pálida; movimientos libres; decúbito únicamente posible sobre el dorso, ó el lado derecho; tos casi continua; esputos reunidos en una masa transparente y amarillenta, que se desprendían de la escupidera cuando esta se inclinaba. Dolor que se percibía tan solo al tiempo de toser, y de ejecutar

---

(1) Cuanto mayor es el número de neumonías que vamos observando, tanto más nos convencemos de que la respiración bronquial es un fenómeno que falta rara vez en los casos de hepatización pulmonar.

grandes inspiraciones. El enfermo no advertía que su respiración fuese difícil, á pesar de que era corta y frecuente. La percusión dió á conocer una sonoridad algo menor de lo natural en la estension de tres ó cuatro traveses de dedo por debajo de la clavícula derecha. En esta misma estension se oía el estertor crepitante, y en los demas puntos era la respiración clara y fuerte. Pulso frecuente y bastante lleno, sed, anorexia, vientre indolente, constipación.

Atendiendo al conjunto de dichos síntomas, no podía desconocerse la existencia de una inflamación del vértice del pulmón derecho, con flegmasia de la pleura correspondiente. La pleuresia parecía haber existido sola los dos dias primeros, y no haberse complicado con la neumonia hasta la tarde del tercero cuando sobrevino el frío. Además parecía tambien que se hallaba esta neumonia en el tránsito del primero al segundo grado (*sangría de diez y seis onzas, bebidas y lavativas emolientes.*) La sangre presentó una costra espesa con los bordes doblados hácia arriba.

El siguiente dia 24 habia desaparecido completamente el dolor. Los movimientos inspiratorios no se sucedían con tanta frecuencia; la tos era mas rara; los esputos habían perdido el color herrumbroso, y apenas ofrecían viscosidad. La percusión y la auscultación daban las mismas señales. Sin embargo, el semblante del enfermo espresaba el abatimiento; el pulso era frecuente y débil, y estaba la piel poco caliente. (*Dos vejigatorios á las piernas.*)

El 25 reaparición de una fuerte disnea, esputos herrumbrosos y viscosos, sonido muy macizo debajo de la clavícula derecha, estertor mucoso en el mismo punto. La inflamación habia adquirido evidentemente un nuevo grado de actividad; el sonido muy macizo indicaba la hepatización; el estertor mucoso, resultado de la acumulacion de una grande cantidad de mucosidades en los bronquios, se oponía á que por la auscultación se reconociese el estado del parenquima pulmonar (*sangría de ocho onzas*). La sangre se presentó con tanta costra como en la primera evacuación.

El 26 respiración mas libre, esputos menos herrumbrosos y menos viscosos, sonido igualmente macizo, persistencia del estertor mucoso, pulso medianamente frecuente, sudor. (*Tisanas emolientes.*)

El 27 y 28 mejoría cada vez mas notable, sudor.

El 29 esputos propios del catarro simple; sonido todavia algo macizo debajo de la clavícula derecha, en cuyo punto no se oía mas que el estertor mucoso. El pulso apenas era febril. El enfermo no sentía ninguna opresión, y sin embargo no podia aun ejecutar inspiraciones profundas, y se ponía anheloso cuando verificaba algun movimiento. (*Crecimiento de raíz de poligala, que se continuó usando los dias siguientes.*)

Hasta el 5 de enero fué restableciéndose la sonoridad del pecho, y al estertor mucoso sucedió poco á poco el ruido natural de la respiración, segun que los esputos se fueron arrojando en menor cantidad. Volvió el enfermo á poder efectuar inspiraciones profundas, cesó la tos, y el 10 de enero se hallaba la salud perfectamente restablecida.

---

Ya hemos hecho resaltar en esta observación las circunstancias mas notables. Difiere de las anteriores en que la auscultación solo prestó un auxilio muy secundario para indicar el es-

tado del parenquima pulmonar. Es cierto que se oia al principio el estertor crepitante; pero despues de la recaida del 25 la mezcla del aire con abundantes mucosidades en los bronquios del lóbulo superior del pulmon derecho dió lugar á un estertor que ocultaba todos los demas ruidos: esta circunstancia no deja de observarse con frecuencia, y muchas veces nos ha impedido aprovecharnos de la auscultacion para establecer el diagnóstico de la pulmonía. Antes del 25 pareció predominar mucho el infarto inflamatorio sobre la hepaticacion, y esta, al contrario, fué mucho mas pronunciada desde el 25 al 28, como lo prueba el sonido macizo que se advirtió. Tambien en el presente caso precedió la desaparicion de los diferentes síntomas racionales de la neumonia á la de la hepaticacion: era de creer que aun existia la última en un alto grado cuando ya no habia fiebre, ni espantos característicos, ni disnea sensible en el estado de quietud y en las inspiraciones ordinarias.

Las dos evacuaciones sanguíneas, y principalmente la segunda, fueron practicadas en una época muy adelantada de la enfermedad. No hace mucho tiempo que servia de regla á los prácticos la antigüedad mas ó menos considerable de la flegmasia pulmonar para el uso de las sangrias. Pringle, que sin contradiccion es una grande autoridad médica, habia establecido como principio general que, en la neumonia, es necesario abstenerse de sangrar despues del quinto dia. La observancia de este precepto ha debido hacer numerosas víctimas, y hubiera tal vez causado la muerte del enfermo que nos ocupa. Stoll ha sido uno de los que primero han probado, que para practicar la sangría en las flegmasias pulmonares debe atenderse menos á la época de la enfermedad que á la naturaleza de los síntomas, y sobre todo al estado de la respiracion. Una fuerte disnea reclama una evacuacion sanguínea mucho mas imperiosamente que la contraindica la debilidad del pulso. En efecto, ¿cuántas veces vemos que el pulso, pequeño y miserable antes de la sangría, se eleva de pronto, y toma fuerza cuando á consecuencia de una larga evacuacion de sangre adquiere mayor libertad la respiracion? Con frecuencia sucede asimismo que, despues de una copiosa evacuacion de sangre, se cubre la piel, que hasta entonces se habia hallado seca, de un sudor abundante y saludable. A pesar de esto, por grandes que sean en la pulmonía las ventajas de las sangrias repetidas y copiosas, conviene no olvidar que el tratamiento antilogístico, llevado muy adelante y continuado por mucho tiempo, puede ocasionar graves inconvenientes. Cuando tiene tendencia la inflamacion á pasar al estado crónico, favorecen singularmente la resolucion los revulsivos á la

piel y los ligeros estimulantes usados al interior, según lo comprueban muchas de las anteriores observaciones.

#### XVIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Una mujer, de edad de 54 años, hacia cerca de seis semanas que habia contraído una bronquitis ligera. A mediados de enero se hizo la tos mas frecuente y penosa. En la mañana del 18 sintió dolor vivo por debajo del pecho derecho, opresion, tos casi continua y seca, sensacion de calor quemante sin escalofrio anterior. El 19 y el 20 igual estado; la enferma tomó vino caliente con azúcar y canela. El 21 disminucion del dolor y un poco de sangre en los esputos. El 22 opresion cada vez mas grande; vómito del vino caliente, al cual renunció la enferma. Habiendo entrado en la Caridad al principio de la noche del 23, fué sangrada inmediatamente: la sangre presentó costra inflamatoria. El 24 (sésto dia, contando desde la aparicion del dolor) presentó el estado siguiente:

Movimientos inspiratorios cortos y muy aproximados; palabra anhelosa y tos poco frecuente; esputos herrumbrosos, reunidos en una masa gelatiniforme y transparente, que se adhería con fuerza al vaso; sonido macizo al lado derecho y parte anterior, desde la clavícula hasta el nivel de la mama, y por detras en las fosas supra é infraspinas. Aplicado el oído por debajo de la clavícula derecha, se advertía un estertor crepitante, débil, sin ruido de expansion pulmonar; y por detras y debajo de la axila se percibia la respiracion bronquial: en las demas partes ruido muy fuerte de expansion pulmonar, con mezcla en muchos puntos de los estertores mucoso y sibilante (estertores bronquiales). Habia asimismo dolor pleurítico, que solo se sentía por la percusion, la presion intercostal y la tos; pulso frecuente y débil, piel caliente, constantemente seca; lengua tambien seca y algo roja; vientre indolente y blando; diarrea ligera; cara amarillenta y abatida; decúbito sobre el dorso. A pesar de la época adelantada de la enfermedad y de la debilidad del pulso, M. Lermnier prescribió una sangria de doce onzas. Inmediatamente despues de efectuada hizo aplicar dos vejigatorios á las piernas.

El sétimo dia, era la disnea mayor aun que el anterior; por lo demas igual estado. (*Sangria de ocho onzas, sinapismos por la tarde.*)

El octavo dia, la dificultad de la respiracion era estrema; la enferma no expectoraba ya. Se oía en toda la estension del pecho un estertor mucoso, resultado de la acumulacion de los materiales de los esputos en los bronquios; el pulso, muy frecuente, se deprimia con extraordinaria facilidad; disminucion del calor de la piel. (*Vejigatorio sobre la parte anterior del torax; cocimiento de poligala, loco con dos granos de kermes.*)

El noveno dia, estertor traqueal, alteracion profunda de las facciones, pulso muy débil é intermitente, estremidades frias, lengua roja y seca. Muerte la noche inmediata.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja del lóbulo superior del pulmon derecho; su tejido, muy facil de desgarrar y como granuloso, se precipitaba al fondo del agua. Las otras partes del parenquima pulmonar presentaban una ingurgitacion sero-sanguinolenta, que parecia haberse formado durante la agonía. Los bron-

quios estaban, en lo general, rojos y llenos de líquido. Algunas concreciones albuminosas membraniformes cubrían las pleuras pulmonar y costal, pero todavía no habían contraído ninguna adherencia. El corazón contenía una sangre negra y coagulada en parte. La mucosa gástrica presentaba en el fondo del estómago una inyección viva, con ligero reblandecimiento de su tejido. El remate del intestino delgado y el ciego estaban igualmente inyectados.

---

La abertura del cadáver no dejó en este caso la menor duda acerca de la correlación que en las observaciones precedentes hemos establecido entre el estado del pulmón y los signos que suministran la auscultación, la percusión y los esputos. Los signos emanados de la auscultación, eran muy característicos la primera vez que vimos á la enferma, y los días siguientes no tuvieron ya valor á causa del estertor de los bronquios, que no permitió distinguirlos. Cuando la paciente entró en la Caridad, se hallaba, á no dudarlo, en un estado muy peligroso; sin embargo no nos pareció afectada con mas gravedad que muchos de los precedentes enfermos, cuya completa curación se obtuvo. Se practicaron sangrias, hallándose la enfermedad tan avanzada como en los anteriores casos, y pareciendo ser idéntico el estado del pulmón, é igualmente grande la debilidad del pulso; mas sin embargo en aquellos retrocedió la inflamación, se desarrolló el pulso, y se elevaron las fuerzas; mientras que por el contrario, en la presente observación fueron infructuosas las sangrias, y no produjeron ninguna ventaja los vejigatorios ni los estimulantes internos. ¿Por qué habiendo sido idénticas las condiciones, y hallándose la enferma sometida al mismo modo de tratamiento, no logró igualmente recobrar su salud? Cuestión es esta que carece de solución en el estado actual de la ciencia. Repetimos aquí con Hipócrates: *In acutis morbis non omnino tutæ sunt predictiones, neque mortis, neque sanitatis.*

Hallamos aquí, por la primera vez, un ejemplo de supresión de los esputos, circunstancia por lo común muy peligrosa, é indicio casi constante de una terminación fatal. La materia acumulada en los bronquios produce muy facilmente la asfixia, cuando una parte mas ó menos estensa del parenquima pulmonar es ya impermeable al aire.

#### XIX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un aguador, de edad de 58 años, entró el 9 de marzo en la Caridad, haciendo ya tres días que sentía un dolor vivo debajo de la tetilla izquierda; respiraba difícilmente, y tosía sin arrojar esputos. Cuando le vimos por pri-

mera vez (el 9 de marzo) se oía un fuerte estertor crepitante casi en toda la estension del lóbulo inferior del pulmon izquierdo, y en la misma parte resonaba el pecho, cuando se le percutia, menos que en el lado derecho. Atormentado el enfermo por la necesidad de toser, no se atrevia á haerlo temeroso de aumentar su dolor. Los esputos, viscosos y trasparentes, no contenian aun mas que algunas estrias de sangre; la disnea era poco considerable, el pulso frecuente y lleno, la piel se hallaba caliente y seca, y la lengua blanquecina; habia sed. (*Veinte sanguijuelas al lado izquierdo. Sangría de diez y seis onzas. Tisanas emolientes*). La sangre, que salió de la vena rastreando, no presentó costra inflamatoria.

El 10 (cuarto dia) aumento de la disnea; esputos mas herrumbrosos y mas viscosos, estertor crepitante débil, sin mezcla de ningun ruido de expansion pulmonar en toda la estension del lóbulo inferior del pulmon izquierdo; estertor crepitante, poco intenso, que algunos momentos se mezclaba con el ruido natural de la respiracion en el lóbulo superior de este mismo lado; sonido completamente macizo, desde el ángulo inferior del omoplato izquierdo hasta la base del torax. De esta manera pasó la inflamacion al segundo grado en el lóbulo inferior, mientras que principiaba en algunos puntos del superior á presentar el primero. Todavía tenia el enfermo mucha fuerza; y Mr. Lermiuier prescribió dos sangrias, una inmediatamente de veinte onzas, y la otra por la tarde de doce. Ambas se hicieron con grande cisura, y presentó la sangre una costra inflamatoria espesa.

El quinto dia igual estado (*tisanas emolientes*). El sexto, disnea estrema, esputos muy viscosos y de un color rojo vivo, respiracion bronquial y resonancia particular de la voz (*broncofonia*) al nivel del ángulo inferior del omoplato izquierdo; sonido muy macizo en el mismo punto. En la parte anterior de este lado, desde la clavícula hasta la tetilla, lateralmente en el hueco de la axila y hácia atras inmediatamente por cima y debajo de la espina del omoplato, estertor crepitante bastante fuerte, con escasa mezcla de ruido de expansion pulmonar. El pulso conservaba aun bastante fuerza, y la piel permanecia seca. Todavía se hallaba la inflamacion en su mas alto grado de agudeza; y á pesar de que las evacuaciones sanguineas practicadas hasta entonces hubiesen parecido poco útiles, solo sacando sangre podia esperarse detener sus progresos (*Sangría de diez y seis onzas*). Sangre muy cubierta de costra inflamatoria.

Sétimo dia: aplicado el oido á los puntos en que el anterior se notaba la respiracion bronquial, nada se advirtió; lo que nos pareció indicar que la hepaticacion se habia aumentado. Los demas síntomas seguian en igual estado (*sangría de ocho onzas, dos vejigatorios á las piernas*). Por la tarde y la noche deliró el enfermo.

Octavo dia: reproduccion del dolor pleurítico; esputos poco abundantes de un color gris sucio; alteracion de las facciones; pulso frecuente y facil de deprimir; piel sin aumento de calor; diarrea (*vejigatorio al costado izquierdo, cocimiento de poligala, looc con tres granos de kermes*). Por la tarde y la noche reaparicion del delirio.

Noveno dia, estado inminente de sofocacion, supresion de los esputos. Estertor mucoso en ambos lados del pecho. (*Dos sinapismos á las rodillas*).

Décimo dia, estertor traqueal, agonía. Muerte pocas horas despues de la visita.

## ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja del lóbulo inferior del pulmon izquierdo, infarto sanguinolento del lóbulo superior, concrecion albuminosa membraniforme sobre las pleuras costal y pulmonar de este lado, derrame en la pleura, de un vaso de serosidad rojiza. Cavidades derechas del corazon distendidas por coágulos de sangre. Inyeccion sub-mucosa del conducto intestinal. Rubicundez de la mucosa misma en la terminacion del intestino delgado y en el ciego.

En este enfermo puede seguirse verdaderamente dia por dia la alteracion, siempre en aumento, del parenquima pulmonar. Al principio ocupaba solo la flegmasia el lóbulo inferior, en el cual se oia un estertor crepitante débil, sin ruido de expansion pulmonar, siendo en la misma época el sonido macizo y los esputos muy viscosos. Ya no podia dudarse la existencia de un principio de hepaticacion. Mas adelante, y siempre en la misma parte, se manifestó la respiracion bronquial, y despues dejó de percibirse toda especie de sonido; entonces podia asegurarse que la hepaticacion era completa y muy estensa. En el lóbulo superior hubo infarto, cada vez mas grande, pero sin llegar á la hepaticacion, segun lo anunciaba el estertor crepitante; el cual nunca dejó de oirse en aquel punto, y se hizo cada vez mas manifiesto en razon directa de la disminucion del ruido de expansion pulmonar. Por último, llegó una época en que la acumulacion de una crecida cantidad de líquidos en los bronquios dió origen á un estertor mucoso muy fuerte, que no permitió ya reconocer por la auscultacion el estado del parenquima.

Debe advertirse en este enfermo, como en el precedente, la constante sequedad de la piel; circunstancia poco favorable siempre en las flegmasias del pulmon. Llamaremos asimismo la atencion al número y á la abundancia de las evacuaciones sanguíneas, empleadas solas al principio y unidas despues á los revulsivos, hasta que en el postrer periodo hubo que limitarse á los últimos. Hemos procurado hacer resaltar los diferentes periodos en el curso de la observacion.

XX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un mozo de una casa de vacas, de edad de 34 años, y de constitucion robusta, se encontraba ya resfriado hacia algun tiempo, cuando el 15 de enero se sintió acometido de un grande escalofrío seguido de un calor ardiente, pero sin sudor. Al mismo tiempo se aumentó la tos, y principió á manifestarse la disnea. Desde el dia siguiente se vieron los esputos teñidos de sangre. El 17

se le hizo una sangría, y el 18 entró en la Caridad, y presentó el siguiente estado :

Respiracion corta y acelerada, pero que parecia al enfermo poco difícil; estertor crepitante al nivel y lado esterno de la tetilla derecha, que tambien se estendia hácia atras en la parte inferior de la fosa infraspina; nada de disminucion notable de la sonoridad de las paredes torácicas; tos frecuente, esputos de un color amarillo azafranado, medianamente viscosos; pulso frecuente y lleno; piel caliente y seca. Este conjunto de sintomas anunciaba una inflamacion poco estensa que se hallaba todavia en el primer grado. (*Sangría de diez y seis onzas, tisanas emolientes.*)

El 19 igual estado (*sangría de ocho onzas*). Del 19 al 22 pareció inclinarse poco á poco la flegmasia á su resolucion. Todas las noches sobrevienian sudores abundantes, que fueron mas copiosos en la del 21 al 22 (del sétimo al octavo dia.) Durante este tiempo se observó una medicina expectante. El octavo dia era la respiracion libre, la expectoracion catarral y el pulso no ofreció frecuencia; pero se notaba aun un poco de estertor crepitante hácia el ángulo inferior del omoplato, lo que revelaba la existencia de un resto de infarto, que reclamaba durante cierto tiempo algun cuidado y régimen. El 23 todavia continuaba dicho estertor. El 24, creyéndose el enfermo completamente curado, salió al pátio del hospital y se resfrió. El siguiente dia 25 aparecieron de nuevo la disnea y los esputos herrumbrosos; el estertor crepitante era muy fuerte en toda la estension del lóbulo inferior del pulmon derecho, y ademas habia fiebre intensa. (*Sangría de veinte onzas.*) En el discurso del dia aumentó cada vez mas la dificultad de la respiracion. Los esputos se espelían difícilmente.

El 26, cara livida, parecida á la de un asfiado, estertor crepitante, muy débil, sin otro ruido, y sonido macizo en la estension del lóbulo inferior; respiracion anhelosa, pulso muy frecuente. (*Dos sangrías durante el día de doce onzas cada una.*)

El 27, agonía y muerte por la tarde.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja del lóbulo inferior del pulmon derecho; ningun vestigio de pleuresia; corazon lleno de sangre negra y coagulada; higado é intestinos ingurgitados de sangre.

Aquí se halla un ejemplo notable de los peligros que acompañan á una falta en el régimen antes de la completa resolucion de la neumonia. Primeramente habia sido benigna la inflamacion, y no pasó del primer grado. Despues de haber durado ocho dias desaparecieron todos los síntomas racionales, quedando solo un poco de infarto, que tambien deberia desaparecer muy pronto. Entonces cometió el enfermo la imprudencia de esponerse á la accion del frio. La flegmasia pulmonar tomó repentinamente nueva actividad, y en algunas horas pasó del primer grado al segundo. En el espacio de dos dias invadió la hepaticacion

zacion la totalidad del lóbulo inferior del pulmon derecho, y sucumbió el paciente en un verdadero estado de asfixia.

La autopsia no descubrió ningun vestigio de inflamacion de la pleura: el enfermo jamás habia padecido dolor de costado.

#### XXI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Una calcetera, de edad de 47 años y de constitucion débil, entró en la Caridad el 2 de junio de 1822. Esperimentaba hacia cinco ó seis dias todos los síntomas de una pleuro-neumonia: dolor al lado esterno y á la altura de la mama derecha; tos seca al principio, y acompañada despues de esputos sanguinolentos, opresion y fiebre. El tercer dia se la aplicaron veinte sanguijuelas al sitio del dolor. Cuando entró en el hospital, hácia el quinto ó sexto dia de su enfermedad, presentaba los signos de los dos grados primeros de la pulmonia: sonido macizo y estertor crepitante débil sin ruido de expansion pulmonar próximamente en el espacio comprendido por los lóbulos inferior y medio del pulmon derecho; estertor crepitante muy notable por debajo de la clavícula y en la fosa suprascapular del mismo lado, con ruido de expansion pulmonar; esputos amarillos, transparentes, y tan viscosos que no se desprendian aun cuando se volviese la escupidera boca abajo y se la moviese con fuerza; respiracion corta, acelerada, que parecia al enfermo poco difícil; desaparicion casi completa del dolor pleurítico, pulso frecuente y débil, piel caliente y seca; diarrea ligera, sin otro signo de inflamacion intestinal. (*Sangria de diez y seis onzas, tisanas emolientes.*) La sangre formó un estenso coágulo con poca serosidad y cubierto por una costra gruesa.

El 3 de junio, sonido un poco macizo debajo de la clavícula derecha, y en el mismo punto estertor crepitante débil, sin ruido de expansion pulmonar; aumento de la disnea. Por lo demas, igual estado. (*Sangria de doce onzas, y á la entrada de la noche dos vejigatorios á las piernas.*)

El 4, sonido mas macizo y respiracion bronquial debajo de la clavícula derecha. En lo restante del mismo lado, sonido muy macizo sin estertor ni ruido respiratorio. Pulso muy frecuente, pequeño, sin mucho calor en la piel.

El 5, supresion de los esputos, estertor mucoso en todo el lado derecho, disnea estrema. (*Vejigatorio al pecho.*) En lo restante del dia delirio, sudores frios, disnea cada vez mayor. Muerte por la noche (hácia el noveno ó décimo dia.)

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja de los tres lóbulos del pulmon derecho; algunas concreciones albuminosas delgadas, que se estendian, bajo la forma de filamentos, desde la pleura costal á la pulmonar del lado derecho; las cavidades derechas del corazon muy distendidas por una sangre negra coagulada; la sustancia cerebral sembrada de un crecido número de puntos rojos, y la mucosa del intestino grueso con chapas rubicundas.

Este es el primer ejemplo que vemos de hepatizacion en la totalidad del pulmon. Cuando la enferma entró en la Caridad, anunciaron los signos suministrados por la auscultacion y la percusion la existencia de dicha hepatizacion, todavía incompleta, en los lóbulos medio é inferior; el lóbulo superior aun no se hallaba mas que infartado, pero en los dias siguientes se hepatizó con rapidez, anunciándose este tránsito por la *respiracion bronquial*, ruido característico que no se oyó en los otros lóbulos, no obstante que la alteracion parecia ser la misma. Creemos deber advertir cuidadosamente tales diferencias entre los signos suministrados por lesiones idénticas, á fin de que se adquiera costumbre de reconocerlas, sea cual fuere la graduacion de los síntomas con que se anuncien. ¿Repetiremos nuevamente lo que hemos dicho acerca de la viscosidad de los esputos, en relacion siempre con el grado de la inflamacion? ¿haremos lo mismo respecto á la disnea, que siendo muy considerable al tiempo de la entrada de la enferma, y siguiendo despues en aumento, anunciaba una terminacion fatal, y debia tambien hacer prever la estension de la flegmasia?

#### XXII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un castañero, de edad de 33 años, entró en el hospital de la Caridad el 18 de diciembre de 1822. Era de una constitucion plétórica, y experimentaba hacia algun tiempo frecuentes cefalalgias, aturdimientos pasajeros y epistaxis. El 16 de diciembre sintió al levantarse un malestar no acostumbrado, y en el resto del dia, violenta cefalalgia, zumbido de oidos y sensacion de ardor en todo el cuerpo. (*Pediluvios, dieta.*) El 17 se hallaba en igual estado, é hizo cama. El 18 presentó los síntomas siguientes: cara rubicunda, ojos inyectados y brillantes, latidos fuertes de las arterias temporales, percibidos por el paciente; cefalalgia frontal; postracion general; especie de embotamiento de las facultades intelectuales; pulso frecuente y lleno; piel caliente y halitiosa; lengua blanquecina con ligera rubicundez en los bordes; sed y anorexia; vientre blando é indolente; constipacion; orinas raras y rojas; tos ligera. Examinando este enfermo con atencion, no pudimos referir los síntomas que observábamos al padecimiento de ningun órgano en particular; todos parecian sufrir simultáneamente un estímulo vivo, sin que hubiese en parte alguna verdadera inflamacion. Era tal estado como un grado mas que el de plétora, y para dar un nombre á semejante reunion de síntomas, la llamamos fiebre inflamatoria. Se practicó una sangria de veinte onzas, que disminuyó algo la cefalalgia, aunque persistieron los demas síntomas. La sangre presentó un grande coágulo, notable por su densidad y su costra inflamatoria.

El 19 y el 20, aumento de la tos, que volvia por accesos frecuentes, y se parecia bastante á la que precede al sarampion. En lo demas igual estado. (*Tisanas emolientes, pediluvios, dieta.*)

En la noche del 20 al 21 despertó al enfermo un vivo dolor que sentia principalmente entre la tetilla derecha y el esternon, irradiándose desde allí

al hueco de la axila, y el cual se hacia insufrible con el mas ligero movimiento y con las inspiraciones profundas.

En la mañana del 21 no habia perdido el citado dolor nada de su intensidad, y el enfermo no se atrevia á satisfacer la continua necesidad de toser. No expectoraba; la respiracion era corta y acelerada; la percusion no podia practicarse, y por todas partes se oia con claridad el ruido respiratorio. La fiebre era intensa. (*Treinta sanguijuelas al lado derecho del torax.*)

El 22 disminucion del dolor, y ligero estertor crepitante debajo del ángulo inferior del omoplatto derecho. Disnea mas considerable; frecuencia y plenitud del pulso. (*Sangria de doce onzas.*)

El 23 espitos herrumbrosos, viscosos y transparentes; respiracion cada vez mas dificil; estertor crepitante al lado derecho casi en toda la estension del lóbulo inferior, y al izquierdo por debajo de la clavícula, asi como inmediatamente por cima y debajo de la espina del omoplatto; sonoridad algo menor debajo de la clavícula izquierda que de la derecha. La sangre que se habia sacado el dia antes presentó un coágulo cubierto de una costra gruesa. M. Lermínier prescribió una sangria de diez y seis onzas. La sangre formó costra inflamatoria como en la precedente.

El 24 y el 25 fué cada vez mas notable el estertor crepitante en los puntos ya indicados, y disminuyó á proporcion el ruido de expansion pulmonar. El sonido se hizo asimismo mas macizo. Los espitos adquirieron una grande viscosidad, y la respiracion se aceleró progresivamente. El enfermo, echado sobre el dorso, no podia moverse ó acostarse sobre uno de los lados sin experimentar considerable fatiga. El pulso, siempre muy frecuente, se deprimia con mayor facilidad; la piel estaba caliente y seca. (El 24 *dos sangrias de doce onzas cada una*; ambas presentaron costra. El 25 *sangria de seis onzas, y dos vejigatorios á las piernas.*)

El 26 desaparicion, tanto al lado derecho como al izquierdo, del estertor crepitante que debajo de la clavícula izquierda fué reemplazado por la respiracion bronquial con fuerte resonancia de la voz, y al lado derecho inferiormente, por un estertor mucoso tan considerable que tenia alguna semejanza con el gorgoteo de las escavaciones tuberculosas. En ambos lados era el sonido muy macizo. Opresion estrema; espitos poco abundantes arrojados con dificultad, que presentaban un aspecto como de puches, espesos, opacos, de un gris rojizo sucio y muy adherentes al fondo del vaso. Pulso frecuente y debil, piel caliente y seca. Color amarillo de la cara. (*Dos vejigatorios á los muslos, looc con dos granos de kermes.*)

El 27, estertor mucoso en ambos lados: por lo demas igual estado.

El 28 supresion total de los espitos; disnea considerable; facciones deprimidas y descompuestas; estremidades frias. Muerte por la noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja del lóbulo inferior del pulmon derecho y del superior del izquierdo. Concreciones albuminosas recientemente formadas sobre las pleuras costal y pulmonar del lado derecho. Cavidades derechas del corazon distendidas por sangre negra coagulada. Inyeccion venosa de la membrana mucosa gastro-intestinal; higado y bazo ingurgitados de sangre.

Se halla en esta observacion un ejemplo de doble neumonia en segundo grado, con pleuresia solamente al lado derecho. El principio de la enfermedad es digno de observarse. No hubo primeramente mas que una afeccion general, una especie de exageracion del estado pletórico, una fiebre inflamatoria. En aquel estado ningun órgano se hallaba realmente inflamado; pero todos parecian estar inminentemente dispuestos á la flegmasia, como si tal disposicion les fuese comunicada por la sangre demasiado rica ó estimulante que les conducia la escitacion y la vida. La evacuacion sanguínea practicada en esta época no tuvo ninguna influencia, y pronto, localizándose la enfermedad, apareció una pleuro-neumonia de las mas graves, cuyos funestos progresos no pudo contener un tratamiento antiflogístico muy activo. Aqui se halla una prueba de lo que ya en otro lugar hemos establecido (1), á saber: que no todas las enfermedades son primitivamente locales; que puede coexistir un movimiento febril independientemente de una afeccion local; que las inflamaciones mismas pueden ser precedidas de un estado inflamatorio general, no siendo otra cosa mas que una especie de localizacion del mismo la flegmasia que sobreviene despues.

La sangre sacada antes de la aparicion de los síntomas de pleuro-neumonia, no presentó costra: apareció esta desde que empezó á existir la flegmasia pulmonar.

Los esputos mudaron de aspecto antes de suprimirse completamente, haciéndose opacos, de un gris rojizo sucio, y como pegados al fondo del vaso. Debe siempre formarse mal agüero de la aparicion de esta especie de esputos tan parecidos á los grisientos que se forman amenudo en las escavaciones tuberculosas.

La piel permaneció constantemente seca; y esta circunstancia aumentó la gravedad del pronóstico.

En cuanto á los signos suministrados por la auscultacion y la percusion, solo puede decirse que indicaron con suma exactitud la naturaleza, el sitio y estension de la alteracion pulmonar.

---

(1) Véanse los demas tomos de esta obra, y nuestro *Precis d'anatomie pathologique*.

## ARTICULO III.

PLEURO-NEUMONIAS EN TERCER GRADO. (*Hepaticacion gris ó supuración del pulmon*).

XXIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un zapatero, de edad de 67 años, entró en el hospital el 6 de mayo de 1821. Durante la última quincena de abril habia tenido un resfriado, y el 1.<sup>o</sup> de mayo sintió un ligero dolor hácia el hueco de la axila derecha, acompañado de escalofrios y tos mas frecuente y penosa. El 2 de mayo habia desaparecido ya el dolor; pero la respiracion era difícil. El 3 contenian sangre los esputos. Del 3 al 6 de mayo fué aumentándose la disnea; el enfermo tomó cada dia muchas tazas de caldo con vino, sin mas tratamiento que la aplicacion de un vejigatorio al pecho. El 6 presentaba el estado siguiente: cara amarillenta y alterada; respiracion corta y acelerada; palabra anhelosa; sonido muy macizo en el espacio comprendido entre la clavícula derecha y la tetilla, así como en el hueco de la axila del mismo lado. En igual estension no se percibia ni respiracion ni estertor; inferiormente se notaba un estertor mas parecido al mucoso que al crepitante; en el resto del pecho respiracion clara y muy fuerte; esputos semejantes á una espesa disolucion de goma arábica teñida de un color rojo negruzco. En atencion á los esputos anunció M. Lermnier la existencia de una neumonia en el tercer grado, con infiltracion purulenta del parenquima. El pulso era frecuente y débil, y la piel se hallaba caliente y seca. (*Dos vejigatorios á los muslos, coccimiento de poligala*).

Murió al dia siguiente.

## ABERTURA DEL CADAVER.

Los lóbulos superior y medio del pulmon derecho estaban densos, compactos, y no sobrenadaban en el agua. Cortados, presentaban una mezcla de chapas rojas y grises, distribuidas desigualmente en el espesor de los lóbulos; donde las primeras existian habia hepaticacion roja del tejido pulmonar, y donde las segundas, el parenquima se reducía, comprimiéndole lijeramente, á una pulpa de un color gris sucio, de la cual fluía en gran cantidad un liquido de igual naturaleza, y que parecia salir especialmente de una porcion de bronquios pequeños, al parecer capilares. El lóbulo inferior solo se hallaba medianamente crepitante, y todavia sobrenadaba en el agua; de su tejido, algo mas fácil de rasgar que en el estado fisiológico, corria una gran cantidad de serosidad sanguinolenta. El pulmon izquierdo estaba sano, lijeramente ingurgitado en su parte posterior. Nada notable habia en las otras visceras.

Esta observacion, incompleta bajo muchos aspectos á causa de la época adelantada en que vimos al enfermo, no carece sin embargo de interés. Nos ofrece reunidos en un mismo pul-

mon los tres grados de inflamacion, desde el simple infarto hasta la infiltracion purulenta. En menos de seis dias la flegrmasia pulmonar, mal tratada, terminó por supuracion. No es este el único ejemplo que presentaremos de un curso tan rápido.

La naturaleza de los esputos debe fijar nuestra atencion. Con muy corto número de escepciones, que despues señalaremos (véase el resumen), caracterizan estos esputos el tercer grado de la pulmonia de un modo tan seguro como los herrumbrosos y viscosos, de quienes hemos hablado hasta aqui, caracterizan el primero y segundo.

El infarto inflamatorio de la base del pulmon no fué verdaderamente anunciado por ningun signo; la sonoridad de las paredes torácicas correspondientes no habia disminuido; y en cuanto al estertor que se oia en esta parte, nada tenia de característico; porque podia muy bien depender únicamente de la mezcla del aire y de los esputos en los bronquios.

#### XXIV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un albañil, de edad de 39 años, experimentó el 9 de abril de 1821 un violento escalofrio, seguido de intenso calor, y al mismo tiempo un dolor por debajo de la tetilla derecha con tos frecuente y húmeda. Tales sintomas continuaron los dos dias siguientes. Se le sangró al anochecer del tercer dia. En la madrugada del cuarto, época de su entrada en el hospital de la Caridad, se hallaba de la manera siguiente:

Cara pálida; buen estado de fuerzas; funciones intelectuales y sensoriales íntegras; inspiraciones cortas y próximas; sonido macizo en la parte anterior y derecha del pecho, entre la clavícula y la tetilla; falta en este sitio de todo género de estertor y de ruido respiratorio; estertor muy fuerte en el espacio que poco mas ó menos comprende el lóbulo inferior del mismo pulmon. Aseguraba el enfermo que no sufría la menor dificultad en la respiracion, mas sin embargo le era imposible hacer una inspiracion profunda: esputos transparentes y muy herrumbrosos, reunidos en una masa gelatiniforme que no podia despegarse del vaso; pulso desenvuelto y frecuente; lengua blanca y húmeda; astriccion del vientre. (*Sangría de doce onzas, bebidas emolientes*).

El quinto dia, era casi igual el estado del enfermo; pero la expectoracion habia cambiado de carácter: estaba compuesta por un liquido moreno que corría formando una especie de tela cuando se inclinaba la escupidera. (*Tercera sangría.*)

El sexto dia, se habian alterado profundamente las facciones; los ojos estaban empañados, y sobrevino delirio por la noche. El paciente se sentia muy débil; contestaba acorde, pero con lentitud. Los esputos eran de igual naturaleza que el dia anterior, aunque no tan abundantes. (*Vejigatorio sobre el punto enfermo.*) Muerte durante la noche.

## ABERTURA DEL CADAVER.

Los lóbulos superior y medio del pulmon derecho se hallaban en estado de hepatizacion gris: de su tejido blanco, y fácil de desgarrar, corria en abundancia un liquido gris y purulento. El lóbulo inferior presentaba una mezcla de hepatizacion roja y de infarto; el pulmon izquierdo se hallaba sano, y en la superficie interna de los bronquios de ambos pulmones se advertia una rubicundez uniforme.

Quando entró el enfermo en la Caridad, al principio del dia cuarto, existia ya la hepatizacion roja de la parte superior del pulmon derecho, segun lo probaban los signos suministrados por la auscultacion, la percusion y los esputos, aun quando no se llegó á oír la respiracion bronquial. Desde el quinto dia, el nuevo aspecto que presentaron los esputos indicó la existencia de la hepatizacion gris. En cuanto á la mezcla de hepatizacion roja y de simple infarto que residia en muchos puntos del pulmon derecho, no disminuyó notablemente la sonoridad de las paredes torácicas correspondientes, y no pudo reconocerse por la auscultacion á causa del estertor mucoso á que dió lugar la acumulacion de mucosidades en los bronquios de este lóbulo.

Insistamos ahora nuevamente en los caracteres de la respiracion. No obstante la estension y gravedad de la alteracion del pulmon, nunca hubo mas que una disnea mediana, sensible apenas para el enfermo, y en realidad notable solamente para el médico. De aquí pudiera concluirse que este sugeto no sucumbió á consecuencia de la dificultad de la respiracion, como por lo comun acontece; sino por efecto de que, no recibiendo la sangre venosa mas que en uno de los pulmones las modificaciones que la constituyen arterial, dejó de ser apta para conducir á todos los órganos la escitacion y la vida con los materiales de la nutricion.

XXV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre de 50 años poco mas ó menos, que padecia una enfermedad del corazon, fué acometido de una pulmonia. El segundo y tercer dia aparecieron los esputos propios del primer grado de la enfermedad; pero el cuarto era mayor su viscosidad. El quinto dia presentaban un aspecto enteramente diferente: los componia un liquido de color rojo, moreno, y corrian formando una ancha superficie desde el vaso que les contenia. El sexto dia igual estado; y sin embargo sonido muy macizo en la parte inferior, posterior y lateral del lado derecho del pecho; gran disnea, decúbito sobre el dorso, postracion. El sétimo dia era el liquido espectorado mas espeso, y presentaba

enteramente el aspecto y la consistencia de la bilis espesa y negruzca que llena con frecuencia la vejiguilla biliar. Muerte por la tarde. El lóbulo inferior del pulmon derecho se hallaba en estado de hepatizacion gris.

Solo hemos citado el hecho precedente por llamar la atencion sobre el aspecto notable de los esputos, que variaron en cada periodo de la enfermedad, anunciando los estados diferentes del parenquima pulmonar con tanta certeza como la auscultacion.

#### XXVI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre de 60 años, vendedor de loza, se ocupó el 23 de febrero en su trabajo acostumbrado. Por la noche se acostó en buen estado de salud; pero á la mitad de ella despertó con un violento escalofrio; despues sintió un calor abrasador, y al mismo tiempo un dolor intenso que ocupaba la parte lateral derecha del torax en la estension de las seis últimas costillas, y se aumentaba por la presion, la tos y las inspiraciones profundas. El dia 24 persistia el dolor; el enfermo tosia mucho sin espectorar, y estaba amodorrado.

El 25 principió á espectorar un poco de mucosidad transparente, apenas herrumbrosa; entró por la tarde en la Caridad, y se le hizo una sangria. En la visita del 26 (tercer dia de la enfermedad) era su situacion la siguiente:

Ninguna alteracion en las facciones, movimientos libres y buen estado de fuerzas. Aseguraba que no sentia la menor opresion; mas, sin embargo, su respiracion estaba evidentemente acelerada; las inspiraciones eran cortas y próximas, y la palabra algo anhelosa. Hecha la percusion, se notó un sonido macizo al lado derecho y atras, en toda la estension que ordinariamente ocupan los lóbulos medio é inferior del pulmon de este lado: en la misma parte se oia un estertor crepitante muy notable: en los demas puntos del torax se advertia el ruido de la respiracion grande y claro, y la sonoridad perfecta. La tos era frecuente y acompañada de espectoracion de materiales viscosos y transparentes que se reunian en una masa gelatiniforme, todavia medianamente adherida al vaso, y apenas herrumbrosa. El dolor del costado habia disminuido desde la sangria, y la fiebre no era tan considerable. La lengua estaba húmeda y rojiza; habia sed y anorexia, y desde el dia 23 hacia el enfermo dos ó tres deposiciones liquidas en las veinticuatro horas. (*Sangria de diez y seis onzas, practicada inmediatamente, y otra segunda de doce tres horas despues.*) La sangre de ambas sangrias presentó costra inflamatoria, que no se habia observado en la del dia antes. La doble evacuacion sanguinea fué bien tolerada. Aquella tarde presentó el pulso una notable irregularidad: por la noche durmió el paciente bastante bien, y no sudó.

En la mañana del 27 (cuarto dia), era el estado de la respiracion poco mas ó menos como el dia anterior. La auscultacion y la percusion daban los mismos signos; los esputos, poco viscosos, no estaban ya teñidos de sangre; el dolor era casi nulo; el pulso, frecuente, se deprimia con facilidad; la piel ofrecia un calor casi natural, y conservaba su sequedad. Diarrea ligera. (*Sangria de ocho onzas.*)

El quinto día pareció el enfermo mas débil que los precedentes; sin embargo, se sentaba todavía sin mucha dificultad. Los movimientos inspiratorios eran cortos y frecuentes, y se ejecutaban á un tiempo por una enérgica elevación de las costillas, y por la depresión del diafragma: advertíase en el lado derecho, en el punto correspondiente al lóbulo medio del pulmón, un estertor crepitante débil, sin mezcla de ruido de expansión pulmonar; mas abajo solo percibía el oído aplicado sobre el pecho el movimiento de elevación de las costillas; pero no se notaba ni estertor, ni ruido respiratorio: hecha la percusión sobre el mismo punto, daba un sonido mucho mas macizo que los días anteriores. Al lado izquierdo, tanto anterior como posteriormente, y en la parte anterior derecha, era claro el ruido respiratorio, y de una intensidad notable; los esputos seguían, como el día anterior, poco viscosos y apenas herrumbrosos; el dolor pleurítico habia desaparecido del todo, y el pulso era pequeño é irregular. (*Dos vejigatorios á las piernas. Cuatro granos de kermes en una pocion gomosa. Tisana de violetas.*)

El sexto día, alteración profunda de las facciones, ojos empañados, y color violado de los labios. La respiración solo se ejecutaba por movimientos inspiratorios y espiratorios muy cortos y aproximados. Los esputos habian sufrido un cambio notable: estaban reunidos en una sola masa líquida, parecida á una disolución espesa de goma, en que se hubiera disuelto una materia de color rojo leonado, tirando un poco á morena en algunos puntos. Semejante expectoración nos pareció de fatal agüero. La auscultación dió á reconocer la existencia de la respiración bronquial próximamente en toda la extensión de los lóbulos superior y medio del pulmón derecho, y dicho ruido se distinguía de un modo muy notable del ruido fuerte de expansión pulmonar que se oía en el resto de los pulmones. El sonido continuaba siendo muy macizo al lado derecho. Sentado el paciente en su cama, ejecutaba todavía algunos movimientos con prontitud y facilidad. El pulso era muy pequeño y mucho mas frecuente que los días anteriores; la piel permanecía seca; la lengua blanquecina, y habia además una ligera diarrea. Atendiendo á la naturaleza de los esputos, presumimos la existencia del tercer grado de la neumonía. La estreñida disnea hacia aun mas grave el pronóstico. (*Cocimiento de polígala. Pocion con cuatro granos de kermes.*)

Dos horas despues volvimos á ver al enfermo, y habia empeorado mucho: se hallaba en un verdadero estado de asfíxia; la cara estaba lívida y abotagada, las estremidades frias, la inteligencia se conservaba íntegra, y la frecuencia del pulso habia llegado á tal extremo, que no era posible contar las pulsaciones. Auscultando entonces el pecho, no oímos en todos sus puntos mas que un estertor muy fuerte, resultado del acumulo de mucosidades en los bronquios. Semejante estertor bronquial tardó poco en hacerse traqueal, y el enfermo sucumbió aquel mismo día.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo inferior del pulmón derecho, que presentaba un tejido blando y fácil de desgarrar, se reducía mediante una ligera presión, á una pulpa gris, de la cual fluía un líquido purulento del mismo color. En el lóbulo medio se halló una mezcla de dicha infiltración purulenta, ó hepatización gris, y de hepatización roja, y en algunos puntos solamente el infarto del primer grado. El lóbulo superior estaba sano; como tambien el pulmón izquierdo, que

presentaba posteriormente la Ingurgitacion cadavérica. Habíanse interpuesto algunas falsas membranas entre los lóbulos medio é inferior del pulmon derecho. Las cavidades derechas del corazon estaban llenas de sangre negra.

El estómago ofrecia en su cara interna, hácia su fondo, y en la estension de tres ó cuatro dedos en todos sentidos, una rubicundez viva. En aquel sitio estaba roja la membrana mucosa, y se desprendia con mayor facilidad que en otros puntos. Por último, el intestino delgado y el ciego se hallaban inyectados. El higado estaba ingurgitado de sangre.

En este sugeto no ofreció la flegmasia pulmonar ningun carácter grave hasta el cuarto dia. Antes no indicaba el conjunto de los síntomas otra cosa mas que una inflamacion en el primer grado, tal vez con algunos puntos de hepatizacion roja. Se habian practicado abundantes evacuaciones sanguíneas; los esputos parecian irse acercando al estado catarral, y todo anunciaba una terminacion feliz. Del cuarto al quinto dia sobrevino un cambio notable: la disnea, hasta entonces ligera, se hizo de pronto muy considerable, y la auscultacion dió á conocer que habia hepatizacion muy estensa del pulmon derecho; el sonido macizo se habia aumentado tambien considerablemente. En cuanto á los esputos, presentaban una anomalia notable; á pesar del rápido incremento de la flegmasia pulmonar no se habian hecho sni mas herrumbrosos, ni mas viscosos. ¿Hubieran sido útile en se mejante situacion nuevas evacuaciones de sangre? Hubieran detenido los progresos de la inflamacion, y prevenido la desorganizacion del pulmon? Parece que no, porque habiéndose empleado hasta con profusion en una época menos adelantada sin haber ejercido sobre la flegmasia, ligera entonces, una influencia decidida, ¿qué podia esperarse de ellas despues? Como quiera que fuese, no se las empleó nuevamente; y atendiendo á la palidez de la cara, á la falta de calor en la piel, y á la pequenez del pulso, se aplicaron los vejigatorios á las estremidades inferiores, y se prescribió el kermes; pero este nuevo modo de tratamiento tampoco fué eficaz, y al dia siguiente, sexto de la enfermedad, se anunció la hepatizacion gris por el aspecto de los esputos. De esta manera pasó la neumonia, en el espacio de cuarenta y ocho horas, del simple infarto á la supuracion.

Los signos suministrados por la auscultacion no fueron los mismos el quinto y el sexto dia. Primero fué anunciada la hepatizacion incompleta del lóbulo medio por un estertor crepitante débil, sin mezcla de ruido de expansion pulmonar; la hepatizacion completa del lóbulo inferior se dió á conocer por la falta de

toda especie de ruido respiratorio ó de estertor. El sexto día se oyó la respiracion bronquial. Ya dejamos advertido que esta variedad de signos obtenidos por la auscultacion depende indudablemente, bien de los diversos grados de hepatizacion, bien de la relacion que los bronquios tienen con las porciones hepaticizadas.

Advertiremos en este lugar una circunstancia que creemos de mal agüero y en relacion con la terminacion funesta; que durante todo el curso de la enfermedad permaneció la piel constantemente seca.

¿Deberá fijarse mucho la atencion, y darse importancia á las frecuentes irregularidades del pulso? Independientes de todo estado orgánico del corazon, se hallaban unidas á una disposicion particular del enfermo, y debian ser consideradas como de un interés muy secundario para la formacion del pronóstico.

#### XXVII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre de 62 años sintió nueve dias antes de su entrada en el hospital un dolor en el costado derecho, al nivel de las cinco ó seis últimas costillas, y al mismo tiempo escalofrios, tos, opresion y esputos sanguinolentos. Los dias siguientes se quedó en cama; tomó vino caliente con azúcar, y no se sometió á ningun otro tratamiento. El 31 de marzo de 1824, noveno de la enfermedad, presentaba el siguiente estado:

Respiracion corta, acelerada, que se hacia mas dificil cuando dejaba el decúbito dorsal para sentarse ó colocarse de lado. Sonido macizo en la parte anterior y derecha, desde la clavícula hasta el nivel de la tetilla, y en la parte posterior del mismo lado en las fosas supra é infraspina. En todas las demas partes del pecho, escepto debajo de la clavícula izquierda, se oía un estertor mucoso muy fuerte. Los esputos estaban formados por un liquido moreno parecido al zumo de las ciruelas. Pulsó frecuente, fuerte, que de cuando en cuando ofrecia algunas intermitencias. Desde el principio de la enfermedad se presentaron abundantes sudores. Lengua saburrosa y constipacion. A pesar de la neumonia y la probabilidad de que se hallase ya en el tercer grado, prescribió M. Lermnier una sangria de doce onzas, y por la tarde dos vejigatorios á las piernas.

El día 1.<sup>o</sup> de abril, décimo de la enfermedad, continuaba el mismo estado. El estertor mucoso era tan fuerte en algunos puntos que se aproximaba al gorgoteo de las escavaciones tuberculosas. (*Sangria de doce onzas, dos vejigatorios á los muslos, cocimiento de poligala, looc con dos granos de kermes.*) La primera sangria presentó costra, pero no la segunda que formó un coágulo blando y estenso.

El undécimo día, era la respiracion cada vez mas dificil; la cara estaba livida; el pulso débil é intermitente; hubo supresion de los esputos y estertor traqueal. Muerte á la entrada de la noche.

## ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo superior del pulmon derecho presentaba una masa compacta, impermeable al aire, que se precipitaba al fondo del agua, de un color gris, sembrada de un crecido número de manchitas negras; y se reducía por la presión á una pulpa de color gris sucio, de la cual fluía un líquido purulento del mismo color. El resto del parenquima pulmonar, que habia conservado su natural consistencia y era crepitante, se halló infartado por una grande cantidad de serosidad rojiza. Los bronquios, que en dos puntos distintos de su superficie interna presentaban un color rojo livido, estaban llenos de un líquido moreno, semejante al que arrojaba el enfermo por la expectoracion. Las demas visceras nada notable ofrecieron.

No llegamos nosotros á observar esta neumonia hasta que ya se hallaba en el tercer grado; es decir, hasta que se encontraba casi fuera de los recursos del arte, como lo dió á conocer el aspecto de los esputos. Hasta entonces se habia dejado la enfermedad abandonada á la naturaleza. M. Lerminier creyó poder ensayar aun las evacuaciones sanguineas, no con el objeto de destruir la supuracion en los sitios en que ya existia, sino con el de oponerse á los progresos de la flegmasia en aquellos otros donde podia presumirse no habia pasado del primero ó segundo grado. Se aplicaron al mismo tiempo vejigatorios en los miembros inferiores.

La auscultacion no pudo suministrar ningun dato acerca del estado del parenquima pulmonar, con motivo del estertor bronquial húmedo, que existia en casi todos los puntos del pecho, y cuya intensidad fue siempre en aumento hasta el instante de la muerte.

Hemos visto que en la mayor parte de los enfermos precedentes, cuando la neumonia tuvo un éxito funesto, permaneció seca la piel; pues en este caso sucedió lo contrario; hubo sudores abundantes, aunque la terminacion fue la misma.

XXVIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un colchonero, de edad de 49 años, tenia tos hacia algunos dias, sin presentar por otra parte ningun sintoma grave, cuando entró en la Caridad durante el mes de abril de 1824. El primer dia no pareció atacado mas que de un catarro pulmonar intenso. Apenas se advertía en él un ligero movimiento febril. La respiracion era libre; percutido el pecho resonaba bien por todas partes; la auscultacion no descubria mas que una mezcla de estertor mucoso y sibilante en muchos ramos bronquiales, y una grande intensidad del ruido inspiratorio. Sin embargo, los esputos presentaban un aspecto que

no parecía conforme con la apariencia de benignidad de los otros síntomas. Estaban formados por un líquido semejante á una disolucion espesa de goma teñida de un color rojizo, ó mejor al zumo de las ciruelas; tales en fin como se presentan en el tercer grado de la neumonia. El dia siguiente, 7 de abril, persistia la expectoracion; pero se advertia ademas mayor aceleracion del pulso, un calor mas vivo de la piel y una dificultad notable en la respiracion. La percusion dió entonces á reconocer un sonido macizo al nivel de la tetilla derecha, en cuyo sitio se notaba tambien un estertor crepitante débil, sin mezcla de ruido de expansion pulmonar. Ya no podia dudarse de la existencia de una pulmonia. (*Sangria de doce onzas.*) La sangre no presentó costra inflamatoria.

El 8 de abril, aumento de la disnea, esputos de igual aspecto, parecidos al zumo de las ciruelas; sonido macizo desde la tetilla derecha hasta la clavícula de este lado, y en la misma estension respiracion bronquial con resonancia de la voz. Pulso débil, piel sin aumento de calor, cara amarillenta y abatida. (*Dos vejigatorios á las piernas.*)

El 9, delirio, estertor traqueal, pulso débil, pero no frecuente, estremidades frias. (*Sinapismos, poligala, kermes.*) Muerte algunas horas despues de la visita.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo superior del pulmon derecho presentaba una mezcla de hepatizacion roja y gris, predominando esta hácia la raiz, y siendo menor hácia el vértice.

---

Ofrece esta observacion una circunstancia muy notable, á saber: la existencia de los esputos propios del tercer grado de la neumonia en una época en que ningun otro signo podia hacer presumir, no digamos la supuracion del órgano, pero ni aun siquiera su simple infarto inflamatorio. Es muy probable que entonces hubiese ya hepatizacion gris en una porcion circunscrita del pulmon derecho, hácia su raiz, aunque por su poca estension no produjese disnea, ni en razon de su sitio fuese apreciable mediante la percusion y la auscultacion. Sin embargo, era ya entonces tan sumamente intenso el ruido de expansion pulmonar, que podia suponerse la presencia de un obstáculo á la libre entrada del aire en alguna porcion del parenquima del pulmon. Los dias siguientes hizo la flegmasia rápidos progresos; se estendió á todo el lóbulo superior, y desde aquel momento cesó la oscuridad en el diagnóstico. Finalmente, la abertura del cadáver probó la existencia de la hepatizacion gris, que solo el carácter de los esputos (hecha abstraccion de todo otro signo) nos habia conducido desde luego á sospechar.

## XXIX.ª OBSERVACION.

Un serrador, de edad de 67 años, tenía tos hacia cinco semanas, cuando entró en la Caridad. Entonces llevaba ya cinco días padeciendo de un dolor de costado hacia las últimas costillas izquierdas, y tres expectorando sangre. Cuando le vimos por primera vez respiraba con bastante libertad, pero en la parte posterior del costado izquierdo ofrecía un estertor crepitante con ligero ruido de expansion pulmonar. La percusion era tan dolorosa en todo aquel lado, que no pudo practicarse convenientemente. Los esputos se presentaban herrumbrosos, pero poco viscosos, y el pulso no carecía de frecuencia, ni de fuerza. Esta pulmonía, que llevaba cinco días de existencia, parecía no haber pasado aun del primer grado. (*Sangría de diez y seis onzas.*) La sangre se cubrió de una costra espesa.

El 9 de abril, sexto día de enfermedad, continuaba oyéndose el estertor crepitante à la izquierda y atras, al nivel del ángulo inferior del omoplato; mas arriba se advertía la respiracion bronquial y una resonancia particular de la voz: parecía que el enfermo soplaba las palabras por el extremo del tubo, y en el mismo punto producía la percusion un sonido macizo. Los esputos eran mas herrumbrosos y viscosos; había mayor dificultad en la respiracion, y el dolor de las paredes torácicas no era tan intenso. Todos los síntomas anunciaban la hepaticacion del pulmón. (*Sangría de diez y seis onzas, y en el curso del día dos vejigatorios à los muslos.*) La sangre presentó costra inflamatoria.

El último día notable postracion; alteracion de las facciones; la cara presentaba un color amarillento de mal agüero; el pulso era lento, y poco notable el calor de la piel. La auscultacion manifestó, en los mismos puntos que el día antes, la respiracion bronquial. Mas abajo había desaparecido el estertor crepitante; pero ningun otro ruido le reemplazaba. El sonido era muy macizo en toda la parte posterior izquierda. Arrojava el enfermo en pequeña cantidad esputos opacos, de un color gris rojizo y dispuestos en forma de chapas. (*Vejigatorios al pecho.*)

El octavo y noveno día fué aumentando la postracion y enflaqueciéndose rápidamente la cara, sin que fuese muy considerable la dificultad de la respiracion. Supresion de los esputos el noveno día; pulso cada vez mas débil y raro; frio general. Muerte en la noche del noveno al décimo día.

## ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo inferior del pulmón izquierdo, compacto y fácil de desgarrar, presentaba una mezcla de hepaticacion roja y gris, principalmente de la última: el resto de los pulmones se hallaba sano y poco injurjitado de líquidos. Nada notable se halló en las demas vísceras.

---

Hemos podido seguir en este enfermo, con bastante precision, los progresos de la pulmonía desde su primer grado al tercero. Hasta el quinto día no hubo probablemente mas que

simple infarto inflamatorio. Del quinto al sexto se hepaticizó el pulmon. Tal vez denotaron la época en que empezó la supuración, la alteracion repentina de las facciones, la rápida disminucion de las fuerzas, etc., fenómenos que se observaron el sétimo dia. Desde entonces aumentó mas y mas esta especie de estado adinámico y se estinguió la vida de un modo progresivo, sin que nunca llegase la disnea á ser considerable. Semejante género de muerte que suele observarse en los sugetos estenuados por antiguas y copiosas supuraciones, es muy raro en las neumonias agudas, porque en ellas sobreviene comunmente dicha terminacion á consecuencia de la dificultad de respirar.

El aspecto de los esputos difirió poco en el caso presente del que hemos observado en los demas de neumonias en el tercer grado.

## CAPITULO II.

PLEURO-NEUMONIAS EN LAS CUALES FALTA ALGUN SÍNTOMA  
CARACTERÍSTICO.

## ARTICULO I.

FALTA DE LOS SIGNOS QUE SUMINISTRAN LA AUSCULTACION Y LA PER-  
CUSION.XXX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre de 27 años, fabricante de fideos, de constitucion débil, flaco y sujeto á frecuentes resfriados, se fatigó mucho y sudó el día 20 de octubre de 1821. Aquella noche durmió bien; pero al levantarse el 21 se hallaba indispueto, y tardó poco en experimentar un escalofrío seguido de calor. Hizo cama, y á las dos horas se sintió acometido de una tos seca y frecuente. Por la noche apareció un violento dolor entre la décima y la undécima costilla del lado izquierdo; no durmió, y tosió mucho sin expectorar. El 22 (segundo dia) principió muy de madrugada á arrojar un poco de sangre; la respiracion no era dificil, y se echaba sobre el lado derecho para evitar el vivo dolor que en el opuesto le ocasionaba el decúbito. Entró en la Caridad, y se le hizo una sangría. En la mañana del 23 era su estado el siguiente:

Cara abatida; cefalalgia; sentimiento de debilidad; decúbito dorsal; tos frecuente; esputos muy herrumbrosos, transparentes, reunidos en una masa gelatiniforme que corria fácilmente cuando se inclinaba el vaso. Dolor vivo al nivel de las costillas novena, décima y undécima que se aumentaba por la tos, la inspiracion y la percusion. Percutido el pecho sonaba bien por todas partes, y mediante la auscultacion se percibia en todos sus puntos el ruido respiratorio claro y fuerte. La respiracion estaba acelerada y corta, aunque aseguraba el enfermo no sentir ninguna opresion. Pulso poco frecuente; piel caliente y seca; lengua amarillenta; anorexia; vientre indolente y blando que en dos dias no se había movido.

Los esputos eran demasiado característicos para que pudiera ponerse en duda la existencia de una neumonia, aunque no la anunciasen la percusion ni la auscultacion. En vista de todos los signos referidos, concluimos que la inflamacion era solamente parcial, y que parecia probable tuviese su asiento en la base, el centro ó la raíz del pulmon. (*Sangría de doce ónzas. Bebidas emolientes*). La sangre se cubrió de costra inflamatoria.

El cuarto dia se hallaba el enfermo mejor; había tosidó poco, y los espu-

tos, ligeramente viscosos, contenian menos sangre; la respiracion era menos frecuente, y el dolor solo se sentia en las grandes inspiraciones.

El quinto dia, se hallaba peor á causa de haberse espuesto á la impresion del frio levantándose para hacer del vientre. Los esputos habian vuelto á aparecer rojos y mas viscosos; la respiracion era muy dificil, y estrema la frecuencia del pulso. El sonido de las paredes torácicas continuaba siendo claro, y el ruido de la respiracion notable en todos los puntos. Esta exacerbacion de los sintomas, y principalmente la disnea, indujeron á M. Lerminier á prescribir una *tercera sangría de ocho onzas, y dos vejigatorios á las piernas.*

Inmediatamente despues de la sangría, que presentó costra como las anteriores, se sintió el enfermo notablemente aliviado, y por la tarde se manifestó un sudor abundante que hasta entonces no habia sobrevenido. La noche fué buena.

El sexto dia, se notaba un alivio considerable: los sudores copiosos continuaron todo él, y al siguiente, sétimo, no se advertia ya sintoma alguno de flegmasia pulmonar. El pulso apenas era frecuente; el ruido respiratorio habia perdido aquella intensidad que asemeja la respiracion del adulto á la del niño, é indica siempre una dificultad mas ó menos grande á la entrada del aire en toda la estension del parenquima. Los dias siguientes fué completándose la convalecencia.

---

Es notable en esta observacion la falta de los signos que ordinariamente suministran la auscultacion y la percusion, y sin los cuales no es posible determinar el sitio y la estension de la neumonia. Solamente la espectoracion anunció de un modo indudable la naturaleza de la enfermedad, que sin este signo se hubiera reputado como una simple pleuresia.

Observemos ahora la funesta influencia que ejerció la impresion del frio, y la aparicion de los sudores coincidiendo con la mejoría general, pero sin producirla de un modo tan manifiesto como en muchas de las observaciones precedentes; por último, advirtamos tambien que la terminacion de la enfermedad acació el sétimo dia.

#### XXXI.ª OBSERVACION.

Un sirviente, de edad de 38 años, que habitualmente gozaba de buena salud, y no habia padecido mas que una *fluxion de pecho*, quince años hacia, se encontraba muy bueno cuando se levantó el 15 de agosto de 1822. A las ocho de la mañana, hallándose desempeñando sus ocupaciones ordinarias, sintió en toda la parte anterior derecha del torax un dolor que comparaba al que le hubieran causado las picaduras de muchas agujas á un tiempo. Veinte minutos despues sobrevino un escalofrio violento que duró hasta las dos de la tarde, es decir, cinco horas y media, y fué reemplazado por un calor quemante, al cual siguió el sudor. Todo el dia tuvo mucha necesidad de toser; pero

no se atrevia á hacerlo por no aumentar el dolor. Por la tarde entró en la Caridad, y fué sangrado inmediatamente. Aquella noche durmió un poco.

El día 16, segundo de enfermedad, se hallaba en el estado que sigue: cara rubicunda; ojos inyectados; ligera cefalalgia; decúbito dorsal ó sobre el lado izquierdo; persistencia en el derecho del dolor, que se aumentaba por la inspiracion, la tos, el movimiento y el decúbito sobre el mismo costado, al paso que no se exasperaba por la presion ni aun tampoco por la percusion; tos frecuente, seca, como entrecortada; poca disnea; pecho sonoro en todos sus puntos; ruido de expansion pulmonar claro en toda la estension del torax, pero mas fuerte al lado izquierdo que al derecho; circunstancia que parecia depender de la menor dilatacion de la cavidad en este último á causa del dolor; igual resonancia de la voz en todo el pecho; pulso duro que daba mas de cien pulsaciones cada minuto; piel caliente y seca; lengua algo roja y lisa; sed, amargor de boca y astriccion de vientre. La sangre sacada el día antes se habia cubierto de una costra delgada y verdosa. (*Bebidas y lavativas emolientes*).

En la mañana del tercer día, expectoracion de materiales viscosos, transparentes y muy herrumbrosos; por lo demas igual estado. (*Sangría de doce onzas*). La sangre no formó costra.

El cuarto día, era mas tranquila la respiracion; el dolor solo se sentia en las profundas inspiraciones ó en los grandes movimientos; los esputos eran menos herrumbrosos y poco viscosos; los latidos arteriales no llegaban á ciento por minuto, y en ninguna parte se percibia estertor. En las inspiraciones ordinarias se oia la entrada del aire en las vesículas pulmonares con una intensidad mayor al lado izquierdo que al derecho; pero cuando el enfermo suspiraba, era el ruido de expansion pulmonar igualmente fuerte y claro en ambos lados.

A la entrada de la noche se cubrió la piel, por la vez primera, de un sudor abundante. El día siguiente, quinto de la enfermedad, apenas estaba el pulso frecuente, el dolor habia desaparecido del todo; la respiracion habia vuelto á su estado natural, y la expectoracion era puramente catarral. El sudor continuó todo aquel día. En la mañana del sexto estaba aun matorosa la piel y el pulso un poco frecuente: el sudor cesó algunas horas despues. El sétimo y octavo conservó el pulso alguna frecuencia; pero la perdió enteramente el noveno. Entonces parecia el enfermo enteramente restablecido, y no tardó mucho en salir del hospital.

---

Al principio no se hallaron en este enfermo mas que los síntomas de una pleuresia. El dolor fué notable por su estension, y precedió al escalofrío, cosa que no es comun. No bastó á disiparle la primera sangría hecha nueve ó diez horas despues de su invasion. Al principio del tercer día aparecieron los esputos de la neumonia, único signo que anunció la propagacion de la flegmasia al parenquima pulmonar. La auscultacion y la percusion fueron insuficientes, ó por mejor decir, no suministraron en algun modo mas que signos negativos: la conservacion de la claridad del sonido y de la limpieza del ruido de expansion

pulmonar, probaba que la neumonía era profunda y poco estensa; la intensidad menor del ruido respiratorio al lado derecho que al izquierdo no era otra cosa que el resultado, mecánico hasta cierto punto, de la menor dilatación de dicho lado en razón del dolor. La sangría que se practicó el tercer día fué seguida de un alivio notable: al fin del cuarto apareció un sudor abundante que continuó el quinto, y al mismo tiempo se disipó completamente el dolor, la expectoración se hizo catarral, y cesó la disnea; pero hasta el octavo día siguió el pulso un poco frecuente, recobrando después su ritmo fisiológico, anuncio cierto de haberse completado la resolución de la flegmasia.

### XXXII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre, de edad de 41 años y de una constitución débil, dijo haber padecido durante once años quince *fluxiones de pecho*, anunciadas todas por dolor de costado, tos, opresión y expectoración sanguinolenta.

En la noche del 24 al 25 de abril de 1822, sintió un escalofrío, y al mismo tiempo dolores vagos en ambos lados del pecho, y además tosió mucho. El 25 persistieron el dolor y la tos. Cuando entró en la Caridad la noche del 26 eran los esputos viscosos, transparentes y herrumbrosos, es decir, que anunciaban la existencia de una pulmonía; la respiración era corta, y le parecía al enfermo un poco difícil; el dolor de ambos lados no había disminuido; el decúbito se verificaba sobre el dorso. Percutido el pecho sonaba bien en todos sus puntos, y por medio de la auscultación se advertía también en todos ellos muy fuerte y claro el ruido respiratorio; el pulso era frecuente y fuerte, y la piel estaba matorosa. (*Se hizo una sangría de doce onzas.*)

En la mañana del 27, tercer día de la enfermedad, solo sentía el enfermo dolor en el lado derecho, en la estensión de cuatro á cinco traveses de dedo por debajo de la tetilla: ningún otro cambio había ocurrido. (*Sangría de ocho onzas, diez sanguijuelas al sitio del dolor, Lebedas emolientes.*)

El cuarto día, solamente se quejaba de un ligerísimo dolor al hacer grandes inspiraciones. La respiración se hallaba medianamente acelerada: los esputos herrumbrosos y la fiebre persistían, y no se había manifestado sudor: la auscultación y la percusión suministraban los mismos datos que los días anteriores. (*Quince sanguijuelas al ano.*)

El quinto día, era la respiración natural, la tos rara, la expectoración catarral, y el pulso apenas frecuente. No había sobrevenido ninguna crisis manifiesta; la piel conservaba su segura. (*Bebidas emolientes, tres caldos.*)

El sexto día, reaparición del dolor en el lado derecho; los esputos volvieron á ser herrumbrosos y viscosos; la fiebre se encendió de nuevo; mas sin embargo, persistieron la sonoridad del pecho y la limpieza del ruido respiratorio. (*Quince sanguijuelas al punto dolorido: el estado de debilidad y enflequecimiento del enfermo pareció contra-indicar la sangría general.*)

El sétimo día, habían desaparecido todos los síntomas de exacerbación que se presentaron el anterior, y desde entonces entró el enfermo en convalecencia. Sin embargo, continuó tosiendo, y hasta el 12 de mayo, época de su salida del hospital, mas bien que disminuir, parecía aumentar su enfla-

quecimiento. Percutido y auscultado el pecho, tampoco ofrecia en esta época vestigio alguno de lesion en los pulmones, ni en las pleuras.

El crecido número de pulmonías que habia padecido este sugeto en el espacio de algunos años, es digno ciertamente de fijar nuestra consideración. Sin duda se hallaba sumamente predispuesto á contraer aquella enfermedad, y todas las causas irritantes que obraban sobre él, dirigian su influencia á los órganos respiratorios, determinando su inflamacion. Pero atendiendo á su constitucion particular, podia sospecharse que la causa de tal predisposicion no era otra que la existencia de tubérculos pulmonares, en cuyo caso las flegmasias repetidas con tanta frecuencia debian á su vez apresurar el reblandecimiento de los tubérculos, y aumentar su número. Cuando el enfermo salió del hospital, nos pareció hallarse en efecto muy próximo á una tisis pulmonar.

La naturaleza de la espectoracion no dejaba ninguna duda respecto á la existencia de una pulmonía. Pero ¿qué punto del pulmon se hallaba inflamado? Aqui, como en las precedentes observaciones, no dieron ninguna luz la auscultacion ni la percusion. El aumento de intensidad del ruido de expansion pulmonar era el único que debia inducirnos á sospechar la existencia de un obstáculo á la libre entrada del aire en alguna parte del pulmon.

La piel, matorosa el segundo dia, permaneció despues sumamente seca hasta la terminacion de la enfermedad, circunstancia que nos pareció de un agüero poco favorable para la completa resolucion de la flegmasia. Sin embargo, el quinto dia habia tenido lugar dicha terminacion feliz, cuando el sexto se vieron aparecer nuevamente el dolor del costado, los esputos herrumbrosos y la fiebre. Pero afortunadamente esta recaida solo fue momentánea, y los síntomas cedieron á una nueva evacuacion de sangre.

Fijemos la atencion por un instante sobre el carácter del dolor que se manifestó al principio de la enfermedad. Este dolor, que se sentia en los dos lados al mismo tiempo ¿anunciaba tal vez una pleuresia doble? ¿la evacuacion sanguínea produjo el efecto de disipar la pleuresia izquierda, ó a lo menos de disminuirla tanto que no se sintiese despues el dolor mas que en un espacio limitado del lado derecho?

## XXXIII. OBSERVACION.

Un albañil, de edad de 24 años, de constitucion fuerte, y que llevaba un año de residencia en París, sufría un catarro hacia ya tres semanas cuando entró en el hospital. La tos, ligera al principio, no le había impedido ocuparse en su trabajo acostumbrado. Solamente se sintió fatigado los tres ó cuatro últimos dias que precedieron á su entrada. El 1.º de mayo de 1822 presentaba el estado siguiente:

Cara rubicunda, ojos brillantes, respiracion precipitada, posibilidad de hacer grandes inspiraciones, tos frecuente, y á cada acceso de tos dolor dislacerante detras del esternon. Por lo demas la expectoracion era puramente catarral; percutido el pecho daba en todas partes un sonido claro; la respiracion se oia en todos los puntos sin otro ruido insólito que un poco de silbido por intervalos; el decúbito se verificaba sobre el dorso, aunque podia el enfermo echarse de cualquier lado, sin que le molestase ningun dolor, ni se aumentase la dificultad de respirar; el pulso era frecuente y lleno; la piel estaba madorosa y la lengua algo rubicunda; habia sed, ligero dolor en el epigastrio, y constipacion.

Este conjunto de síntomas no parecia anunciar otra cosa mas que una flegmasia intensa de la mucosa pulmonar, con inflamacion mas ligera de la mucosa gástrica. En tal estado, solo faltaba un ligero aumento de irritacion, para que se estendiese el padecimiento bronquial al parenquima del pulmon. Se practicó una sangria de diez y seis onzas, cuya sangre formó un coágulo grande y denso, rodeado de muy poca serosidad, y sin costra inflamatoria.

El 2 y 3 de mayo, fue la tos algo mas frecuente y sobre todo menos penosa. La fiebre no disminuyó, y persistia la rubicundez de la lengua. (*Tisanas y lavativas emolientes.*)

El 4 de mayo, era mas considerable la dificultad de la respiracion, y las facciones estaban mucho mas alteradas que los dias precedentes. ¿Principiaba la inflamacion á invadir el parenquima pulmonar? asi lo creimos, á pesar de que la percusion y la auscultacion no diesen ningun nuevo signo, ni hubiese cambiado tampoco el carácter de los esputos. Se continuó en el uso de las tisanas dulcificantes, y se recomendó la dieta mas severa.

El 5, se habian justificado las sospechas concebidas el dia anterior; el enfermo habia principiado á media noche á arrojar esputos viscosos, transparentes y muy herrumbrosos. La sonoridad del pecho persistia de la misma manera que antes, como tambien la claridad y limpieza del ruido respiratorio: solo nos pareció ser este ruido mas fuerte que los dias anteriores (*sangria de doce onzas.*) El coágulo, notable por su estremada blandura, se cubrió de una costra gruesa.

El 6, persistencia de los esputos neumónicos. En todo lo demas igual estado. (*Dos vejigatorios á las piernas.*)

El 7 y el 8, perdieron los esputos su color herrumbroso. El 9 presentaban el aspecto propio de la bronquitis aguda; la respiracion era mas libre, y solo quedaba un poco de fiebre; no habia sobrevenido evacuacion alguna critica. La neumonia parecia haberse resuelto, y la bronquitis que persistia era menos intensa que en la época de la entrada del enfermo en el hospital; la lengua, en fin, habia perdido su rubicundez desde el momento presunto de la invasion de la neumonia. ¿Fue acaso revelada la ligera irritacion del estó-

mago, por la irritación mas fuerte del pulmon? Guardémonos de dar mucho valor á semejante idea; porque si los síntomas de la gastritis hubiesen tomado creces al mismo tiempo que apareció la neumonia, ¿no se hubiera explicado tambien diciendo, que en virtud de las simpatias que unen al estómago con todos los órganos, no habia podido aumentarse la inflamacion del pulmon sin exasperarse la de aquel? ¡Tan cierto es que no hay cosa mas fácil que hallar explicaciones á los fenómenos más opuestos! Pero hay mucha distancia de la explicacion de un fenómeno á su verdadera interpretacion.

Los dias siguientes cesó del todo la fiebre; la tos se calmó poco á poco; los esputos se espesaron, y el enfermo salió del hospital el 19 de mayo en tal cual estado de salud.

---

Habiendo hecho resaltar en la esposicion misma de la observacion que precede sus circunstancias mas importantes, no nos ocuparemos ahora de ellas. Solamente observaremos las diferencias que presentó la sangre en las diversas épocas de la enfermedad. Cuando se hizo la primera sangría, no habia mas que una flegmasia de las membranas mucosas y la sangre no tenia costra. Cuando se practicó la segunda, habia inflamacion del parenquima pulmonar, y la sangre presentó costra inflamatoria.

#### XXXIV.ª OBSERVACION.

Un suizo, de edad de 40 años, de constitucion fuerte, que habitualmente disfrutaba de buena salud, llevaba ocho dias de tos cuando entró en el hospital; pero hasta entonces no habia sentido ningun dolor en el torax. Al tiempo de su entrada tenia fiebre, y estaba su respiracion medianamente acelerada. Percutido el pecho sonaba bien por todas partes, y la auscultacion descubria en todos sus puntos el ruido respiratorio fuerte y limpio, con mezcla, por intervalos, de un poco de estertor mucoso y sibilante. Se hubiera podido creer que el enfermo padecia solo una simple flegmasia de los bronquios, si la viscosidad y el color herrumbroso de los esputos no hubiera advertido la existencia de una inflamacion del parenquima pulmonar. La lengua estaba encendida, y habia además mucha sed y astringencia de vientre (*sangría de diez y seis onzas.*) Casi inmediatamente despues de salir la sangre de la vena, se cubrió de una costra espesa.

El dia siguiente, 11 de abril, se hallaba el paciente en igual estado. (*Doce sanguijuelas al ano, bebidas y lavativas emolientes.*)

El 12 parecia haber vuelto la respiracion á su estado normal; los esputos eran ya propios de la bronquitis aguda, y la lengua habia perdido su rubicundez; el pulso conservaba alguna frecuencia. Habian, pues, desaparecido completamente los síntomas de la neumonia. Sin embargo, desde el 13 al 22 persistió la tos, permaneció el pulso un poco frecuente, y las fuerzas no se restablecian. (*Vejigatorio al brazo, bebidas emolientes, crema de arroz, algunos caldos.*)

En la mañana del 21 se proporcionó el enfermo algunos alimentos. El 22

se habian presentado de nuevo los síntomas de la pulmonía: los esputos eran herrumbrosos y viscosos, y notable la disnea; pero persistian la sonoridad del pecho y la claridad y limpieza del ruido respiratorio; el pulso continuaba frecuente y pequeño; la piel estaba caliente, y era considerable la postracion. A pesar de este último síntoma, se aplicaron al ano veinticuatro sanguijuelas.

El 28, era mas libre la respiracion; los esputos no presentaban tanto color herrumbroso, y las fuerzas se habian restablecido. Los dias siguientes se cubrió la piel del sacro de una escara que hizo rápidos progresos, y á cuya caída siguió una úlcera estensa. Pero como si la irritacion de la piel del sacro hubiese producido una revulsion útil, cesó la tos completamente. Persistia no obstante una lijera frecuencia del pulso, mas para esplicarla bastaba la enorme estension de la úlcera. El aspecto enteramente natural de la lengua, el apetito que el enfermo decia tener, la completa blandura del vientre, y la regularidad de las cámaras, daban á conocer la integridad de las vias digestivas. En semejante estado, la principal indicacion que debia llenarse, parecia ser la de sostener las fuerzas de manera que pudiese la economia soportar la supuracion abundante que se verificaba en la piel del sacro. (Se hizo uso de la infusion acuosa de quina, de una taza de vino cada dia, y de algun alimento lijero). Bajo la influencia de semejante tratamiento, tomó la úlcera buen aspecto, y caminó rápidamente á su cicatrizacion. El enfermo dejó el hospital, hallándose bastante bueno, del 15 al 20 de mayo.

Esta enfermedad no fué al principio mas que una simple bronquitis; en lo sucesivo ningun dolor de costado señaló la invasion de la neumonia, y no fué la disnea mas considerable que la observada en muchas bronquitis intensas. La auscultacion y la percusion no revelaron nada; sin embargo, la respiracion se oia con una fuerza desusada, y esta sola circunstancia indicaba una lesion cualquiera de las vias respiratorias; pero solo los esputos pudieron descubrir la naturaleza de la enfermedad. Despues que desaparecieron, persistió la bronquitis, acompañada de un movimiento febril que podia hacer temer la existencia de un foco de flegmasia en un punto cualquiera del parenquima pulmonar, y durante esta falsa convalecencia por efecto de un error de régimen, aparecieron de nuevo síntomas de pulmonía; pero cedieron á una lijera evacuacion sanguínea que dispó la postracion lejos de aumentarla. Ya hemos insistido, en el curso de la historia, sobre la influencia que la ulceracion del sacro pareció ejercer respecto á la cesacion de la tos.

#### XXXV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un sastre, de edad de 46 años, entró en el hospital durante el mes de octubre de 1822. Hacia quince dias que tenia tos, acompañada al principio de los demas síntomas de una bronquitis lijera; pero despues se hizo difícil la

respiracion, y se sintió acometido de una fiebre intensa. Cuando le vimos tosia mucho, y arrojaba esputos viscosos y herrumbrosos. Tenia poca disnea y mucha fiebre: percutido el pecho sonaba bien en todos sus puntos, y el ruido de la respiracion se percibia con limpieza, aunque muy fuerte. Las funciones digestivas no ofrecian mas trastorno que el estado saburroso de la lengua (*sangría de diez y seis onzas. Dos vejigatorios á las piernas*). Al siguiente dia era la expectoracion menos viscosa y apenas herrumbrosa, y la fiebre habia disminuido. Los dias siguientes solo se observaron los síntomas de una simple bronquitis, que no tardó en desaparecer.

Hemos citado esta sucinta observacion como ejemplo de una lijera neumonia que complicó momentáneamente á un simple catarro pulmonar, y que solo fué anunciada por los esputos.

#### XXXVI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un impresor, de edad de 22 años, entró en la Caridad el 14 de junio de 1820. Llevaba ya cerea de tres semanas con diarrea, cuando el 11 de junio principió á toser mucho, y se sintió tan decaído que no salió de casa. En la noche del 11 al 12 advirtió por debajo de la tetilla izquierda un dolor que, aunque poco vivo, se aumentaba por la tos y las grandes inspiraciones. El 12 y el 13 persistía el dolor, y le atormentaba una tos casi continua: hizo cama y tomó algunas copas de aguardiente con mucha pimienta, que arrojó por el vómito: en la noche del 14 entró en el hospital, é inmediatamente se le hizo una sangría.

Su estado el dia 15 era el siguiente: respiracion corta, acelerada, que se verificaba mas bien por la contraccion del diafragma que por la elevacion de las costillas; tos frecuente, seca, escitada por el mas lijero movimiento; persistencia del dolor del costado; pecho sonoro; ruido claro de expansion pulmonar en todos los puntos; pulso frecuente y duro; piel caliente y seca; lengua blanquecina; sed; vientre indolente y blando; cinco ó seis cámaras en el espacio de veinticuatro horas. Se le consideró afecto de una pleuresia simple. (*Treinta sanguijuelas al lado izquierdo del torax*).

El 16 de junio, quinto dia de la enfermedad, no se notaba ya el dolor pleurítico; pero el enfermo arrojaba esputos viscosos, transparentes y herrumbrosos. La disnea era considerable, y la fiebre intensa. La percusion y la auscultacion no suministraban ningun nuevo dato; pero sin embargo, no era ya dudosa la inflamacion del parenquima. (*Sangría de diez y seis onzas. Bebidas y lavativas emolientes*).

El sexto dia, se aumentó la viscosidad de los esputos, que no se desprendian del vaso aun cuando se le volviere hácia abajo, y cuyo color era muy amarillo. En todo lo demas no habia variado el estado del enfermo. (*Sangría de doce onzas*).

El sétimo dia, apareció nuevamente el dolor pleurítico, pero en el lado opuesto. Igual estado de los esputos; respiracion anhelosa; ansiedad extrema; pulso muy frecuente, y sequedad constante de la piel (*Feinto sanguijuelas al lado derecho*).

El octavo día, dolor pleurítico menos considerable, y respiración cada vez mas difícil. Sin embargo, la percusión no daba sonido macizo en ninguna parte del pecho, ni la auscultación descubría otro ruido que el de la respiración natural, aunque muy fuerte. (*Sangría de ocho onzas. Dos vejigatorios á las piernas*). Aquella noche deliró el enfermo.

El noveno día, estaban las facciones profundamente alteradas, y espresaban la mas viva ansiedad: habia un doble dolor pleurítico al lado derecho debajo de la tetilla, y al izquierdo cerca del hueco de la axila. Los movimientos inspiratorios eran cortos y muy precipitados. El enfermo no podia hablar ni moverse sin experimentar una tos dolorosa. Los esputos conservaban su viscosidad y su color amarillo; el pulso era muy frecuente y todavia duro; la auscultación y la percusión no proporcionaban ningun nuevo dato. A pesar del escaso resultado que habian producido las evacuaciones sanguíneas hechas hasta entonces, no dudó M. Lerminier en recurrir todavia á ellas. Hizo aplicar quince sanguijuelas á cada lado, y por la tarde sinapismos á las extremidades inferiores. Todavia deliró el paciente por la noche.

El décimo día, continuó todo en igual estado. El undécimo, duodécimo y décimo tercio, disminuyó en ambos lados el dolor pleurítico, y se hizo mas fácil la respiración; pero los esputos no cambiaron de carácter, y fue abundante la diarrea. El décimo cuarto día, apareció nuevamente el doble dolor de costado en los mismos sitios que antes, y la dificultad de la respiración llegó á mas alto grado que nunca. (*Diez sanguijuelas á cada lado del torax. Dos vejigatorios á los muslos*).

El décimo quinto día, delirio, disnea estrema, supresion de los esputos y estertor mucoso en diferentes puntos. Muerte al siguiente dia por la mañana.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Tanto al lado derecho como al izquierdo estaban las pleuras pulmonares cubiertas de concreciones albuminosas y membraniformes. Además, en la derecha habia derramado como medio vaso de una serosidad turbia. El parenquima de ambos pulmones era en lo general crepitante, y estaba sano; pero en un crecido número de puntos, y especialmente hácia la raiz y en el centro, ofrecia pequeñas masas rojas y compactas, que constituian otras tantas hepatizaciones parciales. En otros sitios, igualmente circunseritos, no era completa todavia la hepatización; pero el tejido pulmonar, muy infartado, se desgarraba con una facilidad notable; los bronquios presentaban un color rojo intenso hasta sus ramificaciones mas pequeñas. El final del intestino delgado y el ciego tenian muchas ulceraciones con rubicundez de la membrana á su rededor, y las glándulas mesentéricas correspondientes á esta porcion del intestino se hallaban rojas y abultadas.

---

La abertura del cadáver ha manifestado en el precedente caso la especie de alteración que puede sufrir el tejido pulmonar en las neumonias, cuyo sitio no es anunciado por la auscultación ni la percusión. Las numerosas inflamaciones parciales que habia, no parecian ser bastantes á producir la muerte, por lo

tanto no es á ellas , sino á la pleuresia doble , á quien principalmente debe atribuirse la fatal terminacion de la enfermedad. Los sintomas no adquirieron verdadera gravedad, la disnea en particular no fué considerable , y la existencia del enfermo no se halló comprometida hasta la época en que apareció , y principalmente hasta la en que se exasperó de nuevo dicha pleuresia doble. Se habrá observado cuán enérgico y poco eficaz fué el tratamiento antiflogístico seguido en este caso.

### XXXVII.ª OBSERVACION.

Un hombre de 37 años hizo á pie el viaje de Gueret á Paris (noventa y dos leguas) en seis dias ; tosia ya un poco cuando salió de Gueret , y á la sazón soplabá el viento con mucha violencia. El 16 de marzo de 1820, víspera de su llegada, se sintió indispuerto, y tuvo un grande escalofrio que duró parte del día, y toda la noche del 16 al 17. En aquel día hizo cama, y el 18 sintió al lado derecho del pecho , por debajo de la tetilla, un dolor vivo que solo cedió en parte á la aplicacion de un paño caliente. El 18 y el 19 tuvo fiebre, y continuó tosiendo sin expectorar. El 20 entró en la Caridad, y presentaba el estado siguiente :

Cara tranquila con un lijero tinte amarillento al rededor de la nariz y de las órbitas; integridad de las facultades sensitivas é intelectuales ; fuerzas musculares bastante bien conservadas ; decúbito dorsal , y respiracion apenas acelerada. Las grandes inspiraciones aumentaban el dolor que existia debajo de la tetilla derecha. Sonoridad perfecta y respiracion muy clara en ambos lados; tos frecuente ; esputos poco abundantes , amarillos , viscosos , reunidos en una masa gelatiniforme ; pulso frecuente y pequeño ; lengua húmeda y limpia , sed , anorexia , vientre blando é indolente , constipacion. (*Doce sanguijuelas al lado derecho , bebidas y lavativas emolientes*).

El 22 (séptimo dia contando desde que sintió el escalofrio) el color amarillento de la cara, mas pronunciado, se habia estendido á la piel de todo el cuerpo ; el pulso era muy frecuente ; la respiracion poco dificil ; la tos muy molesta , y la expectoracion habia cambiado de aspecto, volviéndose acuosa y morena , parecida al zumo de las ciruelas. (*Dos vejigatorios á los muslos*).

El octavo dia , estaban las facciones alteradas y contraidas , la debilidad era estrema , y las inspiraciones cortas y frecuentes. El ruido de la respiracion se oia bien en todos los puntos del pecho , y percutido este aparecia sonoro : la expectoracion era nula , el pulso frecuente , la piel caliente , la lengua húmeda y blanca ; habia náuseas y constipacion.

Algunas horas despues de la visita, vomitó el enfermo materiales negruzcos, se debilitó rápidamente , y se descompusieron sus facciones. A las cuatro de la tarde estaba echado sobre el lado derecho, con la cara muy pálida , los ojos cerrados y la boca abierta. Estertor de los moribundos , pulso filiforme y piel ardiente. Muerte á las cinco.

### ABERTURA DEL CADAVER.

Los dos pulmones estaban crepitantes en su superficie, é infartados de una serosidad descolorida y espumosa. Cerca de la raiz del pulmon derecho

se hallaba su parenquima reducido á pulpa de un color amarillo grisiento, que se desmenuzaba entre los dedos, y contenia una sanies purulenta. Su- biendo hácia el vertice del pulmon, á lo largo de su cara interna, se hallaron algunos puntos de hepatizacion roja. La mucosa gástrica ofreció en toda su porcion esplénica numerosos puntitos de un color rojo muy vivo. Los dos tercios superiores del intestino delgado presentaban un color rojo livido in- tenso, y contenian una veintena de ascarides lombricoides reunidas en pa- quetes hácia los sitios mas inflamados, donde las rodeaba un moco rojizo.

En este caso, como en el precedente, el sitio de la flegma- sia pulmonar explica por sí solo la causa de no haber sido re- velada por la percusion ni la auscultacion. Unicamente los es- putos indicaron, no solo la existencia de una pulmonia, sino tambien el grado de la inflamacion, la hepatizacion gris. Pero el enfermo no sucumbió como el anterior á consecuencia de la dificultad de respirar, porque la disnea no fue en él mas intensa de lo que debia corresponder á la corta estension de la flegma- sia: sucumbió en una especie de estado adinámico, como se ob- serva con frecuencia en las pulmonias terminadas por supura- cion. Su muerte debió apresurarse tambien por la flegmasia bastante intensa que residia en el conducto intestinal. Observe- mos de paso cuán poco manifiestos fueron los síntomas de esta última afeccion.

Acabamos de citar casos de pulmonias, cuyo único signo ca- racterístico fue la expectoracion. Aunque aislado, tiene este signo tanto valor, que basta para dar á conocer la naturaleza de la enfermedad. Citemos ahora casos de pulmonias sin espec- toracion, ó con expectoracion anómala.

## ARTICULO II.

### FALTA DE LOS SIGNOS QUE SUMINISTRA LA ESPECTORACION.

Recorre algunas veces la pulmonia sus diversos periodos, y termina, sea por el restablecimiento de la salud, sea por la muerte, sin que la haya anunciado ninguna especie de espec- toracion característica. Otras veces no se manifiesta tal espec- toracion mas que al principio de la enfermedad, y se suprime prematuramente. Otras, en fin, los esputos, que hasta el presente hemos visto acompañar al tercer grado, y que le anuncian de un modo mas positivo que ningun otro signo, se presentan en los otros dos grados de la enfermedad. Tales son

los límites de nuestros conocimientos que cuantas veces, después de reunir un número mas ó menos considerable de hechos particulares, tratamos de generalizar los resultados, descubrimos, en observaciones mas multiplicadas, nuevos hechos contradictorios con los primeros. Pero mientras sean estos poco numerosos, debemos considerarlos como simples escepciones de la regla general que hayamos establecido. ¡Cuán importante es (no cesaremos de repetirlo) que se familiarice el práctico con semejantes anomalías del estado morboso, á fin de que se habitúe á no desconocer una enfermedad, solo porque no vaya acompañada de los mismos síntomas!

### XXXVIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un calderero, de edad de 18 años, de una constitucion delicada, sintió el 10 de marzo de 1820 un grande escalofrio seguido de un fuerte calor. Principió á toser el dia siguiente, sin espectorar; pero al tercer dia apareció ya la espectoracion y tomó un emético. Desde esta época tuvo una diarrea ligera. El 13 de marzo entró en la Caridad, siendo su estado el siguiente:

Semblante tranquilo y bastante encendido; decúbito dorsal; tos frecuente; respiracion acelerada; ligera opresion; esputos trasparentes, cargados de aire, muy poco herrumbrosos y adherentes entre sí, pero que se desprendian del vaso volviéndole hacia abajo; sonido lijeramente macizo en la parte posterior del lado derecho del torax; estertor crepitante en el mismo lado; pulso lleno y frecuente; piel caliente y seca; boca pastosa; lengua amarilla y húmeda; sed bastante intensa; cuatro cámaras liquidas desde el dia antes por la mañana. (*Treinta sanguijuelas al ano, vejigatorios á las piernas. Bebidas emolientes.*)

El siguiente dia, sexto de la enfermedad, respiracion mas acelerada, disnea mas considerable, persistencia del sonido macizo, falta del ruido respiratorio en los puntos en que el dia anterior se percibia el estertor crepitante; los esputos, siempre trasparentes, y apenas herrumbrosos, tenian tal viscosidad, que podía volverse el vaso y agitarle con fuerza, sin que se desprendiesen; igual estado del pulso; cuatro cámaras. *Todos los signos anunciaban la hepaticacion del pulmon. (Veinte sanguijuelas al ano, dos vejigatorios á los muslos. Infusion de borraja, agua de cebada. Dos caldos.)*

El sétimo dia, igual estado: esputos muy poco abundantes.

El octavo, respiracion corta y muy acelerada; opresion considerable. La percusion y la auscultacion daban los mismos signos. La tos era frecuente, y la espectoracion nula. El pulso muy frecuente, fuerte y vibrátil; la piel caliente y seca; la lengua y los labios rojos y secos; tres cámaras liquidas, y orina poco abundante y encendida. (*Sangria de doce onzas, dos sinapismos.*)

El noveno dia, se hallaba el paciente muy anheloso; las inspiraciones eran cortas y como abortadas; *tosia sin espectorar* ni sentir necesidad de hacerlo. El pulso, aunque con igual frecuencia, habia perdido mucha fuerza; la piel continuaba seca; cuatro cámaras, é igual estado de la orina que el dia anterior. (*Sinapismos. Cocimiento de poligala gomado.*)

Décimo dia, se oyó de nuevo un poco de estertor crepitante, (*Tránsito*

*del segundo al primer grado de la pulmonia.*) En todo lo demas igual estado.

El undécimo día era la respiracion menos acelerada y un poco mas profunda; *espectoracion siempre nula*, aunque la tos fuese muy frecuente; estertor crepitante muy notable en la parte posterior derecha del torax; sonido macizo como los días anteriores. Cara mas animada; lengua siempre roja y seca; continuacion de la diarrea.

El duodécimo, décimo tercio y décimo cuarto día, mejoría lenta, pero sensible, de los diferentes síntomas. El enfermo se hallaba en una debilidad extraordinaria; no habia sudor, y persistia la diarrea. (*Una onza de raiz de poligala para dos cuartillos de cocimiento, con la adición de dos onzas de jarabe de membrillo. Poción tónica con cuatro granos de escila; agua de cebada.*)

Los días siguientes fue haciéndose mas libre la respiracion; la tos era poco frecuente y *siempre seca*; seguian el sonido macizo y el estertor crepitante. Las facciones volvieron à su estado natural; las fuerzas se restablecieron; la lengua perdió en gran parte su rubicundez y recobró la humedad; continuó la diarrea. (*Las mismas prescripciones. Diascordio por la tarde.*)

El décimo nono día eran ligeramente turbias las orinas. Los días vigésimo primero y vigésimo segundo, hubo sudores abundantes; persistieron el estertor crepitante y el sonido macizo; la tos fue rara y *siempre seca*; el pulso conservaba su frecuencia y cesó la diarrea.

El vigésimo tercio día, no habia ya sudor. El ruido natural de la respiracion principiaba à reemplazar al estertor, y el enfermo se hallaba en buen estado. Por último, el día vigésimo sétimo, se oia igualmente bien en ambos lados del pecho el ruido respiratorio; habia desaparecido el sonido macizo, y el pulso estaba natural. El enfermo salió del hospital cinco días despues, perfectamente restablecido.

En este sugeto se manifestó al principio la espectoracion con sus caracteres acostumbrados; apareció el tercer día, y despues fue aumentando su viscosidad à medida que progresaba la inflamacion del pulmon. Pero el octavo día, cuando se hallaba la flegmasia pulmonar en su mas alto grado, se suprimió dicha evacuacion repentinamente, y no se restableció hasta la terminacion de la enfermedad. No hubo solamente supresion de la escrescion de los esputos; cesaron en realidad de segregarse. La resolucion de la neumonia se verificó con mucha lentitud, y pareció ser favorecida por sudores abundantes. Desde el décimo día, anunció, es verdad, un principio de resolucion la vuelta del ruido crepitante; pero esta resolucion no hizo ningun progreso durante los doce ó trece días siguientes, y la persistencia del sonido macizo, y la naturaleza del estertor crepitante, al cual no se mezclaba el ruido natural de la expansion pulmonar, indicaban suficientemente que la hepatizacion predominaba todavía mucho sobre el infarto. Al cabo de este tiempo

aparecieron copiosos sudores, y entonces es cuando se observó una resolución mas franca y rápida.

Prodigáronse mucho menos las evacuaciones sanguíneas en este enfermo, que en el mas crecido número de los precedentes. Despues del décimo día se empleó una medicacion tónica bastante activa, cuya influencia seria muy difícil determinar bien. Sin embargo, siempre resulta que se administraron los tónicos cuando se advertian aun síntomas de irritacion intestinal, y que á pesar de ello dichos síntomas se disiparon al mismo tiempo que se efectuó la resolución de la neumonia.

### XXXIX.ª OBSERVACION.

Un hombre, de edad de 61 años, sintió el 6 de junio de 1820 una incomodidad general; tuvo náuseas continuas, y por la tarde fiebre, tos y disnea. Aquella noche siguió en el mismo estado; pero al día siguiente habian ya adquirido los síntomas mayor intensidad, y se presentó la expectoracion. Se llamó á un médico, que prescribió *un vomitivo, un vejigatorio al pecho y bebidas dulcificantes*. El enfermo arrojó por el vómito crecida cantidad de bilis.

Por fin entró en la Caridad el 10 de junio, y en la mañana del 11 (quinto de la enfermedad), se hallaba en el estado siguiente: cara pálida y abatida; ansiedad general muy grande; decúbito dorsal; postracion; respiracion muy acelerada; tos frecuente con expectoracion acuosa y negruzca parecida al zumo de las ciruelas. El ruido de expansion pulmonar se oía muy bien en todo el lado izquierdo. A la derecha se percibía en muchos puntos el estertor crepitante, y en otros, principalmente en la parte inferior, no se oía nada. Estertor sibilante por intervalos. Pulso frecuente y de mediana fuerza, con poco calor en la piel. Lengua cubierta de una capa amarillenta muy espesa; boca amarga; vientre blando é indolente; cámaras en su estado natural. (*Dos vejigatorios á las piernas; doce granos de hipecacuana*. El día antes por la tarde se habia practicado una sangría de ocho onzas.)

He aquí el diagnóstico que se formó: neumonia en el primer grado, en la parte superior del pulmon derecho; neumonia en segundo grado, y probablemente (si se atiende á la naturaleza de los esputos) en tercero, hácia la base del mismo pulmon. La grande postracion, la estremada disnea, y finalmente la naturaleza de la expectoracion nos condujeron á establecer un pronóstico muy poco favorable.

El enfermo murió á las cuatro de la mañana siguiente, es decir, en el sexto día de su enfermedad.

### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticacion roja del lóbulo inferior del pulmon derecho. El lóbulo medio estaba en parte infartado y en parte hepaticado como el inferior; los bronquios presentaban un color rojo lívido muy subido, y estaban llenos de un liquido moreno y espumoso, parecido á los materiales expectorados.

Es interesante la observacion que precede, porque prueba que la espectoracion acuosa, parecida al extracto líquido de regaliz ó al zumo de las ciruelas, que dejamos descrita, puede manifestarse en el curso de una pulmonía, sin que el pulmon se encuentre en supuracion, ni haya otra cosa mas que la hepatizacion roja. Pero este caso, lo repetimos, nos parece excepcional.

¿Necesitamos decir que si el primer dia, antes de entrar en el hospital, se hubiera sangrado á este enfermo en vez de hacerle vomitar y aplicarle prematuramente un vejigatorio al pecho, no hubiese tal vez sucumbido?

#### XI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un carpintero, de edad de 23 años, bastante bien constituido, se hallaba padeciendo mas de dos meses hacia una afeccion reumática, para cuya curacion tomaba los baños en el hospital de San Luis. El 18 de febrero, despues de haberse entregado todo el dia á su trabajo acostumbrado, sintió á las cinco de la tarde un escalofrio general, al que reemplazó muy pronto un calor abrasador. Por la noche principió á toser; pero no por eso dejó al dia siguiente de ir al baño: cuando volvió á su casa se hallaba con un escalofrio terrible, un dolor al costado, debajo de la tetilla derecha, y aumento de la tos. En tal estado permaneció, sin salir de casa, hasta el lunes 22, tomando agua azucarada y un poco de vino. En la noche del 22 al 23 entró en la Caridad, y esperiméntó por primera vez un sudor abundante que seguía aun en la mañana del 23 (quinto dia de la enfermedad). Percutido entonces el torax daba un sonido macizo en la parte inferior del lado derecho; la auscultacion descubria un estertor crepitante muy notable debajo de la axila del mismo lado. En la parte inferior faltaba completamente la respiracion; el enfermo sentia mucha opresion; sus movimientos inspiratorios eran precipitados y cortos; tosía con frecuencia, y arrojaba esputos acuosos parecidos por el color y la consistencia al zumo de las ciruelas. Los espacios intercostales del lado derecho, desde la cuarta hasta la sesta ó sétima costilla, estaban dolorosos á la presion. Pulso frecuente y lleno; lengua blanquecina; constipacion. (*Sangría de diez y seis onzas*). La sangre sacada esta vez y la anterior se cubrió de una costra inflamatoria gruesa.

El sexto dia, fué la respiracion mas libre, y sudó el enfermo por la noche. El sétimo, se felicitaba por la mejoría que habia experimentado. El sonido macizo de la parte inferior del lado derecho era mayor, y se oía en aquel mismo punto el estertor crepitante. La respiracion, que apenas parecia difícil cuando el paciente estaba echado, se aceleraba extraordinariamente si procuraba sentarse. El dolor del costado habia desaparecido; el pulso conservaba solamente una mediana frecuencia, y sin embargo los esputos seguian presentando su mal aspecto; aquella noche habia continuado el sudor. El octavo dia permaneció el enfermo en el mismo estado, y sudó tambien.

El noveno, décimo y undécimo dia, volvió á ser la espectoracion puramente catarral. El ruido respiratorio habia reemplazado, debajo de la axila derecha, al estertor crepitante, el cual mas abajo se notaba aun, pero con

mezcla de ruido de expansion pulmonar. El pulso continuaba frecuente, y por las noches habia sudor. (*Cocimiento de poligala*). El undécimo y duodécimo dia fué adquiriendo mayor predominio el ruido de expansion pulmonar sobre el estertor crepitante. El dia décimo cuarto, no se oyó este mas que en algunos puntos, y por intervalos; una abundante diarrea reemplazó los sudores, y persistió durante los cinco ó seis dias siguientes. Al cabo de este tiempo anunciaron todos los signos una completa resolucion de la neumonia.

Tampoco en este enfermo, como en el precedente, pasó en realidad la neumonia del segundo grado, aunque la respiracion pareciese anunciar la existencia del tercero. En todo lo demas se sucedieron los síntomas con mucha regularidad. Cuando el paciente entró en el hospital no habia mas que un simple infarto inflamatorio hácia el vértice del pulmon derecho, y hepaticacion roja de una parte de su lóbulo inferior. La hepaticacion volvió muy pronto á quedar en infarto; pero la resolucion completa de este tardó mucho en verificarse: todavia se oyó el estertor crepitante muchos dias despues de haber empezado á presentar la espectoracion los caracteres de catarral. Los sudores que habian aparecido al mismo tiempo que principió el alivio del enfermo, fueron reemplazados el décimo cuarto dia por una diarrea abundante; cuyo flujo ventral establecido espontáneamente, apresuró tal vez la completa resolucion de la neumonia, y pudiera ser incluido con algun fundamento en el número de los fenómenos críticos.

Pocas sangrias fueron necesarias: la resolucion pareció principiar inmediatamente despues de la segunda, y desde este momento fué abandonada la enfermedad casi á los solos esfuerzos de la naturaleza. En casos de este género es cuando hemos visto muchas veces que el uso de los vejigatorios apresuraba la resolucion de una manera notable.

#### XLI.ª OBSERVACION.

Un cocinero, de edad de 56 años, de una constitucion débil, sintió, el 5 de julio de 1820, un vivo dolor por debajo de la tetilla derecha, y segun dijo, tosió y espectoró los dias siguientes. Luego que entró en la Caridad, la tarde del 10, se le hizo una sangria general, y en la mañana del 11 (sesto dia) era su estado el siguiente:

Respiracion medianamente acelerada; percusion dolorosa, sin sonido matizo, en toda la parte lateral derecha del torax. El ruido de expansion pulmonar, muy fuerte y limpio en el lado izquierdo, se hallaba reemplazado en la parte inferior y posterior del derecho por un estertor crepitante que no le oscurecia del todo; á la altura de la escapula, y debajo de la clavícula del

mismo lado, se oía la respiración con tanta fuerza y claridad como en el lado izquierdo; el pulso estaba frecuente y lleno; la cara encendida, y las fuerzas bastante bien conservadas. Tal conjunto de síntomas no parecía anunciar más que una neumonía en el primer grado. Sin embargo, nos causó extrañeza el estado de los esputos que se espelían con facilidad, pero estaban formados por un líquido parecido al zumo de las ciruelas. (*Veinte sanguijuelas al lado derecho, bebidas y lavativas emolientes*).

El día siguiente, sétimo de la enfermedad, habían tomado los esputos un aspecto que se hallaba ya en relación con los otros síntomas; eran ligeramente herrumbrosos y viscosos, tales como por lo común se observan en el primer grado de la neumonía. Por lo demás el enfermo se hallaba en el mismo estado.

El octavo y noveno día, se percibió el ruido de expansión pulmonar de un modo cada vez más claro en aquellos sitios donde se notaba el estertor crepitante; la respiración se hallaba muy poco acelerada, y el pulso apenas frecuente; los esputos conservaban el mismo aspecto.

Los días siguientes se hizo la expectoración puramente catarral. El enfermo entró en convalecencia.

---

En este sugeto no hubo siquiera un principio de hepatización roja; la neumonía fué tan ligera que no necesitó más que una sangría y la aplicación de veinte sanguijuelas al sitio del dolor. Sin embargo, todavía hemos observado aquí una expectoración parecida al zumo de las ciruelas, aunque solo se manifestó un día, y fué inmediatamente reemplazada por la que es propia del primer grado.

Meditando acerca de los tres hechos de expectoración anómala que acabamos de citar, debemos convencernos bastante de que en la neumonía no puede la inspección de los esputos suministrar más que probabilidades más ó menos grandes, pero nunca una completa certidumbre respecto al grado en que la enfermedad se encuentra, ni respecto á la terminación que deberá tener. Pasemos á citar otros casos en que la pulmonía no fué acompañada de ningún género de expectoración característica.

#### XLII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un hombre, de edad de 30 años, que entró en la Caridad al principio del mes de setiembre de 1819, sintió de repente un dolor vivo por debajo de la tetilla izquierda. Tenía una fiebre violenta, respiraba con dificultad y tosía sin expectorar; por la noche deliró algo. En igual estado permaneció el día siguiente. Le vimos por primera vez en la mañana del tercer día. Entonces estaba su semblante pálido, abatido; el decúbito se verificaba sobre el dorso; las respiraciones eran cortas y muy pronunciadas; el sonido macizo en casi to-

En la estension del lado izquierdo del pecho; la tos frecuente; la expectoracion puramente catarral, y el pulso frecuente y pequeño. Todo conducia á creer que en la pleura izquierda se habia verificado un derrame. (*Sangria de doce onzas*).

El cuarto dia se hallaba el enfermo en el mismo estado. (*Estenso vejigatorio al lado izquierdo del torax*).

El quinto dia hallamos al enfermo en una extrema ansiedad. Espresaba á gritos los dolores que sentia, refiriendo su sitio á la region diafragmática. *Ninguna expectoracion*. Delirio durante la noche.

El sexto dia, se habian alterado profundamente las facciones; el enfermo estaba anheloso; habia expectorado algunas mucosidades transparentes, mezcladas con estrias opacas, como en la bronquitis aguda. Muerte durante la noche del sexto al sétimo dia.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

No se halló en la pleura ningun derrame; solo se advirtieron unas adherencias antiguas entre la costal y la pulmonar. La base del pulmon izquierdo estaba unida al diafragma por una capa albuminosa blanda no organizada todavia. Todo el lóbulo inferior de este mismo pulmon se encontraba en estado de hepaticacion gris, y el superior en el de hepaticacion roja. La mucosa bronquial ofrecia un color rojo rutilante.

En la época que se recogió esta observacion no se hallaba generalizado el método de la auscultacion, sin el cual era imposible en el presente caso dejar de confundir la neumonia con un derrame. Aun haciendo uso de dicho método es dudoso que se hubiera evitado la equivocacion. En efecto, era el sonido tan sumamente macizo desde el primer dia en que vimos al enfermo, que hay motivos para creer que desde entonces era ya completa la hepaticacion: y en tal caso ¿qué luz hubiera dado la auscultacion? O bien no hubiéramos advertido ni ruido respiratorio, ni estertor, ni resonancia particular de la voz, lo que podia depender tanto de un derrame considerable como de una completa hepaticacion, ó bien hubiéramos oido la respiracion bronquial y esa resonancia de la voz, que unas veces se parece á la egofonia, y otras á la pectoriloquia; pero tantos grados presentan dichos signos que, escepto los casos de egofonia bien caracterizada, no bastarian, á nuestro entender, por sí solos para distinguir un derrame en la pleura de una hepaticacion del pulmon (1). No sucede asi cuando se vé á los en-

---

(1) En el dia creo que la existencia de la respiracion bronquial puede, en la inmensa mayoría de casos, ser suficiente á evitar esta equivocacion. (Nota de la tercera edicion.)

fermos antes de ser completa la hepatizacion; entonces suministra la auscultacion nuevos signos que, á pesar de la falta de los esputos característicos, no dejan duda alguna acerca de la existencia de la neumonia, como lo vamos á ver comprobado en las observaciones siguientes.

#### XLIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un albañil, de edad de 52 años, de piel blanca, cabellos rojos y músculos poco desarrollados, entró en la Caridad el 21 de junio de 1822. Había llegado á Paris poco tiempo antes, y presentaba el conjunto de síntomas que constituye la fiebre biliosa: tratado sencillamente por el sólo uso de las bebidas acidulas, se hallaba á principios de julio en completa convalecencia. Hacia no obstante algunos dias que habia contraído un catarro pulmonar poco intenso. El 6 de julio se exasperó esta afeccion, y sobrevino fiebre. El 7 y el 8, accesos de tos frecuentes y muy penosos, con dolor dislacerante detras del esternon y continuacion de la fiebre. (*Bebidas emolientes, dicta.*)

El 9, parecia hallarse por primera vez la respiracion notablemente acelerada, y la fiebre era intensa. Sin embargo, la sonoridad del pecho se habia conservado, y los esputos eran simplemente catarrales; pero la auscultacion dió á reconocer un poco de estertor crepitante con mezcla del ruido de expansion pulmonar, en el espacio comprendido entre la clavícula izquierda y la tetilla, en el hueco de la axila y en las fosas supra é infraspina del mismo lado.

En las demas partes era fuerte el ruido de la respiracion, y solo en algunos puntos estaba oscurecida su grande claridad por un poco de estertor mucoso. M. Lermnier anunció la existencia de una flegmasia, en primer grado, del lóbulo superior del pulmon izquierdo. Esta flegmasia parecia haber sucedido poco á poco á la de los bronquios. (*Veinte sanguijuelas debajo de la clavícula izquierda, sangria de doce onzas.*) La sangre se cubrió de una costra espesa, y formó un coágulo pequeño, rodeado de una serosidad abundante.

El 10, igual estado. El 11, un estertor crepitante mas pronunciado ocultaba enteramente al ruido de expansion pulmonar, y la sonoridad habia disminuido algo debajo de la clavícula izquierda. Habia pues progresado la flegmasia pulmonar; mas sin embargo *la expectoracion continuaba siendo catarral.* (*Sangria de doce onzas.*) La sangre presentó costra inflamatoria como la primera vez.

El 12 y el 13, no ocurrió cambio notable, especialmente en los esputos, que eran poco abundantes, y formados por un moco blando y filamentososo. (*Fejigatorius á las piernas.*)

El 14, no se oía mas en las partes indicadas, correspondientes al lóbulo superior del pulmon izquierdo, que un estertor crepitante muy débil, sin mezcla de ruido inspiratorio: debajo de la clavícula, y en el hueco de la axila del mismo lado, era el sonido macizo: la respiracion se ejecutaba con mayor dificultad que los dias anteriores. *Persistia el aspecto catarral de los esputos.* El pulso era frecuente y bastante duro, la piel caliente y seca. *Habia pues principio manifesto de hepatizacion,* por lo que se insistió todavía en las

evacuaciones de sangre. (*Sangría de diez y seis onzas.*) Sangre con costra y el coágulo tan blando, que muy facilmente se disolvía en la serosidad.

El 15, 16 y 17, pareció que la enfermedad se mantenía estacionaria; los esputos no cambiaron de aspecto. Solo se hizo uso de bebidas emolientes.

El 18, nueva exasperacion, sonido muy macizo debajo de la clavícula izquierda. Entre este hueso y la tetilla, y posteriormente al nivel de la espina del omoplato, se oía, cada vez que inspiraba el enfermo, ese ruido particular que hemos designado bajo el nombre de respiracion bronquial. Cuando hablaba, producía la voz una resonancia notable, que no existía en ningun otro punto del torax. Esta doble modificacion del ruido respiratorio y de la voz era tan notable y bien caracterizada, que la hubiéramos atribuido á la existencia de una escavacion tuberculosa vacía, si los demas signos conmemorativos y actuales no nos hubieran apartado de semejante idea. La disnea era considerable. Los esputos no se habian hecho característicos. El pulso, muy frecuente, habia perdido su dureza. (*Sangría de ocho onzas, vejigatorios á los muslos.*) La sangre presentó costra inflamatoria y formó un coágulo estenso y blando.

El 19, era tan difícil la respiracion, que apenas pudo el enfermo pronunciar algunas palabras entrecortadas, con voz anhelosa. Ademas continuaban los mismos sintomas anteriores. (*Sinapismos á las estremidades inferiores.*)

El 20, estertor crepitante debajo de la clavícula derecha. El 21 y 22 persistía el estertor, y á la izquierda se oían siempre la respiracion bronquial y la resonancia de la voz. El paciente no espectoraba ya. Sucumbió el 24 por la dificultad de respirar, que habia sido cada vez mayor.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo superior del pulmon izquierdo presentaba un tejido rojo, compacto, que se precipitaba al fondo del agua, y se desgarraba con tanta facilidad que parecia formado por una multitud de granulaciones pequeñas, rojas y apretadas las unas contra las otras. El lóbulo superior del pulmon derecho hacia contraste con los otros lóbulos del mismo pulmon, por su color muy rojo, su consistencia menor, y la enorme cantidad de serosidad sanguinolenta que corria de él cuando se le cortaba. Las demas partes del tejido pulmonar estaban sanas. Los bronquios, muy rojos, se hallaban llenos de las mucosidades acumuladas en ellos desde que se suprimió la espectoracion. No habia ningun vestigio de inflamacion de las pleuras. Una sangre negra, coagulada en parte, distendia las cavidades derechas del corazón. El hígado y el bazo estaban ingurgitados de sangre. Una fuerte inyeccion sub-mucosa coloraba la superficie interna del estómago y del tubo intestinal. Los folículos mucosos de los intestinos gruesos eran notables por su gran desarrollo.

No hubo necesidad en este enfermo de la existencia de los esputos característicos, para reconocer la flegmasia pulmonar. Hemos visto pocos casos en que la auscultacion haya suministrado datos tan positivos. Dia por dia pudieron seguirse,

en cierto modo, los progresos de la flegmasia, con tanta precision como si se emplease el sentido de la vista.

Antes de estar en uso el doble método de la percusion y la auscultacion, hubiera sido la disnea el único signo que condujese á reconocer, ó mas bien á adivinar, la existencia de la neumonia. Por eso las inflamaciones pulmonares, sin expectoracion característica, debian por lo comun ocultarse á la investigacion de los médicos; y es de admirar la grande sagacidad de Stoll, que mas de una vez llegó á conocer las pulmonias latentes por solo los caracteres de la respiracion.

Largo tiempo ha sido considerada como señal de peligro en la pulmonia, la falta de esputos sanguinolentos. Van Swieten (comentarios á Boerhaave) establece que las neumonias sin expectoracion son peligrosas por las lesiones orgánicas que dejan en pos de sí, ya en los pulmones, ya en otras vísceras, y Cullen creia tambien que era muy raro que tales pulmonias terminasen por una franca resolucion; cuyos principios parecen fundarse principalmente sobre la teoría que consideraba á la neumonia como producto de una materia morbosa que se fijaba en el pulmon. Si las dos observaciones que acabamos de referir confirman á primera vista la opinion de Van Swieten y de Cullen, las dos siguientes van á invalidarla.

#### XLIV.ª OBSERVACION.

Un hombre, de 46 años, que habitualmente gozaba de buena salud, padeció durante tres semanas un dolor vivo en la parte lateral izquierda del torax, al nivel de las seis ó siete últimas costillas de este lado; dolor que se aumentaba por la inspiracion y por la percusion. No tosia ni tenia fiebre. Habia caracterizado de reumático dicho dolor, y se le combatió por la aplicacion de doce sanguijuelas. Persistió, y se hizo una sangria que no fue mas eficaz. Al fin desapareció completamente por medio de un vejigatorio ambulante. Libre ya el enfermo de su dolor, se disponia á dejar el hospital, cuando de repente se le aceleró el pulso, se aumentó el calor de la piel, y se hizo la respiracion corta y frecuente. Al mismo tiempo tenia tos ligera, con *expectoracion puramente catarral*. El ruido de expansion pulmonar era en todas partes muy claro, excepto en la posterior é izquierda, donde se percibia estertor crepitante. Percutido el pecho, resonaba bien en todos sus puntos. M. Lermínier creyó indudable la existencia de una pulmonia en el lado izquierdo, y prescribió una sangria de diez y seis onzas.

El dia siguiente se hallaba el enfermo en igual estado.

El tercer dia, se notaba un poco de sonido macizo en la parte posterior é izquierda, y persistia el estertor crepitante. Hasta el dia noveno siguieron la percusion y la auscultacion dando los mismos signos: la fiebre, la disnea y la tos persistieron tambien. La expectoracion ofreció constantemente los caracteres que la son propios en la simple bronquitis aguda. Despues del noveno dia, disminuyó el estertor, como tambien el sonido macizo: el ruido de la respira-

cion recobró poco á poco en la parte posterior é izquierda del pecho la claridad correspondiente al estado sano, y al mismo tiempo se hizo menos fuerte en los otros puntos. Poco tardó en verificarse el completo restablecimiento del estado normal.

La falta de toda expectoracion característica hubiera hecho imposible el diagnóstico de esta pulmonia, antes de estar en uso el método de la auscultacion. Por otra parte, fue bastante ligera la flegmasia pulmonar; probablemente no pasó del primer grado, pero merece notarse por su larga duracion: despues de haber permanecido estacionaria durante muchos dias, disminuyó poco á poco, sin que su resolucion fuese determinada por ningun fenómeno crítico. Haremos observar tambien el carácter del dolor que precedió á la invasion de la neumonia. ¿Dependia de una inflamacion de la pleura? Despues de haber resistido á las evacuaciones sanguineas, cedió al uso de un vejigatorio aplicado sobre el sitio dolorido.

#### XLV.ª OBSERVACION.

Un jóven, de edad de 16 años, débilmente constituido, entró en la Caridad durante el mes de abril de 1821. Todo el invierno que acababa de pasar se habia entregado á trabajos demasiado fatigosos para su edad y su constitucion. Tosia hacia tres semanas, y á su entrada en el hospital presentaba una ligera disnea y calentura. Percutido el pecho, resonaba un poco menos en la parte posterior del lado izquierdo que en el derecho; y en aquel mismo sitio se oia un estertor crepitante bastante perceptible, sin mezcla de ningun ruido de expansion pulmonar. Atendidos estos signos, parecia justo admitir la existencia de una neumonia en su tránsito del primero al segundo grado. Sin embargo, *la expectoracion era propia del catarro simple*. La constitucion débil del enfermo, el estado casi crónico de la pulmonia, y principalmente la poca dificultad de la respiracion, indujeron á M. Lermnier á escasear las evacuaciones de sangre. El primer dia se aplicaron quince sanguijuelas al costado izquierdo, y al siguiente se cubrió el mismo lado con un estenso vejigatorio, que se hizo supurar. El enfermo no tomó mas que algunos caldos por todo alimento.

Durante los quince dias siguientes no sobrevino ningun cambio notable. Despues se hizo mas claro el sonido del lado izquierdo, y el ruido de la respiracion constantemente limpio; cesó la tos, desapareció la fiebre, y el enfermo dejó el hospital á mediados del mes de mayo, hallándose en buen estado de salud.

Se encuentra en esta observacion un ejemplo bastante notable de esas pulmonias latentes, cuya invasion, curso y sín-

tomas presentan tal oscuridad, que, sin la auscultacion y la percusion, serian indudablemente desconocidas. Muchas enfermedades del pecho, que amenudo se consideran como simples catarros pulmonares con fiebre, deben ser incluidas en el número de tales especies de pulmonías. A la verdad nada tendria de peligrosa la equivocacion en semejantes casos, si mas de una vez no hubiese hecho olvidar el uso de los medios terapéuticos convenientes. Pero abandonada á sí misma la afección pulmonar, cuando se ignora su naturaleza, y por consiguiente se desconoce su peligro, es muchas veces origen de una desorganizacion mortal del pulmon, de la produccion de túberculos en su tejido, etc.

Hay neumonias latentes, que no solo dejan de anunciarse por una expectoracion característica, sino que hasta les falta al parecer la dificultad de respirar. Estas pulmonías *sin expectoracion y sin disnea*, apenas se manifiestan mas que en el curso de otras enfermedades. Volveremos á hablar de ellas en el artículo de las complicaciones.

### ARTICULO III.

FALTA SIMULTANEA DE LOS SIGNOS SUMINISTRADOS POR LA AUSCULTACION, LA PERCUSION Y LA ESPECTORACION.

No hemos observado este caso mas que una sola vez.

#### XLVI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un sastre, de edad de 51 años, entrò en la Caridad el 22 de julio de 1822. Este sugeto, predispuesto á refriarse con la mayor facilidad hacia muchos años, y que algunas veces habia expectorado sangre, tosía mucho quince dias antes del 19 de julio, en que sintió por la mañana un vivo dolor entre la tetilla izquierda y el esternon. Al mismo tiempo se manifestó fiebre, y se hizo la tos mas frecuente y dolorosa. El 20 y el 21 persistió el dolor, y se dificultó la respiracion.

El 22, era su estado el siguiente: respiracion corta y acelerada; palabra anhelosa; toseilla casi continua, con expectoracion de materiales mucosos muy cargados de aire; persistencia del dolor, que se sentia algo en el epigástrico. Percutido el pecho, sonaba bien en todos sus puntos, y la auscultacion descubria asimismo en todas partes el ruido respiratorio con fuerza y limpieza: el pulso estaba frecuente y duro, la piel caliente y seca. Se caracterizó la enfermedad de una bronquitis aguda, complicada de pleuresia izquierda. (*Sanguis de diez y seis onzas, quince sanguijuelas sobre el punto dolorido, bebidas emolientes.*) La sangre se cubrió de costra inflamatoria,

El 23 (quinto día) había desaparecido casi enteramente el dolor pleurítico; la percusión y la auscultación suministraban los mismos datos; la expectoración era tan insignificante como siempre. Entre tanto la disnea había aumentado mucho, y la fiebre era intensa. (*Quince sanguijuelas al ano.*)

El sexto día, disnea extrema; cara pálida y contraída, y pulso tan frecuente que apenas podían contarse sus latidos. Por otra parte, falta completa del dolor; tos rara con algunos esputos catarrales; conservación de la sonoridad del pecho, y ruido respiratorio intenso y claro en todos sus puntos. Parecía evidente que ni el parenquima pulmonar ni las pleuras se encontraban afectadas. Mas por otra parte casi no podía suponerse que una simple bronquitis causase tan graves accidentes, y principalmente tan intensa dificultad de respirar; á pesar de que no faltan ejemplos de haber sucedido así (pág. 163 de este mismo tomo). Procediendo por vía de esclusión, nos inclinamos á creer que existía una pericarditis, aunque el pulso se hallase por otra parte perfectamente regular y no presentasen nada de insólito los latidos del corazón fuera de su estremada frecuencia. (*Treinta sanguijuelas á la región precordial, sangría de doce onzas.*) La sangre se cubrió de costra inflamatoria. Por la tarde y toda la noche deliró el enfermo.

El sétimo día, se hallaba en estado comatoso, y no respondía á ninguna pregunta. Los mismos síntomas respecto al pecho, (*Dos vejigatorios á las piernas*). En el resto del día se hizo la respiración estertorosa, y sucumbió el paciente por la noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Viva inyección del tejido celular sub-aracnoideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales, con infiltración purulenta en algunos puntos; ventriculos laterales distendidos por una grande cantidad de serosidad turbia.

El pulmón izquierdo presentaba cerca de su base y alrededor de la inserción de los bronquios muchos puntos en que estaba su tejido rojo, compacto y fácil de desgarrar. En el pulmón derecho, casi en los mismos sitios, había igualmente hepaticización roja, mezclada con un principio de hepaticización gris: su vértice se hallaba sembrado de algunos tubérculos rodeados de un tejido muy sano. Los bronquios estaban rojos, llenos de mucosidades, y había algunas adherencias blandas que unían el borde anterior del pulmón izquierdo con la pleura costal. El pericardio no presentaba ningún vestigio de inflamación. Nada notable había en las vísceras del abdomen.

Es curiosa esta observación por la falta de todos los signos que hubieran podido dar á conocer la existencia de una pulmonía, enfermedad que existía sin embargo, ocupando á un tiempo los dos pulmones, y que habiendo llegado ya en algunos puntos al tercer grado, era causa de la grande disnea que, en atención á la falta de los otros signos de neumonía, se pudo con alguna razón atribuir á una pericarditis. Buena ocasión es esta de repetir con Morgagni: *Adeo in medicina facile est per ea ipsa interdum decipi, quæ facere videntur ad vitandas deceptiones!* Epist. 20, pár. 30.

## CAPITULO III.

## PLEURO-NEUMONIAS COMPLICADAS CON OTRAS AFECCIONES.

Muy imperfectamente conoceria la neumonia quien no la hubiese observado mas que en aquellos sugetos que la padecen sin ninguna complicacion. Cuando está complicada acontece con frecuencia que no presenta ya en algun modo el mismo aspecto. Sobreviene durante el curso de otras afecciones; la época de su invasion se oculta á veces á la investigacion mas atenta, y suele haber desorganizado el pulmon antes que la dificultad de la respiracion ó la naturaleza de los esputos revelen su existencia. En ciertos casos, algunos de sus síntomas mas característicos pierden su valor; veremos, por ejemplo, que en muchas de las siguientes observaciones vienen á ser enteramente insignificantes, en razon á ciertas modificaciones, los signos que se deducen del estado mas ó menos libre de la respiracion, de la percusion y de la auscultacion. Otras veces sucede lo contrario; aparecen durante el curso de una pulmonia diferentes enfermedades que oscurecen ó modifican singularmente los síntomas de aquella. Y tales complicaciones no solamente deben estudiarse respecto al diagnóstico, todavía importa mas conocerlas, ya por lo que contribuyen á agravar el pronóstico, ya porque aumentan extraordinariamente las dificultades del tratamiento. En otro lugar de esta obra hemos hablado de las neumonias latentes que con tanta frecuencia se manifiestan durante el curso de las fiebres graves, y que son una de sus mas funestas complicaciones; muchas veces ningun dolor, ninguna disnea, ninguna expectoracion las acompaña; apenas se advierte una tos lijera. Ahora vamos á citar particularmente casos de neumonias complicadas, sea con otras enfermedades del pulmon, tales como la bronquitis crónica, tubérculos, edema, etc., sea con afecciones del corazon, ó sea con otras inflamaciones como las pleuresias con derrame, las pericarditis, los reumatismos, las peritonitis, las viruelas, etc. Por último, haremos mencion de algunos casos, en los cuales bajo la influencia de ciertos estados de la economía, del escorbútico por ejemplo, se observa una especie de infarto pasivo del pulmon que puede tomarse por una neumonia.

XLVII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Bronquitis crónica complicada con neumonia.

Un mozo del mercado, de edad de 60 años, entró en el hospital durante el mes de febrero de 1824. Hacia muchos años que se hallaba padeciendo una bronquitis anunciada por una tos que aparecía por accesos con expectoracion de moco puriforme muy abundante. La respiracion era habitualmente algo corta, pero por lo demas la citada flegmasia crónica no habia alterado el conjunto de las funciones nutritivas. Solo pocos dias antes de entrar el paciente en la Caridad se hizo la tos mas frecuente y mas intensa, aumentó la dificultad de la respiracion, y se encendió la fiebre. Cuando le vimos por la primera vez creimos que no habia en él mas que una simple exasperacion de la flegmasia de los bronquios. En efecto, la expectoracion no anunciaba otra cosa: estaba formada por una mucosidad clara, viscosa, con algunas estrias opacas. La auscultacion deseubria en todos los puntos del pecho un estertor mucoso muy fuerte. La sonoridad de las paredes torácicas era igual en todas partes. El pulso estaba muy frecuente, y aumentado el calor de la piel. (*Veinte sanguijuelas á cada lado del pecho*).

El siguiente dia, parecia hallarse la respiracion mas libre, y ser el pulso menos frecuente; pero en los sucesivos apareció de nuevo la disnea, y fué aumentándose progresivamente. Percutido el pecho no resonaba por debajo de la clavícula derecha ni al nivel del ángulo inferior del omoplato izquierdo. Además habia persistencia de la expectoracion catarral; estertor mucoso mas fuerte cada vez; ortopnea y estado de asfixia. Por fin sobrevino la muerte. Se habian aplicado vejigatorios al pecho y á las estremidades inferiores, é interiormente se habia hecho uso del kermes y del cocimiento de poligala.

## ABERTURA DEL CADAVER.

Mezcla de hepatizacion roja y gris en el lóbulo inferior del pulmon derecho; hepatizacion roja de una pequeña porcion del izquierdo; rubicundez general de los bronquios que se hallaban llenos de moco. Nada notable en los demas órganos.

Ofrece un ejemplo esta observacion de lo que se hubiera llamado en otro tiempo *un catarro sofocante*. La causa de todos los síntomas graves y de la muerte residia en la inflamacion del parenquima pulmonar; pero los síntomas característicos de esta flegmasia eran de tan poco bulto que sin la percusion no hubiera podido, durante la vida, reconocerse otra cosa que una bronquitis simple. La expectoracion siguió siendo catarral; el estertor, producido por la acumulacion de las mucosidades en los bronquios, impidió averiguar, mediante la auscultacion, cual era el estado del tejido pulmonar. Pudiéramos hacer mencion en

este sitio de otras muchas observaciones de bronquitis crónicas igualmente complicadas con neumonías, y anunciadas, poco mas ó menos, por el mismo conjunto de síntomas. Hemos observado tales hechos en bastante número para que podamos generalizar sus resultados, y deducir la consecuencia importante de que en los viejos que padecen bronquitis crónica la aparición de una disnea no acostumbrada y de fiebre reconocen frecuentemente por causa una inflamación mas ó menos grave del parenquima pulmonar. Esta inflamación, que en muchos casos no se halla anunciada ni por los esputos, que siguen como en el catarro, ni por la auscultación, como sucedió en el caso actual, ni aun por la percusión, cuando la flegmasia es lijera ó poco estensa; esta inflamación, digo, puede muy fácilmente desconocerse. Entonces es fácil creer que el accidente mas grave, la disnea, depende de la obstrucción de los bronquios por la materia de la expectoración, y tratar solo de facilitar la remoción del obstáculo descuidando el uso racional de las evacuaciones sanguíneas, y aun temiendo que perjudiquen. Sin embargo, en semejante caso las sangrias practicadas con la reserva que exigen la edad y la fuerza de los enfermos, se hallan tan bien indicadas y son tan eficaces como en las pulmonías mejor caracterizadas.

#### XLVIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Tubérculos pulmonares. Pulmonía intercurrente.

Un escribiente, de edad de 35 años, entró en la Caridad el 7 de agosto de 1822. Era de una constitución débil, y habia padecido frecuentes hemoptisis en el espacio de diez y ocho meses. Atormentado por una tos habitual habia enflaquecido y debilitádose extraordinariamente. Al tiempo de su entrada consistian los esputos en copos verdosos y espesos, suspendidos en una serosidad abundante. La auscultación revelaba un lijero gorgoteo en la fosa supraparina derecha; en las demas partes se oia con mucha limpieza el ruido inspiratorio, y no habia pectoriloquia. El pulso no estaba frecuente por la mañana, pero se aceleraba por la tarde, y todas las noches sudaba algo el enfermo por el cuello y el pecho. En vista de tales síntomas se formó el siguiente diagnóstico: tubérculos reblandecidos en el vértice del pulmon derecho; tubérculos crudos diseminados en el resto de los pulmones, y estado sano del parenquima pulmonar á su derredor. Hasta el 27 de agosto no sobrevino ningun cambio notable; pero entonces se observó que la respiración era mas acelerada, y que habia mucha fiebre. El enfermo se quejaba de un dolor bastante vivo por cima de la tetilla izquierda. (*Se aplicaron sanguijuelas al punto mas dolorido*).

El siguiente dia 28, desapareció el dolor; pero se aumentó la disnea, y los esputos, aunque conservaban los mismos caracteres, presentaban sin embar,

go algunas estrias de sangre. Al nivel del ángulo inferior del omoplato se notaba estertor crepitante, y la fiebre era intensa. (*Diez sanguijuelas al lado izquierdo*).

El 29, se percibia el estertor crepitante en toda la parte posterior izquierda del torax, y el mucoso con gorgoteo debajo de la clavícula derecha. Por lo demas igual estado.

El 30 y el 31, fué aumentando la disnea, y seguian oyéndose los mismos esteriores, sin disminucion de la sonoridad de las paredes. (*Vejigatorio al pecho*). El 1.º de setiembre, supresion de los esputos. Muerte el dia 2.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Tres ó cuatro escavaciones tuberculosas en el vértice del pulmon derecho, donde se habia oido el gorgoteo durante la vida. Cada una de estas cavidades, que estaban llenas de un liquido puriforme, en medio del cual nadaban pequeños grumos de materia tuberculosa, podia admitir cuando mas una nuez pequeña. En el resto del lóbulo superior, y en el lóbulo medio del pulmon derecho habia un crecido número de tubérculos crudos rodeados por un tejido sano y crepitante. En el pulmon izquierdo habia tambien numerosos tubérculos en estado de crudeza; su tejido formaba contraste con el del pulmon derecho por su color rojo, por la grande cantidad de serosidad sanguinolenta que corria de él, y por la facilidad con que se dejaba desgarrar. Los bronquios estaban rojizos, y habia ademas una lijera hipertrofia de las paredes del ventriculo izquierdo del corazon, y ulceraciones y tubérculos en los intestinos.

Tambien en este caso fueron muy oscuros los síntomas de neumonia. Solo la auscultacion reveló la existencia del infarto inflamatorio que habia en el pulmon izquierdo. Los esputos no presentaron otra modificacion que la presencia de algunas estrias sanguinolentas, insuficientes en verdad para caracterizar una pulmonia. No es infrecuente que los tísicos sucumban antes de tiempo á consecuencia de estas especies de pulmonias intercurrentes que suelen ser desconocidas, y cuya funesta terminacion pudiera evitarse algunas veces por medio de sangrias practicadas con mayor atrevimiento del acostumbrado en tales enfermos. Hay un hecho que creemos haber comprobado bien, y es, que los tísicos por punto general pueden sufrir las pulmonias mas impunemente que otros sugetos. Siempre que la inflamacion no ha invadido en ellos una gran estension del parenquima pulmonar, desaparecen con prontitud sus síntomas, y rara vez es mortal. Pero por lo comun ejerce una influencia funesta sobre el incremento de los tubérculos; acelera su desarrollo, y favorece su multiplicacion. Muy amenudo pasa tambien al estado crónico, y constituye entonces esas induraciones que con tanta frecuencia se hallan al rededor de las cavernas, y que no siem-

pre dependen de una infiltracion de materia tuberculosa. La observacion siguiente suministra un ejemplo de reblandecimiento agudo de tubérculos pulmonares á consecuencia de una neumonia.

#### XLIX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Tubérculos pulmonares. Pulmonia intercurrente que dió lugar á su reblandecimiento agudo.

Un salchichero, de edad de 28 años, entró en la Caridad durante el mes de enero de 1822. En el espacio de tres años habia padecido muchas hemotisis, frecuentes resfriados y un poco de opresion habitual, perdiendo al mismo tiempo gran parte de sus carnes. Tres dias antes de entrar en el hospital sintió un dolor en el costado derecho que persistió y fué seguido de mucha disnea. Cuando le vimos presentaba todos los sintomas de una pleuro-neumonia en primer grado: respiracion corta y acelerada; tos frecuente con expectoracion de materiales viscosos, transparentes y herrumbrosos; estertor crepitante en casi toda la estension del pulmon derecho; sonoridad algo menor en el mismo lado; fiebre; lengua blanca, y lijera diarrea. (*Sangria de doce onzas, bebidas emolientes*). La sangre presentó costra inflamatoria.

El quinto y el sexto dia, siguió en el mismo estado. El sétimo volvieron á ser catarrales los esputos; el ruido crepitante parecia mezclado en parte con el ruido de espansion pulmonar, y la respiracion era mas libre. (*Bebidas emolientes, caldos*).

Los dias siguientes disminuyó el estertor crepitante, pero no cesó del todo: el enfermo seguia tosiendo, y su pulso conservaba una lijera frecuencia. (*Se aplicó un vejigatorio al lado derecho del torax*).

El décimo octavo dia, se observó en medio de los esputos, que eran los propios de una bronquitis simple, un número crecido de grumos pequeños de un color blanco mate. ¿Serian por ventura fragmentos de tubérculos? Desde dicha época aumentó la frecuencia del pulso; volvió á presentarse el calor de la piel; la expectoracion se hizo puriforme, y pronto sobrevinieron sudores nocturnos, y cayó el enfermo en el marasmo con una rapidez admirable. El 9 de febrero, veintiocho dias despues de la invasion de la neumonia, oimos un gorgoteo muy fuerte con pectoriloquia dudosa debajo de la clavícula derecha, y en el hueco de la axila del mismo lado. Del 10 al 23, ofreció el enfermo todo el conjunto de sintomas que caracterizan una tisis pulmonar en el tercer grado. Sucumbió el 23; es decir, cuarenta y dos dias despues de la invasion de la pulmonia.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Una vasta escavacion tuberculosa en el vértice del pulmon derecho. Crecido número de tubérculos crudos en el resto del mismo pulmon, y algo menos numerosos en el izquierdo. Por lo demas, estado sano del parenquima pulmonar.

No puede dudarse que los pulmones de este sugeto contenian ya tubérculos antes de la pulmonía; pero estas degeneraciones en estado de crudeza y poco multiplicadas no hubieran llegado

acaso á ser mortales sino despues de un largo espacio de tiempo. Pero en tales circunstancias una flegmasia aguda atacó á uno de los pulmones, y aunque fué poco intensa y cedió con facilidad, influyó sobre los tubérculos preexistentes, inflamándolos y reblandeciéndolos, al paso que ayudaba á la formacion de otros. Dado una vez el impulso á este trabajo morboso, recorrió el enfermo en menos de seis semanas los tres grados de la tisis. En apoyo de nuestra opinion merece observarse que en el pulmon izquierdo, que no habia sido invadido por la flegmasia, se encontraron todos los tubérculos en estado de crudeza y en número considerablemente menor, tales como se hallaban sin duda en el derecho antes de sobrevenir la neumonia.

#### L.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Neumonia con derrame pleurítico en el mismo lado.

Una mujer, de edad de 68 años, entró en la Caridad el 1.º de febrero de 1820. Iban pasados cinco dias que la molestaba un dolor debajo de la mama izquierda, dolor que se aumentaba por la percusion y los movimientos inspiratorios. La respiracion era corta y acelerada; la enferma tosía muchas veces sin espectorar. Percutido el pecho resonaba bien en todas partes, escepto en la posterior é izquierda, desde el ángulo inferior del omoplato hasta la base del torax. En la misma estension se oía el ruido de expansion pulmonar con limpieza, pero mucho mas débil que en los demas puntos, y cuando hablaba la paciente se percibia un retemblor particular de la voz (egofonia). El pulso era frecuente y duro, y la piel se hallaba caliente y seca: todo, en una palabra, anunciaba la existencia de un derrame en la pleura izquierda. (*Sangría de doce onzas, quince sanguijuelas al lado izquierdo del torax, bebidas emolientes*).

El 2 de febrero, respiracion bronquial y voz caprina mas considerable en la parte donde se suponía el derrame, el cual parecia haberse aumentado. (*Vejigatorio al costado izquierdo*).

El 3, disnea mucho mas fuerte que los dias anteriores, sin embargo de que respecto al derrame dió la auscultacion iguales datos que el anterior; pero en el espacio comprendido entre la clavícula izquierda y la mama del mismo lado se oyó, por primera vez, un estertor crepitante débil, con mezcla de ruido de expansion pulmonar. La sonoridad no era menor en dicho sitio: los esputos conservaban su aspecto catarral. (*Sinapismos á las piernas*).

El 4, esputos propios de la pulmonia, estertor crepitante sin ruido de expansion pulmonar, y sonido algo macizo debajo de la clavícula izquierda. Posterior é inferiormente, en el mismo lado, sonido muy macizo, respiracion bronquial muy fuerte, y egofonia. Disnea considerable; frecuencia y dureza del pulso; lengua seca. (*Sangría de ocho onzas, dos vejigatorios á las piernas, bebidas emolientes*).

El 5 y el 6, fué reemplado el estertor crepitante que se advertía debajo de la clavícula izquierda por la respiracion bronquial, y en este punto era el sonido muy macizo. En la parte posterior é inferior del mismo lado no se ad-

vertía ya ni respiracion bronquial, ni egofonía: los esputos eran herrumbrosos y muy viscosos. (*Looc con cuatro granos de kermes*). Los dos dias siguientes, fué la disnea haciéndose cada vez mas considerable; suprimiöse la espectoracion; la traquearteria y la laringe se llenaron de mucosidades, y sucumbió el enfermo durante la noche del 8 al 9 de febrero.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Se halló derramada en la pleura izquierda como media azumbre de serosidad rojiza; pero es de advertir que el derrame no escedia del nivel del lóbulo inferior, porque á esta altura se estendian desde las costillas al pulmon unas membranas que dividian en dos partes la cavidad de la pleura formando una especie de tabique. El lóbulo inferior del pulmon, vacío de aire y cubierto de falsas membranas blandas, estaba rechazado hácia las paredes de la columna vertebral. El lóbulo superior del mismo pulmon se hallaba rojo, compacto y enteramente impermeable al aire (hepatizacion roja). El pulmon derecho, muy adherido á las costillas por bridas celulares de antigua formacion, contenia en su vértice algunos tuberculillos reblandecidos. La mucosa gástrica apareció roja y reblandecida en muchos puntos de su estension.

Hemos podido seguir en este enfermo, con una precision extraordinaria, el sucesivo incremento del derrame pleurítico y de la neumonia. Hemos hallado, como signos comunes de estas dos afecciones, el sonido macizo y la respiracion bronquial; y como signos propios de la pulmonía, el estertor crepitante, reemplazado despues por la respiracion bronquial; y principalmente los esputos. Mientras no hubo mas que simple derrame, fue ligera la disnea: solo cuando el pulmon principió á inflamarse, se hizo considerable la dificultad de respirar, y se agravó la enfermedad notablemente. Notemos como circunstancia accesoria, la existencia de algunos tubérculos pulmonares reblandecidos en un sugeto de mas de sesenta años.

#### LL.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Pulmonia con hidrotórax en el lado opuesto y aneurisma del corazon.

Un hombre de 60 años, que trabajaba habitualmente en una cantera, padeció en 1816 una pleuro-neumonia del lado derecho. Los dos años siguientes, gozó de buena salud. En 1819 principió á ser su respiracion un poco difícil; en 1820 se le pusieron las piernas edematosas; pero la quietud bastó para disipar aquella infiltracion parcial. De 1820 á 1822, sufrió muchos catarros pulmonares, y fue creciendo la disnea. El enfermo entró en la Caridad el 16 de setiembre de 1822; entonces era la respiracion corta y precipitada, y la palabra algo anhelosa. Tosia poco y no espectoraba. Percutido el pecho daba un sonido macizo en la parte izquierda y posterior, desde el ángulo inferior

del omoplato, hasta la base del torax. En la misma estension habia egofonia evidente y respiracion bronquial: ademas, el sonido que resultaba de la percusion era claro, y el ruido de expansion pulmonar fuerte y limpio. La impulsión del corazon era poco perceptible, pero el ruido de sus movimientos se advertia desde la parte inferior del esternon, hasta debajo de la clavícula izquierda; el pulso, notable por su pequeñez é intermitencia, no era frecuente, y la piel no presentaba aumento de calor. Se formó el siguiente diagnóstico: dilatacion de ambos ventriculos, é hidrotórax sintomático. (*Sangria de doce onzas.*) La sangre no formó costra inflamatoria. Los dias siguientes pareció ser mas libre la respiracion, y no sobrevino ningun cambio notable hasta el 27. (*Vejigatorio al lado izquierdo.*)

En la noche del 26 al 27 se advirtió en él una locuacidad no acostumbrada. La opresion habia vuelto à ser considerable; el pulso, siempre pequeño é intermitente, presentaba mayor frecuencia. (*Sinapismos à las piernas.*)

El 28, habia vuelto la inteligencia à su estado natural, pero el pulso conservaba su frecuencia; los esputos eran por la primera vez viscosos y herrumbrosos. En varios puntos de la parte posterior del lado derecho se oia el estertor crepitante, y en el izquierdo no se advertia ningun cambio. (*Sangria de ocho onzas.*)

El 29 y el 30, se notaron los mismos síntomas por parte del pecho, y hubo ademas frecuentes alternativas de delirio alegre y de razon perfecta. (*Dos vejigatorios à las piernas, polvos de Dover, borraja.*)

El 1 y el 2 de octubre, persistia la viscosidad y el color herrumbroso de los esputos; era corta y acelerada la respiracion; seguia al lado derecho el mismo estertor crepitante sin sonido macizo: al lado izquierdo habia aumento del sonido macizo y egofonia notable. Entre tanto el delirio se habia hecho permanente, el enfermo se debilitaba, y se alteraban sus facciones; el pulso, muy pequeño, apenas era frecuente; la piel ofrecia poco calor; la lengua estaba pàlida y seca, y las cámaras eran naturales. (*Cocimiento de poligala, sinapismos à las estremidades inferiores.*) Murió el 3 à la una de la mañana en un estado de semi-asíxia.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

En la pleura izquierda se hallaron derramados como tres cuartillos de serosidad perfectamente líquida, sin membranas falsas ni vestigio de inflamacion de la serosa. El pulmon del mismo lado estaba replegado por el líquido, pero muy sano. Algunas bridas celulares antiguas unian las pleuras costal y pulmonar del lado derecho. El pulmon del mismo lado presentaba, tanto en su periferia, como en el centro, muchos trechos de un color rojo mas intenso; en los cuales se hallaba el parenquima pulmonar infartado de sangre, se desgarraba con la mayor facilidad, y apenas crepitaba. Estas neumonias parciales, aisladas unas de otras, habian invadido poco mas ó menos la cuarta parte del pulmon.

Las cavidades de ambos ventriculos del corazon estaban dilatadas, y sus paredes ligeramente hipertrofiadas. Una pequeña osificacion de dos ó tres líneas de longitud y media de anchura ocupaba uno de los puntos del borde adherente de la válvula mitral. En la base de una de las válvulas aórticas se habia desarrollado otra osificacion de igual estension, poco mas ó menos. La aorta se hallaba sana, y su calibre era el ordinario. Encontráronse coágu-

los de sangre voluminosos y parecidos á la gelatina de grosella que llenaban las cavidades del corazon.

El estómago y el resto del conducto intestinal no ofrecian mas que una inyeccion sub-mucosa poco considerable.

Una cantidad bastante crecida de serosidad clara infartaba el tejido celular sub-aracnóideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales, y un liquido ligeramente turbio distendia medianamente los ventriculos laterales, sin que se advirtiese ninguna otra cosa notable en las demas partes del encéfalo.

---

Cuando por primera vez se sometió este enfermo á nuestro exámen, fue fácil reconocer en él la existencia de una afeccion orgánica del corazon, y de un derrame en la pleura izquierda. A consecuencia de una larga evacuacion de sangre disminuyó notablemente la disnea; despues, trascurridos algunos dias en un estado estacionario, el pulso, poco frecuente hasta entonces, se aceleró de pronto, y la disnea aumentó nuevamente. La naturaleza de los esputos anunció con certidumbre la existencia de una pulmonía, y el estertor crepitante indicó su sitio al lado opuesto del derrame. Hallábase la inflamacion en este caso como diseminada en muchos puntos, y consistia verdaderamente en una porcion de pulmonías parciales separadas unas de otras por un tejido muy sano. Al propio tiempo que se manifestaba la flegmasia del parenquima pulmonar, pareció crecer el hidrotórax; á lo menos así debia hacerlo presumir la disminucion de la egofonia. Tambien apareció á la par el delirio, cuya causa se hallaba en la inflamacion de la aracnóides. Tan graves complicaciones eran mas que suficientes para arrastrar al enfermo al sepulcro, y la pulmonía, aunque ligera, fue sin duda una de las causas principales de tan fatal terminacion. En efecto, de una mediana inflamacion pulmonar debia resultar una disnea considerable, en un sugeto que padecia al mismo tiempo un aneurisma del corazon y un hidrotórax.

No nos olvidemos de advertir que la sangre de la primera sangría, sacada en una época en que no habia aun inflamacion, no presentó costra inflamatoria, al paso que se notó lo contrario en la sacada despues, cuando se hallaba el pulmon atacado de flegmasia. Ya hemos referido casos semejantes.

### LII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Neumonia con aneurisma del corazon.

Un marinero de edad de 48 años, de constitucion robusta, presentaba todos los sintomas de una enfermedad orgánica del corazon; disnea que se

umentaba por el menor movimiento, cara lívida, labios violados, ascitis, edema considerable de los miembros inferiores y de las paredes torácicas; latidos del corazón, que se oían en una grande estension; reflujó de la sangre á las venas yugulares; pulso duro, regular, habitualmente frecuente; tos molesta; y esputos espesos y verdosos. El décimo tercio día de su entrada en el hospital era la respiracion mas acelerada, y el pulso mas frecuente que los anteriores; tambien eran mas fuertes las palpitations del corazón, y estaba la cara mas inyectada. Practicada la percusion no pudo suministrar ningun dato exacto á causa de la considerable infiltracion de los tegumentos del pecho. No se recurrió á la auscultacion por no ser apenas conocida entonces. (Era en el mes de setiembre de 1819.)

Consideróse que tal estado dependia de una exasperacion momentánea de la enfermedad del corazón; pero el día despues, la expectoracion, que se habia suprimido la vispera, apareció otra vez con nuevos caracteres. El enfermo habia arrojado durante la noche una cantidad bastante considerable de esputos, reunidos en una masa gelatiniforme, transparente, de un color amarillo azafranado, que no se desprendia con facilidad del vaso. Atendiendo á la naturaleza de los esputos, no titubeó M. Lermínier en anunciar la existencia de una pulmonia.

Los dos días siguientes, el 15 y el 16 de setiembre, siguió el enfermo en igual estado, con la misma expectoracion. (*Se practicaron dos sangrias.*) Hasta el 21, siguieron los esputos siendo viscosos y herrumbrosos, y persistieron los demas síntomas.

El 22, no era tan grande la viscosidad de aquellos, y solo estaban teñidos ligeramente de sangre. El 23 y el 24, volvieron nuevamente á presentar un aspecto catarral, y al mismo tiempo disminuyó la disnea. Las inspiraciones eran mas profundas y menos repetidas; el enfermo no se hallaba atormentado por palpitations tan fuertes; y su estado mejoró con tanta rapidez, que el 28 se encontraba ya en la misma situacion que dos días antes de presentarse los esputos propios de la pulmonia.

---

Hallamos aqui en el edema de las paredes torácicas, que hacia impracticable la percusion, una nueva causa de oscuridad para el diagnóstico de la pulmonia.

¿ En semejantes casos consultaremos, para reconocer la inflamacion pulmonar, á la aceleracion preternatural de la respiracion, al aumento de la disnea, á la mayor frecuencia del pulso, y al malestar general mas considerable que experimentan los enfermos? Pero es muy natural que los síntomas se atribuyan á la exacerbacion de la enfermedad del corazón; y asi sucede en efecto todos los días. La aparicion de la tos tampoco suministra mayores luces, porque puede depender del catarro pulmonar que se complica muy frecuentemente con los aneurismas del corazón. Los signos que ofrecen los esputos y la auscultacion son en tales circunstancias los únicos que pueden revelar la naturaleza y sitio de la afeccion, si bien la úl-

tima nos parece muy distante de alcanzar por sí sola, en todos los casos, á descubrir la existencia de una neumonia, y distinguirla con certeza de una simple bronquitis, ó de un derrame pleurítico: la expectoracion viene á ser entonces el único signo patognomónico, segun lo prueba la siguiente observacion.

### LIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Neumonia con edema pulmonar y doble derrame pleurítico. Fiebre intermitente al principio.

Un hombre, de edad de 58 años, de una constitucion fuerte, sintió el 3 de agosto de 1822, á las ocho de la mañana, un violento escalofrio, que, al cabo de una hora fue reemplazado por un vivo calor, y despues por un sudor abundante. El 9, estaba apirético. El 10, sobrevino otro nuevo acceso semejante al primero. El 11, apirexia. El 12, entró el enfermo en la Caridad. Le vimos al principio de su tercer acceso: sentia en el tronco y en los miembros un frio glacial. Sin embargo, la piel estaba ardorosa, y el pulso duro y muy frecuente. A las nueve substituyó á la sensacion de frio una muy viva de calor, y no tardó mucho en establecerse el sudor. Se le prescribieron *doce granos de sulfato de quinina*, para tomar en tres dosis, el siguiente dia 13, al medio dia, á las cuatro y á las ocho de la tarde. En la noche del 14, no experimentó escalofrios, sino únicamente un poco de calor, con ligera frecuencia de pulso. El 15 apirexia.

El 16, dia que correspondia la fiebre, advirtió el paciente, á las diez de la mañana, un ligero escalofrio, y le atacó despues un dolor vivo en toda la estension de la parte lateral derecha del torax, desde las últimas costillas hasta la axila; el cual se aumentaba con el menor movimiento, y no cesó hasta las diez de la noche. Durante esta sudó el enfermo en abundancia.

Por la mañana se advertia mucha disnea; la palabra era breve y anhelosa, y el enfermo se hallaba en posicion supina. El dolor del dia antes no se habia reproducido de nuevo, pero habia arrojado el enfermo tres ó cuatro esputos transparentes, viscosos, de un color amarillo verdoso. Oíase al lado derecho, anterior y lateralmente, un estertor crepitante muy pronunciado. En la parte posterior de ambos lados era la respiracion muy fuerte, bastante clara y mezclada, tan solo en algunos puntos y por intervalos, con el estertor crepitante: lo mismo se advertia en la parte anterior del lado izquierdo. El pulso era frecuente y duro; la piel se hallaba caliente y seca; la lengua blanquecina, y habia diarrea. (*Sangria de ocho onzas, bebidas emolientes.*) La sangre presentó un estenso coágulo sin costra.

El 18, se advertia un estertor crepitante muy fuerte en todos los puntos del pecho; la percusion permitia oír en todas partes un sonido claro, excepto en la inferior de ambos lados, desde la sesta á la sétima costilla. Persistian los caracteres neumónicos de la expectoracion. Se contaron ciento diez pulsaciones por minuto, y cuarenta y tres respiraciones: la lengua estaba seca y pálida. (*Nueva sangria de ocho onzas, sinapismos á las piernas.*) Costra verdosa y espesa en la superficie del coágulo.

El 19, igual estado: por la tarde tenia aun bastantes fuerzas el enfermo para sentarse con facilidad; pero al mas pequeño movimiento se hacia inminente la sofocacion. El siguiente dia, á las seis de la mañana, le vimos exha-

lar el último suspiro : hasta el postrer momento conservò el libre uso de sus facultades intelectuales.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Al cortar el tejido de los pulmones se viò correr de todas partes una cantidad enorme de serosidad espumosa, sin color. En todos sus puntos aparecía el parenquima pulmonar de un color blanco grisiento y perfectamente crepitante, excepto en la raíz del pulmon derecho, en cuyo sitio se observaba un tejido de color rojo livido, dispuesto por chapas aisladas, no crepitante y muy fácil de desgarrar. Estas diversas porciones inflamadas, acaso no igualasen todas juntas al volùmen de una naranja. En el lado izquierdo, desde el nivel de la sétima ú octava costilla hasta el diafragma, estaba separado el pulmon de las paredes torácicas por un liquido de color rojo subido, cuya cantidad tal vez no llegase á un cuartillo. Algunas falsas membranas, de reciente formacion, limitaban el derrame, y unian el pulmon á las costillas. En el lado derecho existía otro derrame, parecido al precedente en cuanto á su estension y á la cantidad, pero diferente respecto á las cualidades del liquido, que consistía en una serosidad turbia, como cenagosa, en medio de la cual nadaba un número crecido de copos albuminosos. Una sangre negra, coagulada, llenaba las cuatro cavidades del corazon, y distendía principalmente la aurícula derecha.

El estómago, contraído en su porcion pilórica, presentaba una rubicundez bastante viva de la membrana mucosa, á lo largo de la pequeña corvadura. La mucosa intestinal se hallaba blanca, pero con una inyeccion venosa por debajo, que llegaba hasta el colon descendente. En la superficie interna de este, de la ese del mismo y del recto, se advertía un color negro, dispuesto por chapas ó por líneas sinuosas, en cuyo intervalo se veía pálido el intestino, y que residía en la membrana mucosa. El bazo era notable por su volùmen y estremada blandura.

Los ventriculos laterales del cerebro se hallaban distendidos por una serosidad clara, en cantidad bastante grande para que su pared anterior estuviese levantada, y permitiese percibir una fluctuacion bien manifiesta.



Quando este enfermo entró en la Caridad, se hallaba padeciendo una fiebre intermitente, exenta de toda complicacion grave. El cuarto acceso se evitó por la administracion del sulfato de quinina : pero cuando correspondía el quinto, sobrevinieron el escalofrío y el dolor del costado, indicando la invasion de la pleuresia en el lado derecho : no tardó en hacerse difícil la respiracion, ni en percibirse el estertor crepitante, primero en algunos puntos, y finalmente casi en la totalidad del torax ; por último, aparecieron los esputos característicos de la pulmonía. La existencia general del estertor crepitante, parecia anunciar un infarto inflamatorio total de ambos pulmones ; pero no era así en realidad, y la abertura del cadáver pa-

tentizó que dicho signo dependía de un edema pulmonar. También existía la neumonía, pero tan circunscrita, que sin un exámen atento con mucha facilidad hubiera podido ser desconocida, llegando acaso á deducirse que eran infeles los signos suministrados por la espectoración. Además, esta neumonía, limitada á la raíz de uno de los pulmones, y ocupando solamente un espacio muy reducido, no debió tener mas que una parte muy pequeña en el aumento, cada vez mas considerable, de la disnea. Si se hubiera hallado sola, no hubiera probablemente dado márgen á otros síntomas que los de una bronquitis sobreaguda. Los demas accidentes graves y la muerte se esplican bastante bien por el doble derrame pleurítico y por el edema de los pulmones, que indudablemente habia existido muchos dias antes de la agonía.

En cuanto á la aparicion del dolor pleurítico cuando debia reproducirse el acceso de la fiebre, ofrece esta observacion analogía con las que han sido citadas por M. Broussais, en su tratado de las flegmasias crónicas, donde se vé igualmente sobrevenir algunas pleuresias y pulmonías durante el escalofrío de una fiebre intermitente.

Hemos dicho que la inteligencia se conservó íntegra hasta la muerte; lo que es de estrañar en vista de la considerable cantidad de serosidad que se halló en los ventriculos cerebrales. En muchos casos de hidrocéfalo agudo no es el derrame tan considerable como lo fue en este enfermo.

#### LIV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Pulmonia con pericarditis. Tumores fibro-cartilaginosos al rededor del corazon.

Un impresor, de edad de 24 años, habia padecido en la Rochela, diez meses antes de su entrada en el hospital, una fiebre cuartana que duró seis meses. Hacia ya cuatro que residía en París, sin llegar nunca á conseguir un cabal restablecimiento de su salud. De cuando en cuando sufría accesos de fiebre, que nada tenían de regular en su tipo, y hacia tres meses se hallaba sujeto á frecuentes diarreas. En la mañana del 9 de agosto de 1822, sintió un dolor vivo por debajo de la tetilla derecha, que aumentaba por la tos, el movimiento y las grandes inspiraciones, y que persistía el 10.

El 11, tercer dia de la enfermedad, vimos por primera vez al enfermo. Seguía con el dolor en el mismo estado; su respiración era difícil; tosía con frecuencia, y arrojaba, hacia algunas horas, esputos viscosos y herrumbrosos. En la parte anterior de ambos lados se percibía la respiracion con fuerza y limpieza; en la parte lateral y posterior del lado derecho, algo por debajo de la espina del omoplato, se notaba estertor crepitante; en todos los demas puntos era la respiracion débil, pero clara; en ningun sitio era macizo el sonido. El pulso estaba lleno y muy frecuente, caliente la piel, la lengua

blanca, y habia mal sabor de boca: en las últimas veinticuatro horas hizo el enfermo tres deposiciones líquidas. Habia sudado mucho al principio de las noches del 9 y del 10, y se hallaba tan débil, que no tenia casi fuerzas para incorporarse en la cama. Por debajo del reborde que forman las costillas, se percibia el bazo que descendia hasta cerca del ombligo; tambien se advertia el hígado en el hipocondrio derecho en la estension de dos ó tres dedos por debajo de las costillas. Era pues evidente la existencia de una pleuro-neumonia; pero la falta de sonido macizo, los signos suministrados por la auscultacion y la naturaleza de los esputos, que todavia podian desprenderse del vaso, indicaban que el pulmon no se hallaba mas que infartado. (*Sangría de doce onzas, tisanas emolientes.*)

Ningun alivio produjo la sangría. Aquel dia aumentó el dolor del costado, y el enfermo sudó en abundancia toda la tarde y noche.

En la madrugada del cuarto dia era muy vivo el dolor; el paciente no habia arrojado aun mas que tres ó cuatro esputos transparentes, herrumbrosos y viscosos. Tosia poco, pero la opresion era considerable. La auscultacion revelaba, en los mismos puntos del lado derecho que el dia anterior, un estertor crepitante mas débil, sin ruido de expansion pulmonar: en el mismo lado era el sonido un poco macizo, y en el izquierdo se notaba, hácia su parte inferior, y en diferentes puntos, el estertor crepitante. El decúbito era dorsal, el pulso frecuente y duro, y la piel estaba muy ardorosa. De esta manera, lejos de ceder la inflamacion, iba aumentándose en el lado derecho, y propagándose al pulmon izquierdo, cuya doble flegmasia acrecia mucho la gravedad del pronóstico. (*Sangría de diez y seis onzas.*) Todo el dia fue muy considerable la opresion. Por la tarde y por la noche sudó menos que los dias anteriores.

El quinto, era el dolor mas vivo que nunca; el enfermo no se atrevia á toser, ni á respirar, ni á entregarse al menor movimiento, temeroso de que se exasperase; y por la misma causa no podia practicarse la percusion. Existia el estertor crepitante en los mismos puntos que la vispera, y ademas se oia por primera vez en la parte anterior del lado derecho, desde la clavícula hasta la tetilla: la expectoracion era puramente catarral. El coágulo, formado por la sangre que se sacó el dia antes, era pequeño, y estaba rodeado de mucha serosidad y cubierto por una costra muy delgada; costra que no habia presentado la sangre de la primera sangría. (*Treinta sanguijuelas al lado derecho, bebidas y lavativas emolientes.*)

El dolor del costado disminuyó durante la aplicacion de las sanguijuelas, y el dia siguiente por la mañana, sexto de la enfermedad, solo se sentia al tiempo de toser: por lo demas el enfermo continuaba en el mismo estado. (*Veigatorio al lado derecho.*) Poco tiempo despues de la visita, empezó un sudor muy abundante, que siguió el dia y la noche.

En la mañana del sétimo, se hallaba aun madorosa la piel; la respiracion era notablemente mas tranquila; la palabra mas libre; el estertor crepitante se percibia mezclado en ambos lados con el ruido natural de la respiracion; los esputos eran mas espesos y parecidos á los de la bronquitis crónica; finalmente, la frecuencia del pulso continuaba como los dias anteriores.

Pero al paso que se mitigaban los síntomas de pulmonía, amenazaban manifestarse nuevos accidentes; las ideas del enfermo se hallaban turbadas desde el dia antes, y la expresion de sus ojos anunciaba el delirio. ¿Serian estos síntomas principio de una aracnoiditis? Se aplicaron treinta sanguijuelas

al trayecto de las yugulares, y la inteligencia volvió pronto à adquirir su integridad.

Desde el octavo al duodécimo día, mejoró cada vez mas el estado del enfermo. El estertor crepitante fue reemplado por el ruido natural de la respiración, aunque no cesó del todo. Desapareció el sonido macizo. Al mismo tiempo se restablecian las fuerzas con increíble rapidez; habia por las noches sudores abundantes; era rara la tos y acompañada de esputos muy espesos; el pulso conservaba una mediana frecuencia, y las funciones digestivas seguian constantemente en el mismo estado que cuando entró el enfermo en el hospital.

El duodécimo día, se cubrieron el abdomen y el torax de una porcion de vejiguillas miliars, transparentes, cónicas, que tenian por base unas chapi-tas rojas. El décimo tercio y décimo cuarto persistió dicha erupcion. El déci-mo quinto se observó en su lugar una descamacion del epidermis. Todavía se notaba un poco de estertor crepitante en diversos puntos de los dos lados del pecho. Hacia cuatro ó cinco días que tomaba el enfermo algunos caldos y cre-mas de arroz.

Al anochecer del día décimo quinto fué acometido repentinamente de un dolor dislacerante en la parte inferior del esternon, que comparaba al que le producirian unas tenazas de cerragero que le oprimiesen el pecho. Pasó la noche en una ansiedad estremada.

En la mañana del día décimo sexto, persistian el dolor y la sensacion de constriccion. Volvió à presentarse la opresion con mas fuerza que nunca, sien-do la respiracion corta y desigual, y la palabra anhelosa. El pulso habia vuel-to à adquirir una estremada frecuencia, y era muy fácil de deprimir: el sem-blante habia experimentado una alteracion notable. Sin embargo no era mayor la tos, y continuaba siendo catarral la expectoracion: el ruido respiratorio se oia como los días anteriores, y aun nos pareció mas intenso; finalmente los latidos del corazon no presentaban nada insólito. Se sospechó la invasion de una pericarditis. (*Sangría de doce onzas*). La sangre presentó una costra espesa.

Al siguiente día, décimo sétimo de la neumonia y tercero de la pericar-ditis, cesó la sensacion de constriccion; el dolor abandonó el esternon, y se dirigió à la region precordial, aumentándose por el decúbito sobre el lado izquierdo. La respiracion era mas libre; la ansiedad general menos viva, y el pulso habia perdido su estremada frecuencia.

Los días siguientes fue tomando la pericarditis un carácter crónico: el dolor era muy obtuso; el enfermo no sentia la opresion mas que cuando ejecu-taba algun grande movimiento; la frecuencia del pulso era mediana, y seguian los sudores nocturnos. Pronto apareció un sonido macizo en la parte anterior é izquierda del torax, desde lo mas bajo del esternon hasta algo por encima de la tetilla; las fuerzas, que tan pronto se habian restablecido, decayeron de nuevo; la cara se puso abotagada y pálida. El ruido respiratorio continuaba oscurecido en algunos puntos por un poco de estertor crepitante. Hallándose en tal estado se le antojó al enfermo dejar el hospital, pero volvió à él de allí à tres días (el 16 de setiembre), y espiró à las dos ó tres horas de su entrada. Hasta la época de su muerte conservó siempre una ligera diarrea y repugnancia à los alimentos: tuvo constantemente blanca la lengua, pero nunca vomitó,

## ABERTURA DEL CADAVER.

Los pulmones, ingurgitados de sangre, eran en todos sus puntos permeables al aire. En muchos sitios, especialmente en la parte posterior del lóbulo superior del derecho, y hacia la parte media del izquierdo, se desgarraba su tejido con una estremada facilidad.

De la cavidad del pericardio salió cerca de un cuartillo de serosidad turbia, y despues un pus blanco y espeso: se hallaba este saco membranoso tan prodigiosamente distendido, que habia rechazado los pulmones, y no ocupaba el corazon mas que una parte muy pequeña de su cavidad: la superficie libre de su membrana serosa apareció cubierta uniformemente por una falsa membrana blanca, de dos á tres líneas de espesor, que ofrecia un crecido número de asperezas pequeñas parecidas á las de los estómagos de los ruminantes, y por debajo de la cual presentaba la serosa su natural aspecto. La porcion de serosa que cubria al corazon se hallaba separada de él en tres puntos distintos por otros tantos tumores del volúmen de una nuez, que ofrecian todos los caracteres del tejido fibro cartilaginoso, y cada uno de los cuales habia rechazado delante de sí á la membrana, y formaba elevacion en lo interior del pericardio. El corazon no contenia mas que una pequeña cantidad de sangre negra medio coagulada, y ofrecia en su superficie interna un color rojo intenso: esta rubicundez existia tambien en la aorta, que se hallaba vacia de sangre hasta cerca de la parte media de su porcion abdominal, en cuyo sitio disminuía, reduciéndose á la forma de chapas, y desapareciendo por fin del todo un poco antes de la bifurcacion de la arteria.

El higado escedia cosa de tres traveses de dedo del reborde formado por las costillas, siendo su tejido de un color rojo vivo y muy denso. El bazo, muy voluminoso y que tambien presentaba una notable densidad, llegaba hasta cerca del ombligo. El estómago llamaba la atencion por su vasta capacidad; en su superficie interna presentaba, todo á lo largo de la grande curvadura, un color moreno que disminuía segun se aproximaba al piloro: no lejos de este orificio estaba la superficie blanquecina, ligeramente sonrosada, y en todos los puntos donde se notaba el color moreno, se desprendia la membrana mucosa reblandecida en forma de pulpa mediante la frotacion mas ligera. Los intestinos delgados ofrecian superiormente un color análogo al de la porcion pilórica; pero mas abajo aparecian muy pálidos. Los intestinos gruesos presentaban de trecho en trecho una ligera inyeccion; la superficie interna del colon se hallaba ademas sembrada de un número bastante crecido de puntos negros, situados en el centro de una ligera elevacion de la mucosa, rodeada de un círculo negro.

En el tejido celular sub-aracnoideo de la convexidad de los hemisferios cerebrales habia un poco de serosidad clara, que tambien existia en cantidad bastante crecida en los ventrículos laterales.

---

Uno de los hechos mas importantes que deben advertirse en esta historia, es el estado del pulmon en una época, que á no ser por la auscultacion, á cuyo favor se descubria en algunos

puntos un poco de estertor crepitante, hubiera podido creerse que la pulmonía se habia completamente resuelto; mas el parrenquima pulmonar se hallaba muy distante, sin embargo, de haber vuelto á su estado natural. El presente caso prueba con cuánta lentitud se verifica la resolucion completa de las flegmasías pulmonares, y cuántas precauciones son necesarias en la convalecencia, ya para evitar las recaídas, mas fáciles en esta, que en ninguna otra enfermedad, ya para prevenir, en los sujetos predispuestos, la formacion de tubérculos en las porciones de tejido pulmonar que permanecen ingurgitadas é inflamadas largo tiempo despues de haber desaparecido todos los signos racionales de la neumonia.

El principio, el curso, los progresos y la resolucion de la flegmasía pulmonar, fueron en este caso anunciados por la auscultacion con una precision notable. Infundió mas temor la pulmonía por su estension que por su intensidad en cada uno de los puntos interesados. Efectivamente, en ninguna parte pareció pasar del primer grado. Hé ahí por qué, despues de haberse manifestado con los síntomas mas graves, se resolvió en seguida fácil y prontamente. Practicáronse dos sangrias sin que pareciese disminuir la inflamacion; antes el dolor pleurítico se hizo mas intenso á pesar de la doble evacuacion, y solo cedió despues de haber cubierto el costado de sanguijuelas. La resolucion principió á verificarse del sexto al sétimo dia. ¿Sería favorecida por el vejigatorio que se aplicó al pecho? ¿fué mas bien efecto de los sudores sumamente abundantes que sobrevinieron en esta época?

No nos olvidemos de observar los síntomas pasajeros de irritacion cerebral que se manifestaron al mismo tiempo que se alivió la flegmasía del pecho. Recordemos tambien la erupcion miliar que apareció algo despues, y que los antiguos hubieran colocado en el número de los fenómenos críticos. Advertimos, en fin, con qué increíble prontitud se elevaron las fuerzas desde que la intensidad de la inflamacion cesó de llamarlas á un solo órgano. Parecia casi completa la resolucion de la flegmasía pulmonar, cuando el pericardio fué á su vez atacado de inflamacion. Hemos visto que varios fenómenos indicaron el principio de esta nueva enfermedad. No bastó para disiparla una evacuacion sanguínea; pero moderó los síntomas, y la hizo pasar al estado crónico. El sonido macizo anunció al cabo de algunos dias la formacion de un derrame en el pericardio. Respecto á los tumores fibro-cartilagosos desarrollados entre el corazon y la serosa, no puede dudarse que preexistian á la pericarditis, pero sin turbar notablemente las funciones del corazon, su-

puesto que no habian sido anunciados por ningun síntoma.

Si no temiésemos apartarnos de nuestro propósito, todavía pudiéramos hacer resaltar en la presente historia la especie de hipertrofia del hígado y del bazo de un sugeto que habia padecido cuartanas durante mucho tiempo; y asimismo pudiéramos indicar la relacion que hay entre las lesiones halladas en el conducto intestinal, y el trastorno que habian presentado las funciones digestivas.

#### LV.<sup>a</sup> OBSERVACION.

##### Pulmonia con hepatitis.

Un picapedrero, de edad de 51 años, entró en el hospital en un estado de tan considerable debilidad, que no se pudo lograr de él ninguna noticia exacta acerca de su situacion anterior. Solamente se supo, que diez ó doce dias antes habia sido acometido de fiebre, tos y disnea, y que hacia cosa de cuatro se hallaba teñida su piel de un color amarillo. El 23 de julio de 1822 ofrecia el estado siguiente:

Respiracion corta, acelerada, que se ejecutaba á un tiempo por la elevacion de las costillas y la depresion del diafragma; palabra anhelosa; decúbito dorsal; tos frecuente; esputos transparentes poco viscosos, de un color tan verde como el de la materia resinosa de la bilis. Percutido el pecho daba un sonido muy macizo en la parte anterior del lado derecho, desde la clavícula hasta un poco por debajo de la tetilla, y posteriormente desde la espina del omoplato hasta algo por cima del ángulo inferior de este hueso. En la misma estension no se oia por delante ninguna especie de respiracion ó de estertor crepitante sin mezcla de expansion pulmonar. Mas abajo se notaba la respiracion clara y fuerte, asi como en todo el lado izquierdo. El pulso era frecuente y pequeño, la piel caliente y seca. Una capa yerdosa cubria la lengua; el hipocondrio derecho, además de hallarse abultado y dolorido, ofrecia mucha mayor resistencia á la presion que el izquierdo. Las evacuaciones alvinas eran naturales respecto á su cantidad y calidad. Las orinas, escasas y de un color rojo anaranjado muy subido, se espelían con dolor. La cara, y la parte interna de los miembros torácicos, presentaban un color amarillo que tiraba á verde.

Los signos suministrados por la auscultacion y la percusion anunciaban la hepatizacion del lóbulo superior del pulmon derecho. Sin embargo, los esputos apenas eran viscosos; su color, de un verde subido, era enteramente diverso del herrumbroso, amarillento ó verdoso, que ordinariamente tienen en la pulmonia. La tension dolorosa del hipocondrio derecho, unida á la ictericia, nos hizo sospéchar la coexistencia de una hepatitis. La grande disnea, la alteracion profunda de las facciones, el sitio mismo de la inflamacion pulmonar, más peligrosa cuando existe en los lóbulos superiores, el grado avanzado de esta misma enfermedad, y en fin la complicacion presunta de la hepatitis, hacian el diagnóstico sumamente grave. (*Sangria de doce onzas, bebidas y lavativas emolientes, dieta.*) La sangre presentó un coágulo estenso que se hallaba cubierto por una costra densa, espesa, de un

color amarillo subido. Un pedazo de papel que se sumergió en el suero, adquirió un tinte amarillo.

Por la tarde era estremada la disnea, y por la noche sobrevino delirio. En la mañana del 24, se quejaba el enfermo incesantemente, y eran las inspiraciones muy cortas y aproximadas. En la parte anterior y lateral de la mitad derecha del pecho, en el espacio de tres ó cuatro traveses de dedo por debajo de la tetilla, y en el mismo sitio donde veinticuatro horas antes nos habia parecido mas claro el ruido de la respiracion, advertimos estertor crepitante; es decir, que la inflamacion se habia extendido. Los esputos conservaban el mismo carácter; el decúbito se verificaba siempre sobre el dorso; los latidos arteriales eran tan sumamente frecuentes, que apenas podian contarse, y la ictericia se habia aumentado. (*Veigatorio al lado derecho del torax.*)

En el resto del dia fue creciendo la dificultad de la respiracion: por la tarde, estertor traqueal y estremidades frias. Muerte aquella misma noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Color amarillo verdoso muy pronunciado de toda la superficie de la piel: coloracion amarilla de los cartilagos de las costillas.

El lóbulo superior del pulmon derecho presentaba en toda su estension un color gris amarillento: de su tejido, fácil de desgarrar y de reducirse á pulpa por medio de la presion, corria en crecida cantidad un liquido purulento, que presentaba tambien un ligero color amarillo. Despues de labado, ofrecia el parenquima del mismo lóbulo una porcion de gravulaciones rojizas, apretadas unas contra otras. La mayor parte del lóbulo medio presentaba una mezela de hepaticacion roja y de simple infarto. En todos los demas sitios estaba sano el parenquima pulmonar. La mucosa bronquial derecha se hallaba notablemente mas roja que la izquierda. Una concrecion polipiforme amarilla distendia las cavidades derechas del corazon, ramificándose en la arteria pulmonar y en las venas cavas.

El higado escedia dos traveses de dedo al reborde cartilaginoso de las costillas falsas; presentaba un color análogo al de las heces del vino; su tejido, de una blancura notable, se reducía á pulpa rojiza con una ligera presion. La vejiguilla de la hiel no contenia mas que una pequeña cantidad de bilis de un amarillo poco subido; los conductos biliares estaban libres, y una leve presion bastaba para hacer correr la bilis al duodeno, cuyo intestino no ofrecia la mas pequeña inyeccion. La cara interna del estómago era en toda su estension de un blanco rosado. El resto del conducto intestinal apareció blanco. Cerca del ciego habia dos ó tres listas formadas por puntos negros (glándulas agmíneas de Peyero.) El bazo tenia su volumen ordinario, pero estaba muy blando.

La dura madre presentaba un tinte amarillo, y el tejido celular sub-aracnoideo estaba infiltrado de una serosidad del mismo color. Un liquido semejante llenaba los ventriculos laterales, y muchas de las venillas que serpean por sus paredes, ofrecian un color amarillo que solo existia sobre el trayecto del vaso, y como no se propagase á la sustancia cerebral inmediata, parecia depender de la naturaleza del liquido contenido en tales vasos. Otras venillas presentaban su color rojo ordinario. Ningun liquido análogo á la bilis se encontró en el sistema linfático.

En el caso presente no anunciaban los esputos el grado de inflamacion pulmonar; apenas eran viscosos, y su color verde parecia dependiente de la mezcla de la bilis y del moco bronquial, porque la misma coloracion se advertia en la cara superior de la lengua. *Era pues en este enfermo la naturaleza de la espectoracion determinada por la enfermedad del hígado.* Mas sin embargo, los verdaderos esputos biliosos son sumamente raros, y en otro lugar procuraremos manifestar que aquellos á quienes comunmente se dá dicho nombre, no son otra cosa que materiales teñidos de una cantidad mas ó menos considerable de sangre.

No nos detendremos en otras circunstancias de la presente observacion, que ofrecen algun interés respecto á la hepatitis, tales como los signos que anunciaron esta flegmasia, mucho mas rara de lo que generalmente se cree, el modo particular de alteracion que presentó el hígado y el estado completamente sano del duodeno, á pesar de hallarse aquel enfermo, etc.

#### LVI.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Pulmonia con aracnoiditis y gastritis.

Un hombre de 33 años, que habia sido aposentador en el ejército, pasó en la miseria tres años desde que abandonó el servicio, teniendo al fin que dedicarse á peon de albañil. Gozaba sin embargo de buena salud, pero al anochecer del 19 de marzo de 1822, despues de haber trabajado segun tenia de costumbre, sintió malestar general y escalofrios vagos, que fueron reemplazados por un calor intenso. Aquella noche le acometió un dolor violento debajo de la tetilla derecha. El 20, persistia el dolor y tosia el enfermo sin espectorar. Este dia y el 21 hizo cama, y bebió ponche caliente. El 22, tomó un emético que le produjo muchos vómitos sin causarle alivio. El 24 le aplicaron quince sanguijuelas al lado derecho del torax. El 25 entró por fin en la Caridad, y fue sangrado por la tarde. Al hacer la visita el dia 26, presentaba el estado siguiente:

Estupor; principio de postracion; decúbito dorsal; gran disnea; inspiraciones cortas y aproximadas; palabra anhelosa; tos frecuente; esputos herumbrosos, transparentes, viscosos, reunidos en una masa gelatiniforme, adherente al fondo del vaso; dolor por debajo de la tetilla derecha, que solo se sentia al toser y al hacer la percusion. Sonido muy macizo en la parte posterior del lado derecho del torax, desde la espina del omoplato hasta las últimas costillas; lateralmente desde el hueco de la axila hasta el hipocondrio, y por la parte anterior desde el nivel de la tetilla hasta el mismo hipocondrio. La auscultacion manifestaba en el lado derecho y parte posterior, un ruido análogo al de un fuelle mal acondicionado que espeliese el aire con fuerza y rapidez (respiracion bronquial muy fuerte.) El estertor crepitante, que se halla algunas veces mezclado con dicho ruido, era el único que se oia anterior y lateralmente en todo el espacio donde la percusion daba sonido macizo.

Inmediatamente por debajo de la clavícula del mismo lado, así como en la fosa supraspina derecha, y en todos los puntos del izquierdo era muy intenso el ruido de la respiración y sin mezcla de estertor ni de otro ruido insólito. El pulso era frecuente, muy pequeño, la piel caliente y árida (nunca hubo sudor) y la lengua encendida y brillante. La sangre sacada el día antes estaba cubierta de una costra blanca espesa. Parecía tan adelantada ya la neumonía, y era tan grande la debilidad, que no se creyó prudente hacer una nueva abertura en la vena; pero considerando M. Lermnier que el estupor era signo de una inflamación de las meninges, hizo aplicar diez sanguijuelas detrás de cada oreja. Además prescribió un vejigatorio de siete pulgadas de diámetro al lado derecho del pecho, dos sinapismos á las piernas, tisanas emolientes, y diez y seis granos de los polvos de Dower para tomar aquella noche en dos dosis, como medio diafórico. Por primera vez se manifestó un sudor abundante.

En la mañana del 27 (noveno día de la enfermedad) se había aumentado el estupor, y era más considerable la debilidad. Solo con mucho trabajo podía el enfermo incorporarse en la cama. Los esputos se habían suprimido; la disnea llegaba al más alto grado, la lengua estaba morena y seca, y el pulso tan raramente frecuente que con dificultad podían contarse sus latidos. (*Dos vejigatorios á las piernas.*)

El 28 (décimo día) era la respiración bronquial muy manifiesta en la parte posterior del lado derecho; en el costado y parte anterior nada se oía, á no ser en el espacio de dos ó tres traveses de dedo por cima de la tetilla, donde aparecía el estertor crepitante. Persistían la secura y color moreno de la lengua, y no sobrevino sudor á pesar de seguirse usando los polvos de Dower. Por la noche delirio.

El undécimo día, incoherencia de ideas por intervalos, y continuación del mismo estado. (*Cocimiento de poligala.*) El duodécimo, estaban los ojos huraños y la cabeza agitada de derecha á izquierda, y vice versa por un movimiento continuo. El enfermo parecía algo sordo, y solo contestaba á las preguntas que se le hacían, de un modo lento y balbuciente. Una costra negra y densa cubría la lengua. La dificultad de la respiración, y el color lívido de la cara y de los labios anunciaban un principio de asfixia. Oíase con una fuerza extraordinaria la respiración bronquial. Por la noche delirio violento. (*Vejigatorios á las piernas.*)

En la mañana del 13 estaba el semblante del enfermo profundamente alterado: ageno este á cuanto le rodeaba parecía únicamente ocupado en respirar. Poco tiempo después de la visita se puso á hablar en voz alta, á gritar y á cantar. Al medio día se le dejó de oír, y á la una había ya espirado.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Hepaticación gris de los lóbulos inferior y medio del pulmón derecho. La parte inferior del lóbulo superior del mismo pulmón presentaba una mezcla de hepaticación roja y gris, pero con predominio de la roja, y simple infarto en algunos puntos. Finalmente, la parte superior de dicho lóbulo, que constituye el vértice del pulmón, se hallaba todavía perfectamente crepitante y sin infarto alguno. El pulmón izquierdo estaba ingurgitado de una cantidad enorme de serosidad espumosa y sin color, cuyo edema parecía no haber existido hasta la agonía. Los bronquios del pulmón derecho se encon-

traban mucho mas rubicundos que los del izquierdo. Una sangre negra, coagulada, llenaba el corazon y los gruesos troncos que proceden de este órgano ó van á él. La pleura pulmonar del lado derecho aparecia cubierta por una ligera exudacion albuminosa en forma de chapas pequeñas y poco numerosas, sin derrame en su cavidad.

La membrana mucosa del estómago ofrecia en su porcion esplénica una inyeccion viva sin reblandecimiento ni espesor notable de su tejido. El resto del conducto digestivo, del mismo modo que las otras visceras abdominales, nada tenia que fuese de notar.

La estremidad anterior de los hemisferios cerebrales presentaba á poca distancia de la grande cisura interlobular, y en el tejido celular sub-aracnoideo, una exudacion albuminosa, membraniforme. Otras dos ó tres de igual naturaleza y del tamaño de un duro se encontraban en la cara interior del cerebro, en el sitio que se apoya sobre los lóbulos del cerebelo. Los ventriculos laterales se hallaban muy distendidos por una serosidad turbia, en la cual nadaban algunos pequeños copos. Su cavidad, despues de separado el liquido, parecia mucho mayor que en el estado fisiológico.

---

Parécenos principalmente notable esta observacion por la exactitud con que puede referirse cada grupo de síntomas á la lesion de un órgano ó de un aparato de órganos.

Hemos visto que en las pulmonías sin complicacion, apenas difiere del natural el estado de la lengua. En el caso presente, su color rojo al principio, y despues pardo y negruzco, como tambien su sequedad, anunciaban una complicacion gástrica (1); y efectivamente hallamos una inflamacion del estómago. Para esplicar el delirio se encontró asimismo una meningitis bien caracterizada (2).

Respecto á la neumonia, no fueron anunciados con menor exactitud su sitio y su grado. En este enfermo hemos vuelto á observar nuevamente dos signos de los mas positivos de la hepatizacion pulmonar, á saber: la respiracion bronquial, y la modificacion de la voz que casi constantemente la acompaña.

Cuando entró el enfermo en el hospital, era ya la inflama-

---

(1) En el dia no creemos ya que semejante estado de la lengua anuncie por necesidad una flegmasia del estómago. En los tomos siguientes citaremos algunos hechos con el objeto de probar que puede muy bien existir la lengua seca y negra en sugetos cuyo estómago no ofrezca despues de la muerte ninguna lesion notable.

(2) Otros casos hay en los cuales no se halla lesion perceptible, ni en los centros nerviosos, ni en sus cubiertas, para esplicar el delirio de los pulmonicos.

cion del pulmon superior á los recursos del arte. La existencia simultánea de la aracnoiditis y de la gastritis aumentó tambien muy singularmente la gravedad del pronóstico, y de esta triple inflamacion resultó la opresion de las fuerzas, la debilidad y el estado adinámico en que se hallaba el paciente. Seguramente estaban los tónicos contraindicados, pero dudamos mucho que las evacuaciones abundantes de sangre hubieran sido mas útiles.

#### LVII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Pulmonía con inflamacion de la membrana mucosa gastro-pulmonar.

Un ebanista, de edad de 38 años, rubio, con el sistema muscular poco desarrollado, entró en la Caridad el 23 de abril de 1822, llevando ya algunos dias con diarrea, ronquera y tos. Al hacer la visita el dia 24 ofrecia el estado siguiente:

Debilidad general, que llegaba ya al mas alto grado, inteligencia obtusa, ojos inyectados y lagrimosos, coriza, lengua roja, deglucion penosa, vientre indolente, diarrea; ronquera, respiracion algo acelerada, expectoracion catarral, tos frecuente. No experimentaba la menor opresion, ni sentia dolor alguno en el pecho. El pulso era frecuente y duro, y estaba la piel caliente y seca.

Sin duda alguna habia en este sugeto una inflamacion general, pero poco intensa, de la membrana mucosa de los intestinos y de los pulmones. Nada anunciaba que el parenquima pulmonar estubiese afecto, y los sintomas parecian ser los precursores de una escarlata ó de un sarampion. Se prescribió una sangria de ocho onzas, y en el discurso del dia doce granos de los polvos de Dower en dos dosis. Tratábase, con el uso de este diaforético, de favorecer la erupcion si habia de verificarse. En todo caso, despues de moderada la flegmasia interna por una evacuacion sanguinea, se pensaba tambien en debilitarla determinando una fluxion hácia la piel.

El dia siguiente 25, continuó el enfermo en igual estado, sin que hubiese aparecido el sudor. (*Doce sanguijuelas al ano.*) Por la noche delirio.

El 26, estupor, postracion mas considerable, lengua roja y pegajosa, sed viva, vientre flexible, tres ó cuatro cámaras, voz enteramente apagada, tos mas frecuente, respiracion mas acelerada, esputos viscosos y herrumbrosos, sonido macizo en la parte posterior y lateral del costado derecho, en la estension poco mas ó menos de los lóbulos medio é inferior del pulmon de este lado. En el mismo sitio, respiracion bronquial y resonancia particular de la voz. (*Treinta sanguijuelas al epigástrico, dos vejigatorios á las piernas.*)

A la entrada de la noche, se manifestó un delirio tranquilo, y tuvo todavia bastante fuerza el enfermo para levantarse de la cama y andar un poco. Habiéndole preguntado si le dolia en alguna parte, señalaba la region esternal sin proferir una palabra. Por último falleció aquella noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El parenquima de los lóbulos medio é inferior del pulmon derecho se hallaba denso é impermeable al aire: el lóbulo inferior se presentó en estado

de hepaticacion gris, y el medio en el de hepaticacion roja. Una conccion albuminosa, membraniforme, de reciente creacion, se hallaba interpuesta entre los dos lóbulos referidos. Un moco espeso y filameitoso llenaba el espacio que dejan entre si los lábios de la glotis, y parecia obstruirla. La mucosa de la laringe y de la tráquearteria ofrecia un número crecido de chapas y listas rojizas, y la de los bronquios una rubicundez uniforme y como livida. Presentaba el corazon su ordinario volumen; pero habia una hipertrofia notable de las paredes del ventriculo izquierdo, con reduccion de su cavidad. Se hallaban las cavidades derechas de este mismo órgano distendidas por una sangre negra y liquida que contenia ademas algunos coágulos fibrinosos blancos, intimamente adheridos á las columnas carnosas.

La pared posterior de la faringe presentaba una rubicundez intensa, pero el esófago se hallaba blanco. El estómago, medianamente distendido por gases y liquidos, ofrecia su cara interna dividida, respecto al color, en dos porciones distintas: toda la membrana mucosa de la porcion esplénica aparecia rubicunda y reblandecida, mientras que la porcion pilórica estaba blanca y sin reblandecimiento. Debajo de la membrana mucosa serpeaban gruesas ramificaciones venosas llenas de sangre, y la superficie de la misma se encontraba como barnizada por una crecida cantidad de sangre liquida y negruzca, que parecia haber sido exhalada en aquel punto. Los tres cuartos superiores del intestino delgado ofrecian un color rojo, que en muchos sitios dependia de una inyeccion sub-mucosa, pero que en otros era debido á la inyeccion de la misma membrana mucosa. En dos ó tres puntos en que dicha membrana parecia estar mas vivamente inflamada, se hallaba cubierta por un liquido sanguinolento, análogo al observado en el estómago. El cuarto inferior era blanco hasta un pie por cima del ciego, sitio en que se advertia una rubicundez poco intensa de la mucosa, y ademas dos elevaciones que sobresalian como dos ó tres lineas sobre el resto de la superficie del intestino, y tenian el tamaño de un real de plata. Estaban formados los bordes de estas eminencias por la mucosa, roja y livida en aquel punto, y su superficie ofrecia una capa de color gris negruzco muy adherida á las partes subyacentes, y que parecia constituir una verdadera escara, debajo de la cual se encontró al tejido laminoso considerablemente engrosado y de un rojo parduzco. Habia notable analogia, respecto á la forma y al color, entre dichos tumores y el antrax de la piel. El intestino grueso se hallaba sano. El bazo, voluminoso, se deshacia á la menor presion, convirtiéndose en una especie de papilla de un negro subido.

Las meninges que cubren la convexidad de los hemisferios cerebrales estaban inyectadas; la sustancia cerebral, consistente; y cortándola, ofrecia un crecido número de puntitos rojos. Los ventriculos solo contenian algunas gotas de serosidad.

La inspeccion del cadáver manifestó en este enfermo una inflamacion general de la membrana mucosa gastro-pulmonar, segun la habíamos reconocido desde el primer dia; pero nos descubrió al mismo tiempo una alteracion profunda del parenquima pulmonar, que no habíamos sospechado hasta veinticuatro ho-

ras antes de la muerte, y que sin embargo contaba indudablemente mucho tiempo de existencia. Hasta el día en que espiró el enfermo hubo tan pocos síntomas de flegmasia pulmonar, que se consideraron inútiles la percusion y la auscultacion. ¡Notable ejemplo de una inflamacion latente del pulmon con supuracion de su tejido!.... Solo por los rápidos progresos que hizo la neumonia desde el día 23 al 26 puede esplicarse cómo la disnea, casi nula hasta entonces, se hizo repentinamente tan considerable. Tambien es una circunstancia digna de notarse, que solo el último día apareciesen los esputos neumónicos. Me inclino á creer que el estado de infiltracion purulenta del lóbulo inferior no contribuyó en nada á la produccion de estos síntomas, que fuéron mas bien efecto de una nueva inflamacion que se apoderó del lóbulo medio, y tuvo bastante agudeza para ocasionar con mucha rapidez su hepatizacion roja. De aqui procederian tambien el aumento de la opresion de las fuerzas, y la muerte.

#### LVIII. OBSERVACION.

Pulmonia doble, con enteritis foliculosa y peritonitis aguda.

Un constructor de máquinas de hierro, de edad de 21 años, llevaba doce dias padeciendo diarrea, cuando entró en la Caridad el 31 de diciembre de 1821. El 1.º de enero presentaba cefalalgia, cara encendida, lengua blanquecina, anorexia, vientre indolente, muchas cámaras líquidas, pulso frecuente y lleno, calor halituoso de la piel. (*Sangría de doce onzas.*) La sangre no formó costra inflamatoria. Del 2 al 5 de enero, desaparicion gradual de la fiebre, de la diarrea y de los demás síntomas morbosos. El 5, convalecencia. El 6, todo habia mudado de aspecto: el pulso era de nuevo muy frecuente, la respiracion alta y acelerada, y la auscultacion descubria el estertor crepitante en la parte posterior de ambos lados. ¿Seria la invasion de una pulmonia doble? (*Veinticuatro sanguijuelas al ano.*)

El 7, se hallaba cubierto el abdomen de una multitud de pequeñas elevaciones, que apenas tendrían el volumen de la cabeza de un alfiler, blancas, semi-transparentes, mas notables todavia por el tacto que por la vista (sudamina.) (*Otras treinta sanguijuelas al ano.*)

El 8 espresaba el enfermo, en la contraccion de sus facciones, la ansiedad y el dolor. Permanecia echado sobre el dorso, sin atreverse á ejecutar el mas pequeño movimiento por miedo de que se aumentasen los agudos dolores abdominales que experimentaba hacia algunas horas, dolores que se aumentaban haciendo con la mano una presión mediana. La lengua estaba húmeda y encarnada, el vientre terso, y no se verificaba ninguna cámara. La respiracion, corta y muy acelerada, se ejecutaba principalmente por la elevacion de las costillas; persistia el estertor crepitante en la parte posterior de ambos lados, y el pulso era pequeño, contraído y medianamente frecuente. Aquella noche sudó el enfermo con abundancia. Existia el sudamina en el abdomen, el pecho y los miembros. (*Treinta sanguijuelas al ano, fomentos de agua de*

*malvabisco y embrocaciones de aceite de manzanilla al abdómen; bebidas y lavativas emolientes.*)

El 9, igual estado. El 10, los mismos caracteres de la respiracion; auscultacion y percusion imposibles en la parte posterior, à causa de la estrema dificultad de los movimientos; vientre tenso y dolorido; fuerte distension del colon por gases. (*Treinta sanguijuelas al vientre; dos medias lavativas con media onza de aceite de ricino cada una.*)

El 11, disnea cada vez mas considerable, pulso muy pequeño é irregular, alteracion profunda de las facciones. (*Vejigatorios à los muslos.*) Muerte por la noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

La parte posterior de ambos pulmones no estaba crepitante, y de su tejido, fácil de desgarrar y parecido al del bazo, corria una crecida cantidad de serosidad sanguinolenta.

La cavidad peritoneal se hallaba ocupada por un líquido de color gris sucio, en el cual nadaban copos albuminosos; algunas concreciones membranosas, todavia blandas y recientes, unian las circunvoluciones intestinales.

La cara interna del estómago estaba blanca, asi como la de los cuatro quintos superiores del intestino delgado; la del quinto inferior se hallaba sembrada de un crecido número de elevaciones redondas, blancas ó rojizas, que tenian por un término medio el volúmen de un grano de mijo, y sobresalian ligeramente de la membrana mucosa, à cuyas espensas se habian formado, y que en los intervalos se presentaba blanca. Se notó tambien en la misma porcion de intestino una chapa roja, ovalada, que escedia una linea la superficie de la mucosa, y ofrecia su mayor diámetro en la direccion del intestino, teniendo en este sentido de dos à tres pulgadas de estension, y aproximadamente pulgada y media de anchura. Esta chapa presentaba una superficie como rugosa y desigual, y era debida à la inflamacion y tumefaccion de algunas glándulas de Peyero. Finalmente, en la estension de tres ó cuatro traveses de dedo por cima del ciego, aparecian numerosas ulceraciones, cuyo fondo se hallaba formado por el tejido laminoso rojo y un poco denso, y sus bordes por la membrana mucosa cortada de un modo irregular, y de un color negrozco en la estension de cerca de una linea al rededor de dichas lesiones; las cuales cesaban al llegar al ciego, encontrándose desde alli blanca la membrana mucosa en todos los intestinos gruesos.

---

Quando entró el enfermo en el hospital, parecia no padecer otra cosa que una de esas enteritis ligeras que ordinariamente se disipan en pocos dias bajo la influencia de un tratamiento dulcificante. En efecto, no tardó mucho en cesar la diarrea y moderarse la fiebre, y podia creerse muy próxima la convalecencia, cuando de pronto volvió el pulso à hacerse frecuente; se aceleró la respiracion, y se manifestó el estertor crepitante en la parte posterior de ambos pulmones. Poco tiempo despues

fue tambien el perit6neo atacado de flegmasia : entonces los sintonas de la neumonia se hicieron muy oscuros; no habia espectoracion caracteristica; la tos era muy ligera, y la disnea podia considerarse naturalmente como un resultado mecánico de la elevacion del diafragma, debida al derrame peritoneal y á la distension gaseosa del colon. Sucedia además que la existencia simultánea de la inflamacion en ambos pulmones disminuia el sonido de un modo igual en los dos lados, y por esta causa eran asimismo poco seguros los signos suministrados por la percusion. Nos restaba tan solo la auscultacion para servirnos de guia respecto á la inflamacion pulmonar, pero en razon de los vivos dolores peritoneales que causaba el mas ligero cambio de posicion, no podia emplearse dicho medio sino de una manera imperfecta. He aqui pues un caso en que todo concurría á dificultar el diagnóstico de la pulmonía, y en el cual no se pudo verdaderamente hacer otra cosa que sospechar su existencia: cada dia se encuentran en la práctica observaciones de la misma especie. No hay necesidad de probar que en este enfermo era falsa la adinamia, y dependiente de la triple inflamacion que sufrían los pulmones, el perit6neo y la mucosa intestinal.

El estado en que se hallaron las porciones inflamadas del pulmon, nos parece debe considerarse como un intermedio entre el simple infarto y la verdadera hepatizacion: bajo el punto de vista anatómico parece constituir semejante estado el tránsito del primero al segundo grado de la pulmonía.

#### LIX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

*Pulmonia latente, que sobrevino durante el curso de una enteritis crónica.*

Un sirviente, de edad de 27 años, entró en la Caridad el 4 de abril de 1822. Ya llevaba tres semanas padeciendo una diarrea abundante; el pulso estaba frecuente y débil, la cara pálida y flaca, la lengua roja y lisa, y el vientre indolente. Se le aplicaron veinte sanguijuelas al epigástrico. El siguiente dia, no estaba la lengua tan rubicunda, pero los demas sintomas persistian. Continué algunos mas en igual estado, durante los cuales se le aplicaron una vez sanguijuelas al ano, é hizo uso de bebidas y lavativas emolientes. No por eso cesó la diarrea, pero tampoco habia sintoma alguno de gastritis. La lengua estaba pálida, el pulso era pequeño y frecuente; no se advertia aumento de calor en la piel, y el enfermo se hallaba como anémico, en un estado de enflaquecimiento y de debilidad general bastante considerable.

Creó M. Lermnier que podia tratarse de combatir la diarrea por medio de los tónicos astringentes, y prescribió un vaso de cocimiento de cateú y la tisana de arroz acidulada con agua de Rabel, sin alcanzar ningun resultado ni sobrevenir otro cambio que la aparicion de numerosas petequias en el pecho y el abdomen. Entonces dispuso unos bolos compuestos de cuatro granes de

alumbre cada uno, y otros cuatro de extracto de ratania, cuyo número fue aumentándose rápidamente desde cuatro hasta diez cada día. El enfermo tomaba algunas eremas de arroz, caldos y un poco de vino. Bajo la influencia de semejante tratamiento disminuyó primeramente la diarrea y cesó despues, recobrando el semblante su espresion, y perdiendo la piel algo de su sequedad: parecia que ya no debía tratarse mas que de alimentar al enfermo con el fin de que adquiriese sangre, pero á principios de mayo volvió á encenderse la fiebre, y tomó la cara en pocas horas un aspecto cadavérico. ¿Cuál era la causa de esta recaída? No parecia tener su asiento en los intestinos, porque la lengua conservaba su aspecto natural, el vientre permanecia flexible é indolente, y la diarrea no había vuelto á presentarse; por otra parte no se advertía ni tos ni disnea. Sin embargo, percutimos el pecho, y hallamos un sonido algo macizo al lado derecho y parte posterior, poco mas ó menos en toda la estension de los lóbulos medio é inferior, y en el mismo espacio advertimos el estertor crepitante, sin mezcla de ningun ruido de expansion pulmonar. No podia pues ponerse en duda la existencia de una neumonia. Todavía se hallaba el enfermo de tal manera débil y anémico, que no creyó conveniente M. Lermnier hacerle sangria alguna, y se redujo á prescribir veinte sanguijuelas al lado derecho del torax y dos vejigatorios á los muslos. Los dos dias siguientes persistió la fiebre, se alteraron cada vez mas las facciones, y se aumentó el sonido macizo. Por último, dejó de percibirse el estertor crepitante, sin que le reemplazara ningun ruido respiratorio, ni hubiese tampoco disnea, tos ni expectoracion. (*Vejigatorio al lado derecho del torax*). Murió el enfermo al cuarto dia de la recaída.

#### ABERTURA DEL CÁDAVER.

En parte del lóbulo inferior del pulmon derecho se advertía una mezcla de hepatizacion roja y gris; otra parte de este mismo lóbulo la ofrecia roja, y se reducía á pulpa por la presion, presentando un aspecto bastante análogo al de ciertos bazos muy blandos. El resto del parenquima pulmonar parecia sano.

La superficie interna del estómago era blanca, y su membrana mucosa tenia el grosor y consistencia ordinarios: el intestino delgado no presentaba ninguna alteracion sensible hasta la estension de un pie, poco mas ó menos, por cima de la válvula ileocecal, en cuyo espacio ofrecia la mucosa un color moreno que tambien se observaba en el ciego. Eran de notar en el colon muchas ulceraciones blancas que apenas podrian contener un guisante pequeño, y en cuya circunferencia estaba blanca la membrana.

Es principalmente notable esta observacion por la falta completa de los signos racionales que hubieran podido hacer sospechar la existencia de la neumonia. No hubo pues ni disnea, ni tos, ni expectoracion, y no obstante era la ilegmasia muy intensa, y su curso pareció muy rápido. Por otra parte no puede caber duda en que la neumonia fué la principal causa de la recaída y de la muerte: como sobrevino en un sugeto tan profun-

damente debilitado, pareció arrastarle al sepulcro concentrando en el pulmon las escasas fuerzas que restaban, y de aqui la postracion repentinamente elevada al grado mas alto.

Si en vez de limitarnos á la simple observacion de los hechos pretendiésemos elevarnos á su causa fisiológica, ¿no pudiéramos, en el presente caso, explicar la falta tan notable de la disnea por la pequenísima cantidad de sangre que en un tiempo dado debia someterse al contacto del aire, efecto del estado de anemia en que se hallaba el enfermo?

Considerada esta observacion bajo otros puntos de vista, sea respecto al conjunto de los fenómenos generales y locales que precedieron á la aparicion de la neumonia, sea respecto al tratamiento que con éxito se empleó para corregir la diarrea, sea por fin respecto al estado en que se encontró el conducto intestinal, nos parece digna del mas alto interés y muy propia para esclarecer muchos puntos de doctrina, que no deben tratarse en este lugar.

#### LX.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Pulmonía que sobrevino al principio de una erupcion variolosa, y fue disipándose á medida que esta se desarrollaba.

Un hombre, de 22 años, sintió el 23 de setiembre de 1822 atollamiento de cabeza, un vivo dolor en la region lumbar, y algunos vómitos.

El 24 al anoecer entró en la Caridad, y como le hubiese sobrevenido tos frecuente y disnea, se le practicó una sangria. El coágulo que formó la sangre se cubrió de una costra inflamatoria delgada. En la mañana del 25, era la respiracion alta y acelerada, y los esputos viscosos, herrumbrosos y transparentes: percutido el pecho, casi en todas partes resonaba bastante mal; y no se percibia en muchos puntos el ruido de expansion pulmonar, por ser mas fuerte el estertor crepitante. El pulso era frecuente y llepo; la piel estaba caliente; la lengua húmeda y blanquecina; la cara encendida; persistia el atollamiento, y las cámaras se efectuaban como en el estado natural. Creemos al enfermo atacado de una pulmonia doble todavia poco intensa, y se le prescribió una *sangria de doce onzas, sinapismos por la noche, y tisana de cebada*. La sangria presentó una costra mas espesa que la primera.

El 26, tercer dia de la enfermedad, se habia aumentado la dificultad de la respiracion; el estertor crepitante era mas fuerte, mas general, y los esputos presentaban el mismo aspecto. La cara, siempre encendida, espesaba un estado de ansiedad muy notable; existia una fiebre intensa, y las vias digestivas parecian hallarse ilesas. Habia pues crecido notablemente, en el espacio de veinticuatro horas, la inflamacion pulmonar, y si continuaba aumentando era de temer una terminacion funesta atendida su estension. (*Sangria de ocho onzas, dos vejigatorios á las piernas*).

En la mañana del 27 seguia el enfermo en igual estado. Por la tarde, erupcion simultánea en la cara, el pecho y los brazos, de granitos rojos y cónicos. El siguiente dia por la mañana eran ya estos granos mas gruesos y numerosos. Desde su aparicion habia quedado la respiracion libre; los esputos

ofrecían los caracteres propios del catarro; el ruido natural de expansion pulmonar habia reemplazado casi completamente al estertor crepitante, y el pecho estaba mas sonoro. Los dias siguientes, bajo la sola influencia de la dieta y de las bebidas mucilaginosas, se desarrolló con regularidad la erupcion variolosa, y desaparecieron todos los síntomas de neumonia.

El conjunto de los síntomas que señalaron el principio de esta enfermedad, anunciaba una fiebre inflamatoria; pero no tardaron mucho en aparecer los signos de una flegmasia local, de una pulmonia. Esta pareció ser mas grave por su estension que por su intensidad en cada uno de los puntos que ocupaba: no alcanzaron á detener sus progresos las muchas evacuaciones sanguíneas que se hicieron. Ya se pronosticaba de un modo triste, cuando desaparecieron como por encanto los síntomas de la inflamacion, al propio tiempo que comenzó á efectuarse la erupcion variolosa, que fué verdaderamente crítica en el presente caso. Por lo demas no son muy raros los hechos de semejante naturaleza: ¿quién ignora que el principio de las fiebres exantemáticas vá con frecuencia acompañado de síntomas de aracnoiditis, de neumonia, de gastritis, etc., síntomas que desaparecen con prodigiosa facilidad desde el momento que se presenta la erupcion?

Con frecuencia se manifiesta tambien la neumonia durante el curso de la erupcion variolosa, y es sin contradiccion una de sus mas funestas complicaciones. Pero en ocasiones vá anunciada por síntomas característicos, y entonces puede combatirse con éxito por un tratamiento antillogístico mas ó menos enérgico; y otras es completamente latente, y por lo mismo mas peligrosa, á causa de que suele desorganizar el tejido pulmonar antes de haber dado á conocer su existencia. En un crecido número de casos se opone al libre desarrollo de la erupcion cutánea, y constituye una de las mas frecuentes causas de esas viruelas irregulares, mortales por lo comun, que los antiguos designaban con el nombre de viruelas malignas. De aqui se infiere cuanto importa observar el precepto de percutir y auscultar con frecuencia el pecho en los virolentos, aun cuando la respiracion parezca completamente libre. Ademas, siempre que este doble método revela la existencia de una inflamacion pulmonar, conviene no detenerse en recurrir decididamente á las abundantes evacuaciones de sangre, único medio de moderar la flegmasia interna, y por consiguiente de favorecer la erupcion.

## LXI. OBSERVACION.

Pulmonía que substituyó á unos dolores reumáticos.

Un guantero, de edad de 25 años, hacia cerca de quince dias que se hallaba padeciendo dolores reumáticos cuando entró en la Caridad durante el mes de diciembre de 1822. Despues de haber recorrido dichos dolores sucesivamente las articulaciones de los hombros, codos y muñecas, se fijaron en las dos rodillas, que se vieron rojas é hinchadas. Había ademas mucha fiebre. Se practicaron dos sangrias, y se logró que desapareciese la rubicundez, y que disminuyese la hinchazon; pero todavía persistia el dolor con mucha intensidad, cuando el 16 de diciembre se dispó repentinamente, reemplazándole una opresion considerable. Aquella noche se aplicaron al enfermo sinapismos en las estremidades inferiores. El siguiente dia por la mañana no se había presentado de nuevo el dolor reumático. El paciente, medio sentado en la cama, decia que se ahogaba; los movimientos inspiratorios, cortos y muy acelerados, se ejecutaban á un tiempo por la elevacion de las costillas y la depresion del diafragma. La tos era rara y seca; percutado el pecho sonaba bien en todos sus puntos, y auscultado se percibia la respiracion muy fuerte y clara. El pulso era muy frecuente y lleno, y la piel quemante y seca. Nada notable se observaba en las vias digestivas.

Dos fenómenos principales llamaban nuestra atencion: por una parte la súbita desaparicion del reumatismo, y por otra la considerable disnea acompañada de fiebre intensa que había seguido inmediatamente á esta desaparicion. Respecto á la causa de la disnea ¿residia acaso en una neumonia central? ¿dependia tal vez de una pericarditis incipiente? ¿ó era puramente nerviosa? En este punto nos vimos reducidos á conjeturas mas ó menos probables. Por otra parte, cualquiera que fuese dicha causa, las indicaciones terapéuticas no ofrecian duda. Se aplicaron cataplasmas sinapizadas al rededor de las rodillas, y se practicó una sangria de doce onzas.

El dia siguiente, tercero de la invasion de la disnea, no se notaba ningun alivio; pero el color herrumbroso y la viscosidad de los esputos revelaban la existencia de una neumonia. Sin embargo, la percusion y la auscultacion no suministraban mas datos que la vispera. La inflamacion se habia limitado sin duda á una porcion de la raiz ó del centro de los pulmones; pero si la corta estension de la neumonia parecia ser una circunstancia favorable, la estrema dificultad de la respiracion hacia muy grave el pronóstico. (*Sangria de doce onzas, dos vejigatorios á las piernas, diez y seis granos de polvos de Dover en dos dosis, bebidas y lavativas emolientes*).

El cuarto dia, estertor crepitante en la fosa supraspina derecha y debajo del ángulo inferior del omoplato izquierdo: en todo lo demas igual estado. Indudablemente se habia estendido la neumonia. (*Sangria de ocho onzas*).

El quinto y el sexto dia, no ocurrió ningun cambio respecto al estertor, los esputos y la disnea. Persistia la suma frecuencia del pulso. Por la noche deliró el enfermo. (*Sinapismos á las piernas; veinticuatro sanguijuelas al pecho el sexto dia*).

En la mañana del sétimo, no se hallaba integra la inteligencia; la cara expresaba estupor; la lengua estaba seca y roja, y por parte del pecho subsistian los mismos síntomas (*doce sanguijuelas al trayecto de cada yugular, y dos vejigatorios á los muslos*). Durante el dia volvió la inteligencia á su integri-

dad, y se humedeció la lengua. Por la noche la piel, seca hasta entonces, se cubrió de un sudor abundante que persistió toda ella. En la mañana del octavo día, se advirtió una mejoría notable; y en especial la respiración era más libre, y los esputos habían perdido mucha parte de su viscosidad y color herrumbroso. El pulso conservaba su grande frecuencia. No se quiso examinar el pecho, temiendo suprimir el sudor que era todavía muy abundante. (*Bebidas emolientes*). El sudor cesó por la noche.

El noveno día, era la respiración tranquila; la expectoración catarral; el pulso menos frecuente; suave el calor de la piel, y el estertor muy ligero y con mezcla de ruido de expansión pulmonar en la fosa infrascapular derecha. Dicho estertor no cesó enteramente hasta tres ó cuatro días después, y entonces fué cuando el pulso volvió por completo á su ritmo natural. Por lo demás el enfermo se hallaba bien, y tardó poco en salir del hospital, sin haber vuelto á sentir los dolores reumáticos.

La invasión de la neumonía coincidió en este enfermo de un modo notable con la repentina desaparición del reumatismo, formando lo que en otro tiempo se llamaba una metastasis, y se explicaba por la traslación del humor reumático al pecho, así como en el día se explica por el cambio de sitio de la irritación. De cualquier modo que sea, la causa de la considerable disnea que siguió á la desaparición del reumatismo, permaneció muy oscura al principio: después anunciaron la inflamación del parénquima pulmonar, la naturaleza de los esputos, y la existencia del estertor crepitante. En otro lugar de esta obra veremos que las flegmasias de la pleura y del pericardio suceden igualmente á la súbita desaparición de una afección reumática.

Esta neumonía pareció juzgarse hácia el octavo día por un sudor crítico, sin que volviesen á presentarse los dolores articulares.

#### LXII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Congestión sanguínea pulmonar, que simulaba una pulmonía en un escorbútico.

Un escritor público, de edad de 55 años, entró en la caridad el 19 de noviembre de 1822. Se hallaba en la miseria, lleno de disgustos, y como es consiguiente se alimentaba mal, y se veía precisado á habitar un cuarto húmedo y bajo en el arrabal de San Marcelo. Cuando le vimos por primera vez, nos llamó la atención la palidez casi cadavérica de toda su piel, y particularmente del rostro. De sus encías, blandas é hinchadas, corría, mediante la presión más ligera, una sangre clara y serosa; su aliento era fétido; estensas manchas escorbúticas cubrían sus miembros inferiores, que estaban ligeramente edematosos al rededor de los maleolos. Luego que andaba algo de prisa se ahogaba fácilmente; los pulmones y el corazón parecían hallarse exentos de lesión, y las funciones digestivas permanecían íntegras. Se prescribió vino de

quinina, tisana de rábano rústicano, y fricciones aromáticas á los miembros. Durante los doce ó quince días siguientes, pareció mejorar algo el enfermo, y salió del hospital; pero volvió tres días despues con fiebre y una abundante diarrea. Las evacuaciones alvinas estaban compuestas en gran parte de una sangre líquida, y no las acompañaban dolores cólicos ni tenesmo. Despues de cuarenta y ocho horas de dieta, se detuvo este flujo y cesó el movimiento febril; pero desde aquel momento se hicieron mas numerosas y estensas las manchas escorbúticas; se perdió enteramente el apetito, y era insoportable la fetidez del aliento; por último, la respiracion, natural hasta entonces, se aceleró, y al mismo tiempo volvió á adquirir el pulso su frescura, sin que se elevase la temperatura de la piel. El enfermo arrojaba, con tos, esputos acuosos y rojizos, que se parecian bastante al zumo de las ciruelas, es decir, semejantes á los que son propios del tercer grado de la pulmonia. Auscultado el pecho, se notó en la parte posterior de ambos lados el estertor crepitante, mezclado con el ruido natural de expansion pulmonar; en la parte anterior solo se percibia este último con limpieza, aunque algo débil. No creyendo M. Lermnier que fuesen convenientes las evacuaciones sanguíneas, combatió la afeccion pulmonar con la aplicacion de dos vejigatorios á los muslos, y prescribió la tisana de poligala. Los cinco ó seis días siguientes persistieron los mismos sintomas (*vejigatorio al pecho, tisana de poligala, looc con adiccion de tres granos de kermes*). A pesar de todo la respiracion fué haciéndose mas difícil, aparecieron de nuevo las evacuaciones alvinas sanguinolentas, y el enfermo sucumbió. En los últimos días se puso la rodilla izquierda hinchada y dolorida.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El tejido pulmonar era muy poco crepitante, principalmente en la parte posterior: presentaba un color moreno, y tenia un peso notable: cuando se le cortaba, corria por todas partes una cantidad enorme de sangre. Las cavidades del corazon no contenian mas que un poco de sangre líquida, y la acrta se encontró vacía.

La cara interna del estómago y de los intestinos delgados ofrecia muchas ebapas rojas, efecto de la infiltracion sanguínea del tejido sub-mucoso; la cara interna de los intestinos gruesos se hallaba teñida por la sangre que les llenaba. Por la maceracion desaparecia este color rojo uniforme, y se advertia en su lugar una inyeccion bastante viva, que existia á un tiempo en el tejido celular sub-mucoso, y en la misma membrana mucosa. El bazo era notable por su volúmen y extraordinaria blandura.

Tuvimos la curiosidad de examinar la articulacion de la rodilla izquierda, y la encontramos llena de una sangre negra y líquida. Las manchas escorbúticas tenian su asiento en el espesor del dermis.

Rara vez se ven en París ejemplos de una afeccion escorbútica llevada á tan alto grado; pero limitándonos ahora á considerar este caso con respecto al asunto que nos ocupa, llamaremos la atencion al estado particular que presentaron los pul-

mones : no habia realmente en ellos una inflamacion , sino una congestion sanguínea pasiva , análoga á la que se advertia en el dermis , en el tejido de las encías , debajo de la membrana mucosa gastro-intestinal , en el tejido del bazo y en la sinovial de la rodilla. Esta congestion pulmonar determinó durante la vida la mayor parte de los síntomas que caracterizan una pulmonía , y su aumento progresivo fue la principal causa de la muerte. ¿Qué efecto hubieran producido en semejante caso las evacuaciones sanguíneas ? Muy probablemente hubieran apresurado el término fatal. ¿Qué género de medicacion convenia emplear ?

Tal vez en la época de la entrada del enfermo hubiera sido posible curarle con el uso de los diferentes tónicos , conocidos mas particularmente bajo el nombre de *antiescorbúticos* , si hubiera sido fácil secundar su eficacia con un régimen conveniente y con un conjunto de cuidados higiénicos , que no pueden proporcionarse en un hospital ; pero desde el momento que principió á verificarse la congestion pulmonar , se halló á mi entender el enfermo fuera de todos los recursos del arte.

Por lo demas , cuantos han observado epidemias de escorbuto , han advertido la especie de congestion fatal que se efectúa frecuentemente en los pulmones , en un grado muy adelantado de la enfermedad. El pecho , dice Lind , se afecta mas ó menos en el último periodo del escorbuto. Huxham ha insistido particularmente en el peligro de las grandes evacuaciones sanguíneas , en casos de semejante naturaleza.

## CAPÍTULO IV.

## TERMINACION DE LA PLEURO-NEUMONIA POR GANGRENA.

LXIII.<sup>a</sup> OBSERVACION.

Un organista, de edad de 28 años, bebió el 25 de agosto de 1822 una gran cantidad de agua fría hallándose sudando. Suprimióse el sudor; pocas horas despues fue acometido de escalofrío, y aquella misma noche sintió por debajo de la tetilla derecha un vivo dolor, que se hizo dislacerante, acompañado de opresion y tos seca. Estos sintomas persistieron el 26 y el 27. El 28, cuarto dia de la enfermedad, se practicó una sangria y disminuyó el dolor, mas aparecieron esputos sanguinolentos. El quinto, segunda sangria. El sexto, sétimo y octavo, siguieron los esputos herrumbrosos, la tos frecuente, la opresion y la fiebre. Los nueve dias siguientes, igual estado; el enfermo se redujo á estar en quietud y guardar dieta. Tal fue la relacion que nos hizo al entrar en la Caridad el 9 de setiembre, es decir, diez y seis dias despues de la invasion de la neumonia. El dia 10 por la mañana presentó el estado siguiente:

La cara estaba pálida, como aplomada, y la debilidad y enflaquecimiento habian llegado al mas alto grado: se hubiera tomado á este enfermo por un sugeto estenuado á consecuencia de una larga supuracion. Ya no existia ningun resto del dolor del costado. El paciente se quejaba de que no podia respirar; estaba echado de espaldas y algo inclinado al lado derecho; tosia con frecuencia, y expectoraba un líquido rojo negruzco, bastante parecido á los esputos del tercer grado de la pulmonia. (*Estenso vejigatorio al lado derecho del pecho, looc con kermes, doce granos de polvos de Dower en cuatro papeles, tisana de borraja.*)

Los dias décimo octavo y décimo noveno, tuvo sudores abundantes, resultado probable de la administracion de los polvos de Dower. El vigésimo dia se suspendieron los polvos, no hubo sudor, y la expectoracion fue catarral, continuando en el mismo estado respecto de lo demas.

En la mañana del dia vigésimo primero, nos pareció que los esputos arrojados durante la noche exhalaban un olor algo fétido. Por el dia cambió la expectoracion notablemente de carácter; la formaba un líquido de color gris verdoso sucio, y ofrecia una repugnante fetidez. El siguiente dia por la mañana, habia disminuido el sonido macizo del lado derecho, y en aquellos sitios donde la vispera era todavía nula la respiracion, oímos un gorgoteo muy notable. Desde entonces pudo pensarse, ó bien que un derrame purulento formado en la pleura se habia abierto paso al través de los bronquios, ó bien, y esto parecia mas probable, que se habia establecido comunicacion entre uno de dichos conductos y una cavidad ulcerosa, producida por la gangrena del pulmon.

Los dias siguientes, nos parecieron no dejar duda acerca de la existencia

de una gangrena pulmonar, el aumento de la fetidez de los esputos, y su color cada vez mas y mas característico. (*Cocimiento de poligala, pildoras de Morton, jarabe de bálsamo de Tolú.*) Desde aquel momento fue el enfermo decayendo con una espantosa rapidez: su cara presentaba un aspecto cadavérico; había á su rededor una atmósfera infecta, y seguía siempre en la misma postura; es decir, echado sobre el dorso ligeramente inclinado al lado derecho. Cuando se incorporaba un poco, afluían con tal abundancia los esputos á la traquearteria, que resultaba una sofocacion inminente. Los sudores continuos, que fueron en vano combatidos primero por los preparados de la quina, y despues por el acetato de plomo, eran un nuevo motivo de deterioro para este infeliz. Desde el 26 de setiembre, trigésimo tercio dia de la enfermedad, se declaró una diarrea abundante. (Mas de veinte deposiciones acuosas, sin dolores cólicos, en veinticuatro horas.) Se suspendieron el cocimiento de poligala y las pildoras de Morton. (Tisana de arroz con el jarabe de membrillo, cocimiento blanco.) La diarrea persistió hasta la muerte.

El 5 de octubre (cuadragésimo segundo dia del mal) cara cadavérica, disnea extrema, y algunas estrias sanguinolentas mezcladas con los esputos ordinarios. Murió por la noche.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

El lóbulo inferior del pulmon derecho ofrecia una estensa escavacion con las paredes escabrosas y morenas, y que exhalaban un olor pestífero y gangrenoso. Su cavidad estaba llena por una masa pultácea, casi líquida, de un color gris verdoso súcio: en ella se abrian gruesos tubos bronquiales; solo la separaba de las costillas una porcion muy delgada de tejido pulmonar, y su tamaño era tal, que hubiera podido contener una naranja. A su alrededor el parenquima de los lóbulos inferior y medio presentaba una mezcla de hepaticacion roja y gris. La parte posterior del lóbulo superior del pulmon izquierdo ofrecia un color rojo, que formaba contraste con la palidez del resto del órgano, y era en aquel sitio el parenquima fácil de desgarrar, y casi impermeable al aire. (Paso del infarto á la hepaticacion roja.)

El estómago estaba muy pálido, así como el resto del tubo digestivo, que fue abierto y examinado cuidadosamente en toda su estension.

Difiere esta observacion de la mayor parte de las que se han publicado hasta el dia, relativas á la gangrena del pulmon, en haber sucedido evidentemente á una inflamacion pulmonar. Es un caso verdadero de terminacion de la pulmonia por gangrena. La naturaleza de los sintomas, y el estado del pulmon al rededor de la úlcera, lo prueban de consuno. No puede fijarse con exactitud la época en que principió á gangrenarse la porcion inflamada del pulmon; pero la espectoracion nos advirtió el momento en que se establecia comunicacion entre los bronquios y la parte mortificada. Cuando el enfermo murió, habia

ya desprendimiento completo de la escara y formacion de una cavidad ulcerosa á su rededor. La esperiencia no ha demostrado todavía, si despues de la evacuacion completa de las partes mortificadas, pueden aproximarse las paredes de la úlcera, verificarse la cicatrizacion, y restablecerse la salud.

La muerte se aceleró probablemente en este enfermo por la flegmasia del pulmon izquierdo, que era reciente, y de la cual dependian sin duda las estrias sanguinolentas que aparecieron en los esputos poco tiempo antes. Llamaremos por fin la atencion al color blanco de la mucosa intestinal en un sugeto atacado de una abundante diarrea.

#### LXIV. OBSERVACION.

Un hombre que se ocupaba en hacer terraplenes, y de edad de 21 años, habia sentido, hacia diez y ocho meses, un dolor por debajo de la fetilla izquierda, y al mismo tiempo opresion y tos con esputos sanguinolentos. Se le sangró y aplicó un vëjigatorio al lado izquierdo del torax. Desde entonces la respiracion habia quedado anhelosa y persistia la tos. Sin embargo, el enfermo continuó entregándose á sus penosas ocupaciones. Tres semanas antes de su entrada en la Caridad tuvo una hemotisis bastante abundante, y solo entonces dejó de trabajar. El 3 de julio de 1824, presentaba el estado siguiente:

Sonido macizo en toda la estension del lado izquierdo del torax, tanto en la parte anterior como en la posterior. Un poco debajo del nivel del ángulo inferior del omoplato se percibia un estertor mucoso que se aproximaba al gorgoteo de las cavernas; y en el mismo punto se oia, por intervalos, la respiracion bronquial y una resonancia muy fuerte de la voz. En lo restante del mismo lado, solo se notaban diferentes variedades del estertor bronquial, tales como las hemos indicado muchas veces. Al lado derecho se conservaba la sonoridad de las paredes, y se sentia con fuerza y claridad el ruido de expansion pulmonar, excepto en algunos puntos en que se notaba un poco de estertor bronquial. La palabra era libre, y la respiracion no parecia muy difícil; el aliento era fétido y los esputos muy abundantes, formados por un liquido purulento de un color blanco verdoso, que corria formando una superficie igual, y exhalaba un olor desagradable. Decubito dorsal, aunque igualmente posible sobre cualquiera de los lados. Pulso medianamente frecuente, sin calor en la piel. Por las tardes malestar, sensacion de ardor general sin escalofrio inicial, sudor por la noche. Ningun trastorno apreciable de las funciones digestivas. Fuerzas bastante bien conservadas. (*Pildoras balsámicas de Mor-ton, jarabe de Tolú, hydromel compuesto.*)

El 5 de julio por la mañana era el pulso mas frecuente, y se habia elevado la temperatura de la piel. (*Sangria de ocho onzas.*) Ningun cambio notable se verificó hasta el 22 de julio. Hacia esta época variaron los esputos de carácter. El liquido purulento, descrito anteriormente, principió á mezclarse con otra materia formada por una porcion de grumitos grisientos que exhalaban un olor sumamente fétido. Los dias siguientes estos esputos agrisados que al principio eran raros fueron haciéndose cada vez mas abundantes, y fétidos; al acercarse á la cama del enfermo se advertia un olor pestífero, gangrenoso,

procedente á un tiempo de los esputos y de su aliento. Desde que la especto-  
racion presentaba tales caracteres era el pulso pequeño y frecuente; la cara  
ofrecia una palidez notable, y todas las mañanas hallábamos al enfermo echa-  
do sobre el lado izquierdo. Tres ó cuatro veces vomitó los alimentos. Por otra  
parte la respiracion no era mas difícil; las fuerzas se conservaban, y no enfla-  
quecia mucho el paciente. Aunque el pronóstico fue muy grave, todavía nos  
pareció muy distante la terminacion fatal.

El 9 de agosto, se levantó el enfermo como tenia de costumbre; bajó al  
jardin del hospital, y permaneció dos horas en él. El resto del dia pareció ha-  
llarse en la misma situacion que los precedentes. Estando paseándose por las  
salas al anochecer se sintió indispuerto, y volvió á su cama sostenido por los  
enfermeros. Alas dos menos diez minutos se le oyó conversar con libertad y en  
alta voz; advirtiéndose únicamente que sus facciones estaban mas alteradas  
que de ordinario. A las diez ya no existia.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

Marasmo en todo el cuerpo á escepcion de la cara. Rigidez cadavérica.

Adherencias intimas de las pleuras costal y pulmonar del lado izquierdo.  
Todo el pulmon del mismo lado se hallaba duro é impermeable al aire: apre-  
tado entre los dedos su parenquima, resistia y no se aplastaba; ningun liqui-  
do corria de él cuando se le cortaba y comprimia. Su color, poco diferente  
del que tiene en el estado sano, era rojo grisiento: cortándole en diversos sen-  
tidos, parecia sembrado de una infinidad de granulaciones amarillentas suma-  
mente pequeñas. ¿Provenian estas granulaciones de la distension de las vesí-  
culas pulmonares por un pus concreto? ¿ó serian acaso tubérculos incipientes?  
Tanto en su superficie como en su interior presentaba este mismo pulmon un  
crecido número de líneas de un blanco mate, entrecruzadas de tal manera que  
circunscribian los lóbulos pulmonares, cuyos limites se encontraban perfec-  
tamente delineados. Parecian formadas estas líneas por el tejido celular, espe-  
so y como fibroso, que separa unos lóbulos de otros en el estado natural.

A la mitad de la altura de dicho pulmon poco mas ó menos, y cerca de su  
superficie esterna, habia una cavidad bastante grande para admitir una nuez  
gorda, que exhalaba un olor gangrenoso, y que ofrecia en sus paredes una  
capa delgada de materia verdosa, debajo de la cual se hallaba el tejido del  
pulmon rojo y duro. Abriáanse en esta cavidad, que se encontró vacia, muchos  
bronquios de un calibre bastante considerable. La superficie interna de los  
bronquios estaba roja, y muchos tenian sus paredes evidentemente hipertro-  
fiadas: en algunos puntos se dilataban de un modo bastante notable para for-  
mar pequeñas cavidades. Principalmente hácia el centro del lóbulo inferior era  
donde se encontraban semejantes dilataciones parciales, que contenian una  
materia grisienta y fétida, análoga en un todo á los esputos.

El pulmon derecho se hallaba libre de adherencias y sano en toda su es-  
tension, á no ser cerca de su base, donde ofrecia una hepatizacion roja como  
del volumen de una naranja, y que era sin duda de reciente formacion, aten-  
dida la grande friabilidad del tejido.

En este enfermo, como en el que ha servido de objeto á la observacion LXIII, sucedió la gangrena indudablemente á una afeccion inflamatoria del pulmon. La naturaleza de los fenómenos morbosos y el estado en que se encontró el parenquima al rededor de la úlcera, lo prueban igualmente. En el primer enfermo sucedió la gangrena á una pulmonia aguda, y en el segundo á una de las neumonias mas manifiestamente crónicas que hemos tenido ocasion de observar. El estado de induracion en que hallamos al pulmon, no puede confundirse con el de hepaticacion roja ó de infiltracion purulenta que existe en los casos de pulmonias agudas. En estos se presenta efectivamente ingurgitado el tejido pulmonar por un líquido que corre cuando se le corta ó comprime, en cuyo caso ademas se aplasta y se desgarrá con notable facilidad. Al contrario sucedió en la presente observacion; el tejido pulmonar estaba seco, y era su cohesion tan considerable como en el estado sano. Es tambien uno de los caracteres decisivos de la inflamacion crónica, la densidad casi escirrosá del tejido celular interlobular.

En la observacion LXIII se hallaba todavía la escara del tejido pulmonar, contenida en parte dentro de la cavidad ulcerosa formada á su derredor; pero en la presente ya habia sido totalmente espelida, y la cavidad, vacía por completo, no conservaba mas vestigio de ella que el olor gangrenoso y la capa verdosa que tapizaba sus paredes. En uno y otro caso fué anunciada por el mismo conjunto de síntomas la existencia de la gangrena pulmonar; pero mas característica fué sin duda la expectoracion. Los esputos grisientos y fétidos, segun los acabamos de describir, nos parecen en efecto anunciar la gangrena pulmonar de un modo tan seguro como anuncian una neumonia aguda los esputos herrumbrosos, transparentes y viscosos. Las escavaciones tuberculosas, y principalmente la mucosa bronquial inflamada crónicamente, pueden muy bien suministrar esputos fétidos (1); pero esta fetidez se halla muy distante de

---

(1) A los casos de este género que he dado á conocer en el presente tomo (observaciones acerca de la bronquitis), puede añadirse el siguiente: Un tísico, que raras veces habia expectorado sangré, fué atacado de una nueva hemótitis; pero esta vez ofrecia la sangre un aspecto singular: en el fondo del vaso habia una masa líquida de un rojo oscuro, que exhalaba una fetidez tal que me recordó inmediatamente la de los esputos de la gangrena del pulmon. Al dia siguiente era la materia de la expectoracion de un color gris súcio, parecida á una especie de sanies, y de un olor tan repugnante cuando menos como el de la vispera. Creí que se estaba gangrenando algun punto de los pul-

ser la que hemos notado en las dos observaciones precedentes. El aspecto de los esputos gangrenosos es por otra parte tan notable, tan característico, que en mi concepto basta verlos una vez para que sea imposible confundirlos con los de ninguna otra enfermedad del pulmon.

Desde que se publicó la primera edicion de esta obra se han recojido algunas observaciones en que la gangrena ha sobrevenido, como en las que acabamos de citar, á consecuencia de ese conjunto de síntomas que caracterizan el estado morbozo del pulmon llamado *pulmonía*. Tal es un caso observado en el Hotel-Dieu (Clínica de M. Recamier), por M. Nicod, interno de dicho hospital, que me parece conveniente reproducir aqui.

#### LXV.ª OBSERVACION.

Un yesero, de edad de 55 años, habia gozado siempre de buena salud. A principios del mes de mayo esperiméntó un dolor en el lado izquierdo del torax, á consecuencia de haberse espuesto al frio hallándose sudando. Los dias siguientes se aumentó dicho dolor, y sobrevinieron tos, expectoracion sanguinolenta y escalofrios cada veinticuatro horas. Entró en el Hotel-Dieu, presentando todo los síntomas de una neumonia aguda, y le aliviaron las evacuaciones de sangre. Al cabo de doce dias salió del hospital, y volvió á ocuparse en su ejercicio; pero apenas empezó á trabajar advirtió laxitudes no acostumbradas, una fuerte disnea y una tos frecuente; por lo que se convenció de que su enfermedad lejos de haberse estinguido iba agravándose. Siete dias despues entró nuevamente en la Clínica. Entonces habia llegado la enfermedad á su dia vigésimo primo, y estaba caracterizada por los siguientes síntomas: piel amarilla y térrea; cara pálida, aplómada y alterada profundamente; tos frecuente con abundante expectoracion de materiales delicuescentes parecidos al chocolate y mezclados con puntitos blanquecinos que nadaban en su superficie, y tenian el aspecto de pus, muy diferentes de otros cuerpos globulosos del volúmen de un guisante, formados por particulas de tejido pulmonar gangrenado, que facilmente se deshacian entre los dedos. Esta papilla putrilaginosa exhalaba un olor gangrenoso bien caracterizado, y el aliento del enfermo era tan fétido y repugnante, que formaba á su rededor una atmósfera infecta. La percusion daba un sonido claro en toda la estension del pecho. La auscultacion no descubria en el lado derecho el ruido de expansion pulmonar; en el izquierdo parecia bronquial la respiracion, é iba acompañada de un ruido particular que la hacia confusa. El pulso estaba débil, pero sin frecuencia; el enfermo se hallaba en una postracion extraordinaria, siempre echado sobre el dorso y lijeramente inclinado al lado izquierdo. (*Limonada, goma, ácido nítrico; fumigacion de cloruro de cal y vinagre alcanforado*).

---

mones. Sin embargo, los dias siguientes desaparecieron poco á poco la fetidez y el color gris súcio de los esputos, y la expectoracion tomó los caracteres que habitualmente tiene en la tisis.

El 2 de junio (día vigésimo tercio de la enfermedad) era mas notable la cara hipocrática, y el olor del aliento y de los esputos mas subido que los días precedentes; parecia que el enfermo espectoraba sangre negra pura y liquida de un olor insoportable, en la cual se hallára como fundida una parte de la sustancia pulmonar negruzca. Los puntos blancos eran menos numerosos. El pecho seguia siendo sonoro en el lado derecho, y la respiracion pueril, aunque siempre difícil de distinguir: el lado izquierdo ofrecia mayor sonoridad. El ruido respiratorio era tan confuso que nada podia distinguirse en medio del tumulto con que se oía: el pulso se hallaba en el mismo estado. Habia diarrea sin síntomas gástricos. Durmió por la noche. (*Igual prescripcion*).

El 3 de junio, presentaba el enfermo mejor semblante que el día anterior. En general habia mejorado aparentemente su estado; pero se hallaba aumentada la frecuencia del pulso, que daba hasta 120 latidos cada minuto, y era pequeño y tan miserable que desaparecia mediante una ligera presion. El olor de la gangrena parecia menos notable. Continuaba la diarrea.

El día 4 de junio, no siguió el alivio. Habia aumentado la postracion, el decúbito se verificaba completamente de espaldas; la cara estaba mucho mas alterada y cubierta de un sudor viscoso; las facciones contraidas, la piel arrugada y térrea, los ojos tristes y empañados, y la ansiedad era estrema. Todavía contestaba el enfermo á las preguntas que se le dirigian, pero sin interés. La piel estaba caliente, el pulso frecuente, el aliento y los esputos seguian siendo fétidos, aunque menos que el día vigésimo primo de la enfermedad. La materia espectorada era de un color verde moreno, y liquida, pareciéndose menos á la sangre negra. Los puntitos blancos formados por el pus, volvian á manifestarse en grande abundancia; afectaban formas muy variadas y estaban diseminados sobre un líquido, que ofrecia la consistencia y el color del chocolate; la sonoridad era mas considerable al lado izquierdo. Un gorgoteo con estertor sonoro por intervalos, y un ruido respiratorio tumultuoso y confuso, eran los únicos signos que suministraba todavía el estetoscopio.

Sobrevino por fin la agonía y sucumbió el enfermo aquella tarde.

#### ABERTURA DEL CADAVER.

(*Treinta y seis horas despues de la muerte.*)

Palidez térrea del hábito exterior, sin edema ni rijidez de los miembros.

*Torax.* Algunas adherencias antiguas entre el pulmon derecho y la pleura costal. Habia en este lado un ligero derrame de serosidad sanguinolenta; pero por lo demas el pulmon se hallaba sano, crepitante, sin otra cosa que la neumonia de los agonizantes: cuando se le cortaba corria una serosidad rojiza y espumosa.

El pulmon izquierdo habia contraído adherencias muy fuertes, principalmente en la parte posterior; de manera que no pudo desprenderse de la cavidad torácica sin desgarrarse en su parte media y posterior, sitio en que tenian mas consistencia las falsas membranas, y donde era mas fácil de romper el parenquima. Entonces se derramó en la pleura una gran cantidad de materia pultácea negruzca, semejante á la que constituia los esputos; materia que esparcia un olor pestifero, y que podia valuarse en un cuartillo.

Practicada una incision á lo largo del borde posterior del pulmon, de

modo que comprendia la rotura indicada, se descubrió una vasta cavidad ulcerosa que ocupaba toda la estension del órgano pulmonar, llena todavía en parte por una sustancia putrilaginosa, parecida en todo, respecto al color, olor y naturaleza, á la que habia caído en la pleura al desgarrarse aquella especie de bolsa. Haciendo irrigaciones en dicha cavidad, el agua arrastraba al líquido en ella contenido, dejando descubierta una membrana lisa y blanquecina que tapizaba todo el interior del saco, y á la cual estaban pegadas todavía algunas porciones de sustancia negruzca, arborizada en pequeños filamentos, parecida exactamente, hasta en el color, á la conserva de los arroyos. Estas arborizaciones estaban adheridas á la cara interna de la caverna por ramificaciones bronquiales, y su estremidad quedaba libre y flotante en la cavidad. El mas ligero frote bastó para desprenderlas, y entonces se descubrieron del todo las paredes de la escavacion, uniformemente blancas y formadas por una falsa membrana de cerca de una linea de espesor, que separaba la parte mortificada de las que habian conservado su vitalidad; las cuales, invadidas por la inflamacion, habian pasado al estado de hepaticacion roja, y no sobrenadaban en el agua.

La falsa membrana circunscribia una cavidad que ocupaba todo el interior del pulmon, no dejando en su vértice mas que el grosor de cosa de pulgada y media, formado por la sustancia pulmonar en estado de hepaticacion gris, y en su base una capa de la mitad de dicho grosor, en el mismo grado de inflamacion. La cara interna, cerca del origen de los bronquios, presentaba todavía casi una pulgada de espesor, mientras que toda la cara esterna estaba apenas reducida á algunas lineas; el borde inferior del pulmon conservaba su crepitation en una estension de dos lineas por toda su circunferencia. La parte del tejido pulmonar, que conservaba la forma del órgano, y que podia compararse con razon á una simple corteza, se hallaba en estado de hepaticacion gris.

En el vértice del pulmon, que ofrecia el mismo estado de hepaticacion, se descubrieron, haciendo una incision, muchos tubérculos miliares en estado de crudeza por el centro, y tambien una cavidad que hubiera podido contener una nuez pequeña, efecto sin duda de la supuracion de muchos tubérculos, cuya materia se habia reunido en un foco lleno de pus homogéneo y blanquecino.

El corazon y los vasos gruesos no ofrecian nada de particular; el estómago se hallaba sano; el intestino delgado presentaba algunas arborizaciones rojas, y en la inmediacion de la válvula ileo-cecal se hallaban tres ulceraciones superficiales sin tumefaccion de la membrana mucosa.

Los demas órganos se encontraban en el estado normal.

## CAPITULO V.

## RESUMEN Ó HISTORIA GENERAL DE LA PLEURO-NEUMONIA.

59. Los síntomas de la pleuro-neumonía, el peligro mayor ó menor en que pone á los enfermos, y las modificaciones que puede sufrir su tratamiento, se hallan en relacion con los diferentes estados que el pulmon presenta, segun los grados diversos de la inflamacion. Creemos pues conveniente dar principio á la historia de la pleuro-neumonía, por donde generalmente se termina, esto es, por la descripcion de los caracteres anatómicos.

Tres grados ha admitido Laennéc en la inflamacion del parenquima pulmonar, á saber: el simple infarto, la hepatizacion roja y la hepatizacion gris. Adoptaremos este lenguaje, siquiera porque es sencillo y se halla generalmente recibido. Sin embargo, nos parece conveniente hacer notar que el tejido del pulmon afectado de flegmasía, se parece en realidad demasiado poco al tejido del hígado, para que la palabra *hepatizacion* pueda considerarse como exacta. El pulmon inflamado en cierto grado, y el hígado sano, difieren principalmente por su consistencia. En el estado que mas generalmente se designa bajo el nombre de hepatizacion roja ó gris, se halla el tejido del pulmon singularmente reblandecido y muy friable; solamente alguna vez, mucho mas rara, ofrece mayor dureza que en el estado de salud. Y estos dos caracteres tan diferentes, de reblandecimiento y de supuracion, que por otra parte ocasionan diferencias en los síntomas, ¿deberán confundirse bajo una misma denominacion? Sino estuviésemos convencidos de la extraordinaria reserva que debe haber para introducir palabras inusitadas en el lenguaje médico, nos propondríamos establecer la nomenclatura siguiente, para los diversos grados de la pulmonía. En la neumonía aguda admitiríamos tres estados distintos del pulmon, que designaríamos con los nombres de *infarto*, *reblandecimiento rojo*, y *reblandecimiento gris*, con *simple infiltracion purulenta* ó *formacion de absceso*. En la pulmonía crónica, reconoceríamos los mismos estados, y otros dos mas, que llamaríamos *induracion roja* é *induracion gris*. Describamos estos diferentes grados.

60. En el grado mas débil de la inflamacion , en aquel que se designa con el nombre de simple infarto , es todavía crepitante el parenquima pulmonar , y se le puede comprimir y estirar con fuerza , sin que por eso se desgarré. Sin embargo, la crepitacion es menor que en el estado sano, y comprimiendo el tejido del órgano , se siente que hay mas líquido que aire en las vesículas pulmonares. Muchas veces es tan débil la crepitacion , que cuando se comprime el pulmón parece enteramente al de un feto que no ha respirado. El color de la parte infartada se halla alterado , y su rubicundez oscura ó hermeja contrasta con el color gris ó de rosa pálido de las porciones sanas del órgano. Si se cortan las partes infartadas , se vé correr en grande copia una serosidad rojiza y espesa , y si después de cortadas en muchos sentidos se las somete á una presion continuada largo tiempo , y á repetidas lociones , se desembarazan del líquido que contenian , y se las torna tan crepitantes , tan elásticas y tan descoloridas como las porciones de pulmón que no se hallan inflamadas.

Este simple infarto , sin mas alteracion de textura , solo se observa en el caso de ilegmasia ligera : por poco intensa que sea la afeccion , disminuye de consistencia el parenquima pulmonar y se hace friable , deshaciéndose fácilmente cuando se le comprime entre los dedos. El líquido que corre en tal caso es menos abundante , y sobre todo menos espumoso , y el tejido del órgano inflamado ofrece bastante analogía con el de ciertos bazos , que se deshacen fácilmente sin reducirse no obstante á pulpa. Constituye semejante estado uno intermedio entre el simple infarto y el verdadero reblandecimiento rojo (hepatizacion de los autores.) Es verdaderamente el tránsito del primero al segundo grado de la pleuro-neumonia.

Mientras el pulmón se halla solamente infartado , sin otra alteracion de textura , es difícil decidir , en todos los casos , si el infarto es verdaderamente inflamatorio , ó si es el resultado mecánico , ya de la ingurgitacion sanguínea que se verifica casi siempre en los pulmones en los últimos momentos de la vida , ya de una simple infiltracion cadavérica. Para conocer estos dos últimos estados , no se necesita tanto atender al color del tejido pulmonar , como á su consistencia : por poco friable que se encuentre dicho tejido , debe considerarse inflamado (1). En

---

(1) Nuevas investigaciones me han conducido posteriormente á creer que el aumento de friabilidad del tejido pulmonar , podia muy bien ser debido á una simple acumulacion de sangre , sea puramente mecánica , sea formada de

casi todos los casos en que haya habido verdadera flegmasia, se observará el referido aumento de friabilidad, porque es sumamente raro que resulte la muerte á consecuencia de una neumonia que no haya sido bastante intensa para destruir mas ó menos la consistencia ordinaria del tejido pulmonar.

De este simple infarto, y del principio de reblandecimiento que acabamos de descubrir, pasa poco á poco el pulmon inflamado á un grado distinto, en que á primera vista ofrece el aspecto de un hígado, que por hallarse ingurgitado de sangre presentase un color rojo uniforme. En tal estado, no crepita el pulmon por haberse hecho impermeable al aire, ni tampoco sobrenada cuando se le sumerge en el agua. Si se le corta, corre todavía de él un líquido rojo, no espumoso, y mucho menos abundante que en el grado precedente. Examinado con un lente, parece compuesto su parenquima de una porcion de granulaciones pequeñas y rojas, apretadas las unas con las otras; cuando se le desgarrá, presenta muchas veces á simple vista las mismas granulaciones, y es de advertir que se deshace ó rompe con mucha mayor facilidad que en el estado sano.

Es su friabilidad extraordinaria; basta en muchos casos apretarle ligeramente entre los dedos para que se aplaste y reduzca á pulpa roja: semejante *reblandecimiento*, análogo al que presentan otros muchos tejidos inflamados, establece principalmente una distincion importante entre el parenquima del pulmon atacado de flegmasia y el parenquima del hígado, que no se pone tan blando y friable mas que en ciertos estados patológicos. Representar este segundo grado de la inflamacion del pulmon por la palabra *reblandecimiento rojo* es, en nuestro concepto, dar una idea mas exacta, que designarle con la de hepaticizacion. En el grado que nos ocupa parece siempre mas considerable el volúmen del pulmon enfermo que el del sano; pero tal aumento de volúmen solo es aparente; depende de que el pulmon privado de aire no se deprime ó aplasta al abrirse el pecho como el que se halla aun lleno de aquel fluido.

En un grado mas adelantado todavía, el tejido pulmonar, denso, compacto, impermeable al aire, como en el grado precedente, ofrece un color grisiento caracterisco. Si se le examina con un lente, se observan las mismas granulaciones que acabamos de describir; solo que son blancas ó grises en vez de rojas. Muchas veces son mas considerables, y se hacen percep-

---

rante la agonía, ó por fin aunque haya sobrevenido despues la muerte, (*Véase sobre este punto mi *Precis d'Anatomie pathologique.**)

tibles á simple vista, principalmente cuando se ha reconocido ya su existencia por medio del lente. Además, las granulaciones presentan numerosas variedades respecto de su disposición, de su número y de su volúmen: en efecto, se ve que en un espacio dado, ya se hallan solamente algunas separadas ó aglomeradas, ya se ven agrupadas en número infinito, ya por fin no se percibe ninguna, y solo se nota una superficie gris uniformemente lisa. Pronto procuraremos darnos razón de tales diferencias de aspecto.

En este grado de la neumonía, como en el precedente, se halla el tejido pulmonar reblandecido y muy friable. La cantidad de líquido existente en el parenquima del pulmón es tanta algunas veces, que cortándole se ve correr una materia grisienta, un verdadero pus que constantemente nos ha parecido inodoro. Otras veces no basta la simple incisión para hacer salir al líquido; pero si se comprime ligeramente el tejido sin desmenucerle, mana el pus de la superficie cortada bajo la forma de gotitas que parecen salir, ya de los orificios de los bronquios capilares, ya de las granulaciones mismas, las cuales dejan de ser visibles después de haber ejercido muchas presiones sobre un mismo pedazo del pulmón. Cuanto más empapado de líquido se halla, más blando es y más friable el tejido pulmonar: comprimido entre los dedos, se reduce á pulpa grisienta que solo difiere del líquido mismo por su mayor consistencia. De tan estremada friabilidad resulta, que basta hundir ligeramente el dedo en un punto cualquiera del parenquima para determinar en él la formación de una pequeña cavidad llena de pus, que pudiera tomarse por un absceso de reciente formación. Repetimos, pues, que en vez de designar este tercer grado bajo el nombre de hepatización gris, creemos sería más exacto llamarle *reblandecimiento gris*.

Tales son las alteraciones que caracterizan los diversos grados de la inflamación aguda del pulmón. Cuando la inflamación es crónica, puede el órgano ofrecer también las mismas alteraciones; pero además presenta otros dos estados que no se observan en los casos de flegmasia aguda, y en los cuales el parenquima pulmonar, en vez de hallarse empapado de líquido y reblandecido, está por el contrario seco y duro, ora conservando un color rojo pálido, ora, y es el caso más común, ofreciendo un color gris. De la misma manera que hemos admitido un reblandecimiento rojo y otro gris, así admitiremos también una *induración roja* y una *induración gris* (1).

(1) A estas dos especies de induración del parenquima pulmonar es ne-

Por lo demas no nos causa admiracion el ver que de esta manera pase el parenquima pulmonar á la induracion despues de haber estado al principio reblandecido; porque un fenómeno análogo nos ofrecen otros muchos tejidos y órganos atacados de flegmasia. El tejido celular, por ejemplo, adquiere primeramente cuando se inflama una estraordinaria friabilidad; pero si la inflamacion no se resuelve, si pasa al estado erónico, tarda poco aquel tejido en dejar de ser friable, y lejos de reblandecerse mas, se vuelve al contrario duro y consistente, presentando con frecuencia una dureza como escirrosa. Esta terminacion por endurecimiento puede observarse principalmente, ya en el tegido celular que rodea las úlceras antiguas, ya en el submucoso ó subseroso; en fin, puede observarse asimismo en el tejido celular que une entre sí los diferentes lóbulos pulmonares; cuyo tejido, que apenas es perceptible en el estado fisiológico, adquiere, en algunos casos de pulmonia crónica, un grosor tal que se manifiesta en la superficie del pulmon y en su interior bajo la forma de líneas blancas, de consistencia semi-cartilaginosa, que rodean y circunscriben cada lóbulo pulmonar.

Es bastanté comun hallar reunidos en un mismo pulmon los tres grados de la neumonia aguda (infarto, reblandecimiento rojo y reblandecimiento gris), sea porque la inflamacion no haya caminado en igual rapidez en todos los puntos invadidos, sea porque haya principiado en ellos sucesivamente.

El reblandecimiento gris puede formarse en un espacio de tiempo muy corto; nosotros, por ejemplo, hemos hallado que todo un lóbulo pulmonar se encontraba ya en el tercer grado al fin del quinto dia.

La pulmonia crónica es, en concepto de los médicos, una afeccion tan sumamente rara, que hasta dudán si se ha observado alguna vez. El profesor Chomel dice, en su artículo neumonia del diccionario de medicina en 21 volúmenes, no haber visto mas que dos veces en el cadáver, en un espacio de diez y seis años, las lesiones que en su concepto caracterizan á la pulmonia crónica. Por nuestra parte la hemos hallado con mayor frecuencia, en términos de no parecernos una afeccion tan rara como se ha dicho. Su carácter anatómico es, á nuestro modo de ver, un endurecimiento del tejido pulmonar que al mis-

---

cesario añadir la induracion negra, de la cual se ha formado, equivocadamente á mi entender, un tejido particular que designan con el nombre de *melanosis del pulmon*. (Véase el tomo IV de esta obra y mi *Precis d'Anatomie pathologique*.)

mo tiempo se hace impermeable al aire, y ofrece un color leonado, gris, moreno ó negro. Unas veces se halla en semejante estado de endurecimiento un lóbulo entero, ó una porcion considerable de él; otras solo aparecen endurecidos algunos lóbulillos, aislados unos de otros, y separados por un tejido perfectamente sano; y otras, en fin, se halla todavía mas circunscrita la neumonia crónica, y en un mismo lóbulo invade solamente un cierto número de vesículas; en cuyo último caso estan los pulmones sembrados de un número mas ó menos considerable de granulaciones que se han considerado equivocadamente, en nuestro concepto, como producciones de nueva formacion. Por lo demas la neumonia crónica puede, aunque no es lo comun, suceder á la aguda bajo una ú otra de dichas tres formas; y puede empezar insensiblemente de un modo sordo, sin que en ninguna época de su existencia se observen nunca signos agudos; cuyo segundo caso es mucho mas frecuente que el primero. Los enfermos no presentan entonces otra cosa que los síntomas de una bronquitis crónica, acompañada de una disnea que va aumentándose cada vez mas. ¿Añadiremos que no es raro hallar en los tísicos vestigios indudables de neumonia crónica al rededor de los tubérculos, principalmente cuando estos se encuentran reblandecidos y transformados en cavernas?

61. ¿Cuál es la parte del pulmon, principalmente alterada, en los diferentes grados de la neumonia? ¿Es acaso el tejido celular inter-vesicular, ó son tal vez las vesículas mismas? Nada hay en esto de positivo; pero vamos, sin embargo, á manifestar lo que nos parece mas probable.

Cuando todavía no hay mas que simple infarto, se le reconoce durante la vida por la existencia del estertor crepitante. Mas nosotros trataremos de probar en otro sitio que dicho estertor no es en cierto modo otra cosa que un diminutivo del mucoso; y que si no puede dudarse que este tiene su asiento en los bronquios, no es posible tampoco dejar de admitir que una mezcla de aire y de líquido en los mas pequeños de aquellos conductos produzca el estertor crepitante, pues las vesículas pulmonares parecen ser únicamente las últimas estremidades de los bronquios, dilatadas y sin salida (1). En estas vesículas es donde parece tener su asiento el estertor crepitante del primer grado de la pulmonía. Si tal proposicion es exacta, siguese que

---

(1) Consúltese sobre este objeto el excelente trabajo de M. Reisseisen sobre la estructura del pulmon.

consiste esencialmente la neumonia en la inflamacion de las vesículas pulmonares, cuya superficie interna segrega un líquido mucoso, sanguinolento al principio y purulento despues.

A medida que la inflamacion progresa, se hace mas espeso y viscoso el líquido segregado; no puede espelerse de la cavidad en que se forma, se acumula en ella, la obstruye, la distiende, y da de esta manera origen á las numerosas granulaciones que parecen constituir especialmente el tejido pulmonar cuando se halla en estado de hepaticacion roja.

Mas tarde no es ya moco ni sangre, sino pus, lo que segrega la superficie interna de las vesículas; este pus las llena á su vez, y de aquí proceden las granulaciones grises que se observan en el tercer grado de la inflamacion del tejido pulmonar, y que parecen no ser otra cosa que vesículas llenas de supuracion. Muchas de estas granulaciones conservan frecuentemente un color rojo pálido, una especie de mezcla de color gris y rojo, resultado de la combinacion del pus, y de la sangre en el interior de la vesícula. Si se comprime un pedazo de pulmón en estado de hepaticacion gris, se ve salir al pus en forma de gotitas, procedentes sin duda cada una de ellas de una vesícula, cuyas paredes se han roto. Cuando la distension de las vesículas es general, y llega á su mas alto grado, acaban por confundirse unas con otras, y desaparece el aspecto granuloso.

Las paredes de las vesículas inflamadas deben volverse blandas y friables, como acontece á todos los tejidos atacados de flegmasia. De aquí se sigue el notable reblandecimiento, la estrema friabilidad que en tales casos ofrece el parenquima pulmonar. En cuanto al último grado, en el cual se halla seco y duro el tejido del pulmón (induracion gris), puede esplicarse por la consistencia del líquido que llena las vesículas, y principalmente por el espesor y endurecimiento de sus paredes, inflamadas de un modo crónico, ¿no se hallan en el mismo caso, segun dejamos dicho, un crecido número de flegmasias crónicas?

Las ideas que acabamos de emitir respecto al sitio de la neumonia no tienen en su favor, lo repetimos, mas que simples probabilidades. Para que su exactitud quedase demostrada seria necesario manifestar, con el escalpelo en la mano, la inflamacion de las vesículas, lo cual no se ha hecho todavía, y será muy posible que no se haga jamás (1). Sin embargo, estas ideas

---

(1) En mi *Precis d' anatomie pathologique* he dado cuenta de algunas investigaciones, que hacen apreciables por medio de la vista, los cambios que en la neumonia sufren las paredes de las vesículas pulmonares.

nos han parecido dignas de alguna atencion, porque considerando de tal manera á la pulmonía, es mas fácil darse cuenta de un número crecido de fenómenos, y esplicar mejor todos los diferentes signos que suministra la auscultacion.

62. Acabamos de ver que hay cierto grado de la pulmonía, en que se halla un verdadero pus diseminado en el parenquima pulmonar, cualquiera que sea por otra parte el sitio que ocupe. Ahora bien, ¿se reúne alguna vez este pus, formando un foco, de modo que constituya un absceso? Cuando la anatomía patológica se hallaba en su infancia, quiero decir, antes de los trabajos debidos á la escuela francesa en el siglo XIX, consideraban los médicos como un hecho muy comun la formacion de abscesos en el parenquima pulmonar, á consecuencia de su inflamacion aguda ó crónica; pero es evidente en el dia que tales observaciones habian recaido, no sobre verdaderos abscesos, sino sobre derrames pleuríticos interlobulares, y sobre masas tuberculosas reblandecidas. Creian tambien los antiguos que la neumonia se curaba frecuentemente por la evacuacion espontánea de uno de estos pretendidos abscesos, que designaban con el nombre de *vómicas*; mas en el dia es bien sabido que tales vómicas son efecto de alteraciones que difieren esencialmente de un absceso pulmonar. Consisten unas veces en gruesos tubérculos que se reblandecen y evacuan repentinamente al través de los bronquios; otras son debidas á una coleccion de pus, que habiéndose formado en la pleura, se abre paso por el pulmon, y se espele de pronto; otras, en fin, y de ello hemos presentado ya ejemplos, no pasan de ser una secrecion puriforme copiosa que de improviso se verifica en la membrana mucosa bronquial.

Desde que la anatomía patológica se cultiva con mayor esmero, se han considerado como casos muy raros aquellos en que se ve á una neumonia terminar por la formacion de un absceso. Cuando publicó Laennec su tratado sobre la auscultacion (1), no habia encontrado todavia mas que cinco ó seis veces colecciones purulentas en el pulmon inflamado; y aun estas eran tan pequeñas que la mayor apenas podia admitir la estreñidad de tres dedos reunidos. Por nuestra parte solo una vez hemos visto en la Caridad un verdadero absceso á consecuencia de una pulmonía, y fue en un enfermo que sucumbió á los diez y nueve dias de una inflamacion pulmonar. Los lóbulos medio é inferior del pulmon derecho se hallaban en estado de hepatizacion gris; hácia la parte media del lóbulo inferior solo

(1) Primera edicion.

se observaba una especie de papilla de color gris sucio, en cuyo centro habia un verdadero pus, que no exhalaba ningun olor; en las inmediaciones se encontró blando y como deshecho el tejido pulmonar; pero poco á poco iba tomando mayor consistencia. Ningun signo particular nos habia revelado durante la vida la existencia de este absceso: entonces apenas era conocida la auscultacion (en 1819). Otro ejemplo hemos visto de absceso bien caracterizado, á consecuencia de una pulmonía, en un sugeto cuyo pulmon presentó á la Academia Real de Medicina el doctor Honoré en 1823. El enfermo habia sucumbido de resultas de una flegrmasía aguda del pulmon, en las salas de la enfermería de Bicetre. Se advertia, en el centro de un lóbulo pulmonar hepaticado, una cavidad cuyas paredes eran lisas, redondeadas, y podian admitir un grueso albaricoque, y la cual estaba llena de pus.

Hemos advertido ya una circunstancia que algunas veces ha podido hacer creer la existencia de un absceso del pulmon: hablamos de la suma facilidad con que puede formarse, por la mas ligera presion, una cavidad en el centro del tejido pulmonar blando y friable, que caracteriza al tercer grado de la neumonia (1).

63. La pulmonía puede terminar tambien por gangrena, y de ello hemos citado ya tres ejemplos. (Obs. LXIII, LXIV y LXV). Pero es sin embargo un género de terminacion casi tan raro como la formacion de abscesos. Evidentemente han descrito los antiguos, bajo el nombre de gangrena, alteraciones del pulmon muy diferentes de aquel estado. En general se hallaban muy inclinados á establecer que habia gangrena siempre que un tejido les presentaba un color oscuro ó negro. Llenas están sus obras de historias de gangrenas del cerebro, de los pulmones, del hígado, de los intestinos, etc.; y con todo no hay cosa mas rara que una verdadera gangrena de tales órganos.

Conviene ademas advertir que la gangrena del pulmon no siempre se manifiesta como una terminacion de la neumonia. Mas de una vez la hemos observado en sugetos que solo habian

(1) Despues de haberse publicado la primera edicion de esta obra, he hallado en el pulmon de dos niños recién nacidos abscesos que en nada se parecian á los tubérculos en estado de fusion.

Tambien he encontrado tres veces pequeños abscesos diseminados en gran número por el parenquima pulmonar, en adultos que habian muerto del undécimo al décimo quinto dia de la neumonia aguda. A su rededor se hallaba el tejido pulmonar en estado de hepaticacion gris, pero sin vestigio alguno de tubérculo.

padecido largo tiempo una simple bronquitis. Estos individuos enflaquecian, iban adquiriendo una palidez notable, su pulso presentaba de continuo una extraordinaria frecuencia, y por último se hacia fétido su aliento, y tomaban sus esputos el color y el olor de la gangrena pulmonar.

Puede acontecer, cuando el pulmon se encuentra atacado de gangrena, que la pleura correspondiente á la parte esfacelada participe del mismo estado, y que caiga la escara en la cavidad pleurítica, en vez de ser eliminada por los bronquios, resultando de aquí un neumo-torax, al cual seguirá despues un derrame. Ocasion tendremos en el cuarto tomo de citar un caso de esta naturaleza.

64. La pulmonía puede ser simple ó doble, ó en otros términos, puede atacar solamente á un pulmon ó á los dos á un tiempo. En un mismo pulmon puede ser general ó parcial; invadir el lóbulo superior, el inferior y limitarse á la base, á la raiz ó al centro. Se ha dicho que estos diferentes sitios de la neumonia no eran todos igualmente frecuentes, respecto á lo cual presentaremos algunos resultados numéricos.

Entre ciento cincuenta neumonias, cuyas observaciones han sido recogidas en el hospital de la Caridad, noventa afectaron el pulmon derecho, treinta y ocho el izquierdo, y diez y siete ambos pulmones. El sitio de las otras seis no fue conocido.

De cincuenta y nueve neumonias, cuyas observaciones bien detalladas no pueden dejar duda acerca de la naturaleza y sitio de la enfermedad, y que se hallan consignadas en las obras de Morgagni, de Stoll, de De Haën, de Pinel (*Médecine clinique*), y de Broussais (*Traite des Phlegmasies chroniques*), treinta y una se manifestaron en el lado derecho, veinte en el izquierdo y ocho en ambos lados.

Resulta, pues, que entre doscientas diez pulmonías hemos hallado ciento veintiuna del pulmon derecho, cincuenta y ocho del izquierdo, veinticinco dobles, y seis cuyo sitio no se llegó á determinar.

65. Se ha dicho que casi nunca son atacados de flegmasia los lóbulos pulmonares superiores. Nosotros podemos afirmar que se inflaman con bastante frecuencia, aunque no tanto como los inferiores. Efectivamente, entre ochenta y ocho casos de pulmonía hemos visto inflamado cuarenta y siete veces el lóbulo inferior, treinta el superior, y once la totalidad del pulmon.

La neumonia crónica, que lo es desde su principio, existe segun nuestras observaciones, con mucha mas frecuencia en los lóbulos superiores que en las demas partes del pulmon,

66. Considerada siempre respecto á su sitio, presenta la pulmonía una variedad que es muy importante designar, á causa de la oscuridad que muchas veces ofrece su diagnóstico. En ella no ocupa la inflamacion una parte mas ó menos grande del pulmon de un modo continuo, sino que está diseminada en una porcion de puntos aislados por medio de un tejido perfectamente sano. Estas neumonias parciales ocupan un espacio que varía desde el tamaño de una naranja al de una avellana, ó un guisante. Cuando se corta á rebanadas un pulmon inflamado de esta manera, se nota en la superficie de la porcion cortada un número mas ó menos considerable de pequeñas chapas rojas ó grises, segun el grado de la flegmasia, que hacen contraste por su color con el tejido sano que las separa. En el sitio donde existen se observan ademas diferentes grados de dureza, de reblandecimiento, ó de consistencia, segun la intensidad y el grado de la inflamacion. Unas veces son muy escasas tales chapas, y otras tan numerosas que reuniéndolas con el pensamiento, se conoce que ocupan una gran parte del parenquima pulmonar, que equivalen, por ejemplo, á la flegmasia de un lóbulo entero. Estas pulmonias parciales se hallan indistintamente en todos los puntos del pulmon. Conviene sin embargo que el diagnóstico se estienda hasta la averiguacion del punto que ocupa la flegmasia; si está limitada, por ejemplo, á la capa superficial del lóbulo pulmonar que se halla en contacto con las costillas, ó si reside en el borde interno del pulmon, en su cara diafragmática, su raiz ó su centro; casos todos de que tenemos ejemplos en nuestras propias observaciones.

Estas *pulmonias lobulares* pueden existir así en el estado agudo como en el crónico, y es tanto mas importante reconocer su existencia, cuanto que muchas de ellas no se anuncian por los mismos signos estetoscópicos que revelan la flegmasia de un lóbulo. Mas adelante veremos en que consiste esta diferencia.

No es raro que el tejido pulmonar se halle, entre estas inflamaciones parciales, infiltrado de una grande cantidad de humor seroso; pero semejante infiltracion se distingue facilmente de una flegmasia por la naturaleza del líquido que no tiene color, y principalmente porque el tejido pulmonar conserva su elasticidad y consistencia.

67. Constantemente acompaña la inflamacion de los bronquios á la del parenquima pulmonar. Su membrana mucosa ofrece una rubicundez intensa é igual con corta diferencia en las grandes y en las pequeñas ramificaciones. Cuando un solo lóbulo se halla inflamado, no existe por lo comun la inflama-

cion mas que en los bronquios que se distribuyen por él.

68. En el mayor número de casos se notan en la pleura correspondiente al pulmon enfermo algunos vestigios de flegmasia, tales como inyeccion mas ó menos viva, concreciones albuminosas y ligero derrame seroso, purulento ó sanguíneo. Por eso hemos designado, en general, la inflamacion del parenquima pulmonar bajo el nombre de pleuro-neumonia. Empero no se crea, como ha sucedido por mucho tiempo, que en toda neumonia hay tambien pleuresia; no, porque algunas veces, despues del mas escrupuloso examen, nos ha parecido la pleura exenta de toda lesion. Tambien ha sucedido alguna vez no encontrar afecta mas que la pleura de un lado estando inflamados ambos pulmones. Es muy raro que se formen derrames considerables en el mismo lado en que existe la neumonia, y ya se concibe que tal derrame no puede verificarse en el caso de estar el pulmon hepatizado en su totalidad. Una vez hemos visto un derrame en la parte inferior de uno de los lados del torax: no habia aquel rechazado hácia la columna vertebral mas que el lóbulo inferior del pulmon, y por encima le limitaba el lóbulo superior hepatizado y adherido á las costillas, de modo que formaba en algun modo la bóveda de la cavidad ocupada por el líquido (Obs. L.).

69. Las cavidades derechas del corazon se hallan comunmente distendidas por una sangre negra coagulada. A no haber complicacion, los demas órganos solamente ofrecen una congestion venosa, que suele llegar á su grado mas alto en el hígado, el bazo y los intestinos, y que por otra parte puede variar segun la duracion de la agonía, y el impedimento que haya sufrido la respiracion.

70. Nos detendremos muy poco en el examen de las causas ocasionales de la pleuro-neumonia: indicadas se hallan por todos los autores. En muchos casos son sumamente oscuras, y á menudo se ha exagerado su importancia. Para la produccion de esta enfermedad; como para la de todas, es necesario admitir una predisposicion, sin la cual carecen de influencia las causas ocasionales, y que es el único medio de explicar por qué una misma causa produce, ya una angina, ya una simple bronquitis, ya una pleuro-neumonia, una gastritis, una peritonitis, etc. Entre muchos individuos que se hallen espuestos á la accion de una temperatura fria estando sudando, el número mas pequeño es acometido de inflamacion pulmonar, y por otra parte dicha enfermedad se manifiesta muchas veces sin que se la pueda referir á ninguna causa ocasional apreciable.

En el número de las causas ocasionales de la pleuro-neu-

monia ha sido incluida la supresion de ciertos exantemas agudos; á saber, la viruela, el sarampion y la escarlata. Yo creo que aqui se ha tomado el efecto por la causa. Siempre que un exantema se marchite, no se desarrolle convenientemente, ó desaparezca antes de tiempo, debe atribuirse por lo comun á la existencia de una flegmasia interna, y en particular de una pleuro-neumonia. Los sintomas de esta inflamacion intercurrente son las mas veces muy poco manifiestos, y con frecuencia se ocultan á la investigacion mas atenta. La complicacion de la viruela con la pulmonia, con una gastro-enteritis, ó una meningoencefalitis, constituye ciertamente un crecido número de viruelas de mal carácter, que llamaban los antiguos *malignas*. A menudo en casos de este género la libertad aparente de la respiracion ha inspirado una funesta seguridad; por lo que bien se halle la respiracion libre, ó bien dificil, nunca debe omitirse el hacer con frecuencia la percusion y la auscultacion del pecho desde el principio hasta el fin de las viruelas. ¿Cómo sin recurrir á este doble método, reconoceríamos en los virolentos, principalmente en los niños, una neumonia que no va anunciada por la tos, ni por la disnea, ni por la expectoracion, y que se oculta bajo un conjunto de sintomas adinámicos ó atáxicos?

Una de nuestras observaciones (la VII) tiende á probar que la pleuro-neumonia puede ser alguna vez efecto de una violencia exterior ejercida sobre las paredes torácicas. Semejante causa constituiria una pleuro-neumonia traumática. ¿Qué motivo hay, en efecto, para que á imitacion del cerebro ó del hígado, no se inflame el pulmon bajo la influencia del citado orden de causas?

Entre las que predisponen á la pleuro-neumonia, es necesario contar la existencia de los tubérculos pulmonares. Es raro que los tísicos no sean atacados muchas veces, durante el curso de su larga enfermedad, de una inflamacion aguda del pulmon, determinada al parecer por la irritacion habitual que produce la existencia de los tubérculos en el parenquima del órgano. Lo mismo sucede, por regla general, en todos los órganos donde se desarrollan tejidos accidentales. Por eso se inflama y ulcera la mucosa intestinal debajo de los tubérculos que se forman entre ella y las membranas subyacentes. Por eso se reblandece y desorganiza el cerebro al rededor de los diferentes tumores que se forman en su parenquima. Las frecuentes reapariciones de la inflamacion pulmonar favorecen á su vez el desarrollo de los tubérculos, y vienen á ser de esta suerte una de las causas mas frecuentes de la muerte prematura de muchos tísicos. (Observaciones XLVIII y XLIX).

Las pleuro-neumonias no se manifiestan con frecuencia igual en todas las estaciones: son mas comunes durante la primavera. En los meses de marzo, de abril y de mayo es cuando todos los años las observamos mas á menudo en los hospitales de París; y á semejante clase de enfermedades vemos suceder en el verano un crecido número de inflamaciones intestinales.

Resulta de nuestras observaciones que todas las edades se hallan, con corta diferencia, sujetas á la inflamacion del parenquima pulmonar. Sin embargo, acomete particularmente á los niños con mucha frecuencia, y entonces constituye una variedad importante. Mas adelante nos ocuparemos de esto con mayor detencion.

71. El principio ó invasion de la neumonia se verifica de muchas maneras. En el mayor número de casos sienten los enfermos, por lo regular sin causa conocida, un escalofrio mas ó menos violento, y dolor de costado. El escalofrio precede generalmente al dolor, aunque otras veces sucede á la inversa. En muchos sugetos ningun dolor pleurítico señala el principio de la neumonia. En otros no hay tampoco escalofrio, y los primeros síntomas son una tos mas ó menos intensa, acompañada de opresion y de fiebre, en cuyo caso principia la enfermedad por el parenquima mismo del pulmon, y no ha sido precedida de ningun síntoma de catarro; los enfermos pasan en algunos instantes de un estado escelente de salud á uno de enfermedad muy grave. Pero tambien se observa otras veces que la neumonia sucede insensiblemente á una bronquitis. Entonces parece propagarse la inflamacion poco á poco desde los gruesos bronquios á los pequeños, é invadir por último las vesículas pulmonares. Indiciándose la existencia de la neumonia, ya por la aparicion de un dolor pleurítico, ó por el aumento repentino de la opresion, ó ya al contrario, porque van tomando gradualmente mayor intensidad los síntomas del catarro. En tal caso puede creerse que existe tan solo una bronquitis sobreaguda, cuando en realidad la inflamacion ha interesado ya al parenquima. De aqui la necesidad que hay de recurrir á la auscultacion (porque en esta primera época la percusion es inutil, y los esputos no difieren todavia de los del catarro) siempre que una bronquitis sea bastante aguda para determinar opresion y fiebre.

En ciertos casos, mas raros que los precedentes, se observa durante algunos dias el estado general que constituye la fiebre inflamatoria, lo cual sucede principalmente en los sugetos sanguíneos y pletóricos, en quienes parece que una sangre muy rica ó muy abundante estimula los órganos con intensidad, po-

niéndolos á todos en peligro de inflamarse. Entonces la inyeccion viva de las mucosas exteriores, de las conjuntivas, de los labios y de la lengua, no anuncian mas una flegmasia de las mucosas situadas profundamente, que la rubicundez de la cara y el color sonrosado de todo el sistema cutáneo indican una verdadera inflamacion de la piel. En ninguna parte hay aun flegmasia local bien determinada; pero en todas se observa tendencia á su produccion, y por poco que tal estado se prolongue, resultará, segun las predisposiciones y variable susceptibilidad de los órganos, aqui una gastritis, alli una aracnoiditis, y en otro individuo una pulmonia. En circunstancias semejantes no se anuncia comunmente la invasion de la neumonia por ningun sintoma local bien determinado; no hay escalofrio, ni dolor de costado, pero sobreviene tos, y se acelera la respiracion. Semejante estado es el que los antiguos designaban especialmente bajo el nombre de *febre perineumónica*. Cuando la neumonia principia de esta manera, puede desconocerse con mucha facilidad hasta la aparicion de los esputos; porque la tos suele ser lijera y semejante á la que existe en una simple bronquitis, y respecto á la disnea, sucede con frecuencia que no se quejan de ella los enfermos, y puede no percibirse la aceleracion de los movimientos inspiratorios, ó considerarse como un simple resultado de la celeridad con que se verifica la circulacion. Es vista pues la importancia que debe darse al escrupuloso exámen de los órganos, y la necesidad de la auscultacion.

Tales son los diferentes modos de invasion de la neumonia cuando es primitiva; pero si se manifiesta durante el curso de otra enfermedad, si, por ejemplo, complica á una fiebre grave ó á otra inflamacion; si sobreviene en un sugeto que padece tisis pulmonar ó aneurisma del corazon, presenta todavia en su principio algunas modificaciones que importa mucho conocer.

En las fiebres graves va señalada con frecuencia la invasion de la neumonia por una fuerte disnea; pero nada podria deducirse de este signo aislado, á causa de que en las enfermedades suele acelerarse mucho la respiracion, y hacerse muy dificil, sin que haya pulmonia. Por lo tanto, la aparicion de la disnea debe únicamente despertar nuestra atencion, y conducirnos á examinar el estado de los pulmones por la auscultacion y la percusion. Otras veces, en las mismas fiebres, no va señalada la invasion de la neumonia por ninguna modificacion notable de los fenómenos respiratorios, y la abertura del cadáver es la única que revela la existencia de la flegmasia pulmonar.

En muchas inflamaciones que, por su estremada agudeza, han determinado una especie de falsa adinamia, lejos de ir anunciada

por una reaccion mas ó menos viva la invasion de la neumonia, va al contrario acompañada únicamente de una postracion súbita y mortal. El mismo fenómeno se observa tambien en muchos casos de flegmasias crónicas, que han conducido á los enfermos al último grado de aniquilamiento y de marasmo. Si en tales circunstancias sobreviene una neumonia, no se manifiesta comunmente ni por el dolor, ni por la disnea, ni por la tos; solo se nota un súbito enflaquecimiento y alteracion de las facciones, como tambien un aumento rápido y prematuro de la debilidad general (1).

En los individuos que padecen tisis ó aneurismas del corazon, señala comunmente el principio de la neumonia una disnea mas ó menos grande; pero semejante disnea puede considerarse como efecto de una simple exasperacion de la enfermedad preexistente; y como en tales enfermos no tienen mucho valor los signos que suministran la percusion y la auscultacion, síguese que en ellos puede ser desconocida muy fácilmente la invasion de una neumonia.

Ademas, en todos los casos que acabamos de examinar puede ser insuficiente la auscultacion; medio el mas seguro para descubrir con certeza el principio de una neumonia. Asi sucede cuando principia la inflamacion por la raiz ó el centro de los pulmones, y ademas cuando se halla diseminada en un pequeño número de lóbulos distantes de la periferia, y separados entre sí por un tejido que permanece sano. Nada es pues mas variable que el principio de una pulmonia. ¡Cuántas diferencias, cuántas formas diversas de invasion desde la que vá anunciada por el escalofrio, el dolor pleurítico, la disnea y la modificacion del ruido respiratorio, hasta aquella en que no se advierte ningun signo característico, y produce solamente, segun la disposicion en que encuentra á los sugetos, alguna de esas formas de enfermedades que constituyen las fiebres llamadas esenciales! Sobre todo no nos olvidemos de que hay casos de pulmonias completamente latentes, que sobrevienen durante el curso de las mismas fiebres, cuando tienen su origen en el tubo gastro-intestinal ó en cualquier otro órgano; Qué hábito clínico no se necesita para reconocer la existencia de una misma lesion en medio de tantos y tan diferentes estados! Y sin

---

(1) Principalmente en los viejos, acontece que las neumonias, con ó sin esputos característicos, ocasionan ese conjunto de síntomas que constituye la fiebre adinámica de Pinel, sin que haya gastro-enteritis.

embargo, interesa sobremanera adquirir ese hábito, poseer ese conocimiento, porque muchas pulmonías se hacen mortales á causa de que se las desconoce en su principio, y se omiten por lo tanto los medios adecuados para combatir las.

72. Habiendo señalado ya los diferentes modos de invasión de la neumonia, vamos á indicar sus síntomas.

Presenta esta enfermedad los signos característicos siguientes: dolor mas ó menos intenso en uno de los lados del pecho, disnea, esputos viscosos y sanguinolentos, sonido macizo, modificación del ruido respiratorio y calentura.

Vamos á describir primero cada uno de estos síntomas en particular, y despues manifestaremos como se verifica su producción, como aumentan y disminuyen, como se agrupan y se asocian en los diferentes periodos de la enfermedad.

73. No existe el dolor en la neumonia mas que cuando al mismo tiempo hay pleuresia, que es sin embargo el caso mas frecuente. Por lo comun aparece al nivel ó un poco debajo de la tetilla de cualquiera de los lados; otras veces se presenta debajo de las clavículas, en los hipocondrios, y aun en toda la estension de las paredes torácicas de un lado. Su intensidad varia; es mas vivo al principio, despues vá disminuyendo poco á poco, y por fin se disipa generalmente mucho tiempo antes de la terminación de la neumonia: sin embargo, suele suceder que continúe despues de terminada esta, y algunas veces se le vé desaparecer, y reproducirse con repeticion. En algunos enfermos precede muchos dias á los otros síntomas, y como entonces no se halla acompañado de fiebre, de tos ni de disnea, simula perfectamente una pleurodinia ó un simple dolor reumático. Se aumenta por la tos, los movimientos inspiratorios, los cambios repentinos de posicion, la presión intercostal y la percusion, y principalmente por el decúbito sobre el mismo lado. En todos los individuos que han presentado este dolor, hemos hallado la pleura inflamada y cubierta de exudaciones albuminosas membraniformes. Al contrario, siempre hemos visto que faltaba el dolor cuando conservaba dicha membrana su estado normal; pero en tal caso no puede establecerse la reciproca, porque se encuentra amenudo inflamada la pleura en sujetos que no han experimentado el mas pequeño dolor. Cuando no se halla inflamada la serosa, no experimentan los enfermos en el lado afecto mas que una sensacion de opresion y de incomodidad, una especie de peso mas ó menos penoso, y un calor incómodo y profundo, pero nunca un verdadero dolor. Adviértase con cuanta razon habian dicho los antiguos, hablando de la pulmonia: *Affert plus periculi quam doloris*. Ocasion ten-

dremos de tratar nuevamente acerca del dolor pleurítico, cuando nos ocupemos de la inflamacion de la pleura.

74. La disnea se halla generalmente en la pulmonía en razon directa de la estension que tiene la enfermedad, de su sitio, y de su intensidad en cada uno de los puntos que ocupa. Sin embargo, esta regla sufre numerosas escepciones. Hay sugetos en quienes, sin duda por una idiosincrasia inesplicable, produce una fatiga extraordinaria la inflamacion de una parte muy pequeña del tejido pulmonar, asi como hay otros en quienes se halla inflamada, en segundo ó tercer grado, una porcion mucho mas considerable del tejido pulmonar, y sin embargo no es muy notable la disnea. No es pues la dificultad mas ó menos grande de la respiracion un indicio siempre fiel de la estension de la neumonia y de su grado. Por eso hemos visto enfermos que tenían hepaticado todo un lóbulo pulmonar, y sin embargo apenas verificaban 24 á 28 respiraciones por minuto; y otros al contrario con pulmonías menores en estension y en intensidad, y que á pesar de todo respiraban cada minuto 48 y 50 veces (1). Parece que en igualdad de circunstancias dá lugar la flegmasia de los lóbulos superiores á una disnea mas considerable que otra inflamacion igualmente estensa y graduada de los lóbulos inferiores (2).

Ademas es necesario guardarse de dar grande valor á lo que dicen los enfermos respecto á la dificultad mas ó menos considerable de su respiracion. Es cosa muy frecuente oír á algunos que aseguran no sentir opresion, aunque sea evidente la cordedad y presteza de sus movimientos inspiratorios.

La disnea propia de la pulmonía presenta muchos grados.

(1) Por muy acelerada que pueda llegar á encontrarse la respiracion en los que padecen de flegmasia del pàrenquima pulmonar, no es en ellos donde la respiracion alcanza su *màximum* de celeridad, sino en las afecciones puramente nerviosas, bajo la influencia de un simple trastorno de la inervacion. Mas de una vez hemos visto en semejante caso elevarse las paredes toràcicas hasta 75, 80 y mas veces por minuto. Una joven histérica padeciò un acceso, durante el cual habia palpitations violentas de corazon, con frialdad y color azulado de las estremidades, y contamos ciento cuarenta movimientos respiratorios por minuto. No sabiamos que jamás se hubiese notado una aceleracion tan considerable de la respiracion: siguiò con la misma frecuencia por mas de media hora; despues fuè disminuyendo poco á poco; las palpitations cesaron; las estremidades recobraron su calor, y dos horas mas tarde no se advertia ya ni disnea ni otro signo que indicase un estado morboso de las vias respiratorias ó circulatorias.

(2) Sin embargo, muchas veces he observado esta inflamacion de los lóbulos superiores sin que la acompañe disnea.

Cuando es poco considerable no tienen conciencia de ella los enfermos, y sigue siendo libre y fácil la palabra; por manera que es necesario fijar mucho la atención para advertir que los movimientos inspiratorios son mas cortos y acelerados que en el estado fisiológico: la mayor elevación de las costillas es principalmente la que revela este débil grado de disnea. Cuando tan pequeña es la fatiga, pueden los enfermos cambiar de posición, echarse de espaldas ó de lado, y sentarse en la cama, sin sufrir incomodidad alguna ni aumentarse notablemente la dificultad de la respiración. En un grado mas alto todavía pueden no advertir opresión; pero los movimientos inspiratorios son cortos y aproximados; la respiración se ejecuta á la par por una fuerte elevación de las paredes del pecho y una considerable depresión del diafragma; son imposibles las inspiraciones profundas; la palabra se hace entrecortada y anhelosa; los movimientos rápidos en la cama, y principalmente la acción de sentarse, aumentan de un modo extraordinario la dificultad de respirar, y entonces siente el enfermo una opresión que no percibía estando quieto. Por fin, en un grado mas alto aun, se experimenta la opresión, así en el estado de quietud como en el de movimiento: los enfermos se quejan con frecuencia de una especie de peso que sienten sobre el pecho, y les ahoga; cuando se les observa parece que, ajenos á cuanto les rodea, solo se ocupan en respirar; la cara, que presenta un color rojo violado ó una palidez lívida, espresa la mas viva ansiedad; las ventanas de la nariz se dilatan con frecuencia, y los movimientos respiratorios son muy frecuentes y cortos, como si no pudiese el aire penetrar mas allá de las primeras divisiones de los bronquios. Tan anhelosos y como ahogados se encuentran, que solo pueden pronunciar algunas palabras con indecible trabajo. Cuando á este punto llega la dificultad de la respiración, es muy raro que termine la enfermedad favorablemente, mas sin embargo ha sucedido en algunos ejemplos que poseemos.

Suele acontecer que el lado del pecho en que existe la neumonía se mantenga inmóvil, aun cuando haga el enfermo los mas violentos esfuerzos para respirar; pero semejante fenómeno es raro en la pulmonía, al paso que se observa con mayor frecuencia en los derrames pleuríticos.

Después de haber cesado la mayor parte de los síntomas propios de la neumonía, permanece algunas veces por cierto tiempo la respiración un poco fatigosa; mas esta leve disnea no se percibe mientras el enfermo se mantiene en quietud, y solo se presenta cuando procura levantarse ó echa á andar. Mientras persista semejante resto de fatiga, debe creerse que

no se ha verificado de un modo completo la resolucion de la neumonia. Conviene sin embargo no olvidar que en muchos convalecientes, que no han padecido enfermedad alguna de los órganos respiratorios, produce el movimiento una lijera disnea, que solo desaparece cuando las fuerzas se hallan totalmente restablecidas.

75. Al mismo tiempo que el dolor aparece y se manifiesta la disnea, reconoce el oido, aplicado sobre las paredes torácicas, una modificacion notable en el ruido natural que determina cada movimiento inspiratorio; modificacion que se convierte en otras de diversa naturaleza, á medida que progresa la neumonia, anunciando de un modo mas ó menos preciso el sitio y el grado de la flegmasia pulmonar. Tambien suelen notarse en la voz diferentes alteraciones.

He aqui lo que se advierte en el mayor número de casos de pulmonia, escuchando el pecho desde el principio. En el mismo lado en que se manifiesta el dolor, ha perdido su natural limpieza el ruido normal de la respiracion, y se halla mezclado, en mayor ó menor estension, con un estertor seco, que Laënnec llamó *estertor crepitante*, á causa de su semejanza con el que produce la crepitacion de la sal cuando se la echa en el fuego. Muchas veces ofrece todavia mas perfecta semejanza dicho estertor con el ruido particular que se obtiene frotando un pedazo de pergamino.

En los primeros momentos de su existencia, altera y oscurece el estertor crepitante al ruido natural de la respiracion, pero no le oculta del todo. A medida que la inflamacion progresa, vá haciéndose mas pronunciado, y acaba por sobresalir, en términos que no se percibe el ruido respiratorio.

El estertor crepitante anuncia el infarto del pulmon, y mientras existe puede asegurarse que, á lo menos en muchos puntos, no ha pasado la neumonia del primer grado. Pero su intensidad mayor ó menor, y su mezcla mas ó menos considerable con el ruido natural de la respiracion, pueden suministrar indicios acerca de la intensidad del primer grado, y de la union de este con el segundo. Mientras el ruido respiratorio predomina sobre el estertor crepitante, debe inferirse que la inflamacion es lijera; mas si el estertor adquiere predominio, si acaba por ocultar completamente el ruido de la respiracion, entonces es seguro que la neumonia progresa, y tiene tendencia á pasar al segundo grado. Cuando á tal sazón fallecen los enfermos, no se halla por lo comun el pulmon simplemente infartado; aunque todavia sea permeable, su tejido está ya reblandecido y friable, y principia á dejarse desgarrar con bastante facilidad. Algo mas

adelante todavía, va oscureciéndose poco á poco el estertor crepitante; pero entonces pueden resultar dos cosas: ó bien aparece de nuevo el ruido respiratorio, segun va disminuyendo el referido estertor, ó bien aquel ruido no se reproduce, y en tal caso sucede que no se percibe ninguno, ó se presenta otro que nos ocupará muy luego. En el primer caso la neumonia camina indudablemente hácia su resolucion, y en el segundo hay certeza de que la enfermedad se agrava, y el pulmon se hepatisa.

Pero no siempre se presenta con tan marcados caractéres el estertor crepitante seco que acabamos de describir. En muchas ocasiones es mas húmedo, y se aproxima por grados imperceptibles á otra especie de estertor que resulta únicamente de la mezcla de aire y de líquidos en los gruesos bronquios (estertor mucoso de Laënnec.) Ademas suele tambien oirse un estertor enteramente parecido al crepitante en algunos sugetos que padecen tan solo una bronquitis intensa, y en los cuales no se halla despues de la muerte ni neumonia ni edema pulmonar. ¿Qué es, pues, el estertor crepitante? ¿cuál es su sitio? ¿cómo se produce? Evidentemente no puede resultar de otra cosa en los individuos de quienes acabamos de hablar, sino lo mismo que el mucoso, de la mezcla del aire con los líquidos depositados en los bronquios. Y si se reflexiona que estos dos estertores presentan una porcion de degradaciones en que parecen confundirse, se concluirá que son producto de una misma causa, y que consisten, como queda dicho, en el ruido determinado por el aire al atravesar los diferentes líquidos que pueden ocupar los conductos aéreos. Discurriendo siempre por analogia, y considerando que el estertor mucoso se confunde asimismo alguna vez con el gorgoteo de las cavernas, puede deducirse que tambien este ruido se debe á la misma causa que los anteriores, y solo se diferencia de ellos en razon de la amplitud de la cavidad en que se verifica. Asi es que deben distinguirse, y se distinguen, el gorgoteo en las escavaciones estensas, el estertor mucoso en los gruesos bronquios, el crepitante que se parece al mucoso en otros mas pequeños, y por último el estertor crepitante propio de la pulmonia en los bronquios mas ténues, y principalmente en las vesículas pulmonares. Estas tres variedades de un mismo ruido pudieran designarse con los nombres de *estertor cavernoso*, *estertor bronquial* y *estertor vesicular* (1).

---

(1) Tambien las cualidades del líquido expectorado, y principalmente sus diversos grados de viscosidad, deben modificar al estertor de un modo notable.

El estertor crepitante que anuncia el primer grado de la flegmasia pulmonar fué ya indicado por Laënnec; quien estableció asimismo que cuando la hepatizacion sustituye al infarto, siente á cada inspiracion, el oido aplicado al pecho, la elevacion de las costillas, pero no percibe ningun ruido natural ni patológico. Sin embargo, no es este caso el mas comun, pues en la misma época de la neumonia se observa, todavia con mas frecuencia que la falta de todo ruido respiratorio, otro fenómeno muy notable que no nos parece haber fijado tanto la atencion de Laënnec (1). En muchos enfermos, cuyo pulmon se halla con hepatizacion roja ó gris, no desaparece el ruido de la respiracion; pero se modifica singularmente, y en realidad no se percibe el mismo género de ruido. Se diria entonces que un sugeto, colocado cerca del oido del observador, sopla en un tubo; razon por la que se ha dado el nombre de *soplo tubular* á semejante modificacion del ruido respiratorio. Otras veces en el lado donde es macizo el sonido, se percibe, sin mezcla de estertor, el ruido respiratorio normal, pero mucho mas intenso que en el lado sano; de manera que, no hallándose advertidos de la posibilidad de semejante equivocacion, se creeria naturalmente sano el pulmon enfermo, el que no permite la entrada del aire en su parenquima. Al mismo tiempo se encuentra modificada la resonancia de la voz; modificacion que no es en realidad ni la egofonia, ni la pectoriloquia, sino que se aproxima mas bien á la que sufre en los casos de dilatacion de los bronquios (broncofonia.) Siempre que han sucumbido los sugetos que presentan tales modificaciones del ruido respiratorio y de la voz, hemos hallado ya una hepatizacion roja ó gris del pulmon, ya, segun veremos mas adelante, un derrame pleurítico. Asimismo, durante la vida, nunca las hemos observado fuera de los casos en que el sonido muy macizo y el conjunto de los otros síntomas indicaban una neumonia en segundo ó tercer grado, ó un derrame de liquido en las pleuras.

Muy fácil nos parece explicar semejante modificacion del ruido respiratorio y de la voz: depende sin duda de que el aire no puede penetrar mas allá de los gruesos tubos bronquiales; y por esta razon no solo se observa en los casos de hepatizacion pulmonar, sino tambien cuando un derrame pleurítico comprime el tejido del pulmon, y en una palabra, siempre que el aire encuentra impedimento para llegar hasta las vesiculas pulmo-

---

(1) Se escribió esto antes que Laënnec publicara la segunda edicion de su obra,

nares. Hallándose, pues, determinada la causa de este ruido especial, le llamaremos *respiracion bronquial*, distinguiéndole del ruido respiratorio natural, á quien designaremos con los nombres de *ruido de expansion pulmonar* y de *respiracion vesicular* (1).

Cuando la pulmonía principia á resolverse, y retrocede desde el segundo al primer grado, vuelve á percibirse nuevamente el estertor crepitante. Al mismo tiempo se hace menos sensible la respiracion bronquial, y va cesando poco á poco la resonancia particular de la voz. Tambien disminuye á su vez el estertor crepitante, y es reemplazado insensiblemente por el ruido de expansion pulmonar; pero con frecuencia persiste en algunos puntos, y aun en una grande estension del pulmon, mucho tiempo despues de haber cesado los demas sintomas neumónicos, y desaparecido todo movimiento febril. No valiéndose de la auscultacion pudiera creerse que la neumonia se habia resuelto enteramente, porque la ligera tos que suele quedar no llamaria apenas la atencion, y sin embargo, mientras continúe el estertor, podemos estar seguros de lo contrario, y debe temerse por lo tanto ya una recaida, ya la vuelta de la enfermedad al estado agudo, ya la existencia de un núcleo de flegmasia latente que antes ó despues llegue acaso á determinar la desorganización del pulmon.

Asi como se encuentran reunidos, despues de la muerte, los tres grados de la inflamacion pulmonar en un mismo órgano, se observan tambien algunas veces en un mismo sugeto y en igual época los diferentes signos estetoscópicos que anuncian la existen-

(1) Despues de escrito este párrafo nos han comprobado nuestras observaciones la extraordinaria importancia de la *respiracion bronquial*, como signo de la neumonia.

En el discurso de muchos años hemos hallado constantemente esta especie de respiracion en los sugetos cuyo pulmon estaba hepaticado, y al contrario solo muy rara vez la hemos observado en los casos de derrames pleuríticos; asi que en nuestro concepto es un medio escelente para distinguir una afeccion de otra: siempre que advertimos con claridad la *respiracion bronquial*, decidimos casi con certeza que existe una neumonia.

De tal suerte difiere en el mayor número de casos, por su naturaleza, el simple ruido de expansion pulmonar, del que constituye la respiracion bronquial, que basta haberle oido una vez para no desconocerle en lo sucesivo. Sin embargo, hay algunos casos en que es mas difícil evitar la equivocacion, y son aquellos en que apenas se distingue la respiracion bronquial de la vesicular mas que por su intensidad mayor, y por una especie de ruido mas áspero. En tales circunstancias solo puede notarse la diferencia, comparando en ambos lados el ruido de la respiracion.

cia simultánea de aquellos diversos grados. Sucede, pues, que en un punto se advierte el estertor crepitante solo ó mezclado con el ruido de expansion pulmonar; en otro la respiracion bronquial, y finalmente, en otro no se descubre estertor, ni ruido respiratorio, ni resonancia de la voz.

Al mismo tiempo que suministra la auscultacion, en el lado enfermo, los diferentes signos que acabamos de indicar, se oye el ruido de expansion pulmonar en el opuesto, con una intensidad muy superior á la que corresponde en el estado fisiológico; lo cual depende de que teniendo el pulmon sano que suplir al enfermo, recibe mucha mayor cantidad de aire en un tiempo dado. Basta por sí sola esta intensidad del ruido respiratorio en uno de los lados del pecho para inducir á sospechar la existencia de alguna lesion en el otro pulmon.

Suele acontecer que la grande cantidad de líquido acumulado en los bronquios, ó la tumefaccion aguda de su membrana mucosa, den lugar á un estertor bronquial húmedo ó seco tan sumamente fuerte que no permita oír los otros ruidos, ni reconocer por medio de la auscultacion el estado en que se halla el parenquima pulmonar.

Por último, hay algunos casos, los cuales, no obstante hallarse inflamado el parenquima pulmonar, no revela la auscultacion ni el sitio de la flegmasia, ni su grado. Cuando se aplica el oído al pecho, se percibe en todos sus puntos con mucha claridad el ruido de expansion pulmonar, mas fuerte aun que en el estado natural. Sucede esto siempre que la inflamacion ocupa solamente una parte circunscrita del pulmon lejos de su periferia, y principalmente una porcion de su base, de su centro ó de su raiz. Infírese de aqui cuán escasos datos debe suministrar la auscultacion cuando se reduce la flegmasia á algunos lobulillos aislados. (Obs. XXXVI).

Resulta pues que hemos hallado tres casos en los cuales produce la neumonia, durante cada movimiento inspiratorio, un ruido mas fuerte que de ordinario. En el primero es el ruido mas intenso que el normal de la respiracion, en el mismo punto, y se obtiene un sonido macizo cuando se percute aquel lado; pero entonces no solo se halla exagerado el ruido normal, sino que tambien aparece modificado en su naturaleza, y constituye la *respiracion bronquial*. En el segundo se percibe tambien el ruido respiratorio intenso en el pulmon enfermo; pero solo en las partes sanas del parenquima pulmonar que se hallan situadas al rededor del punto inflamado. Por último, en el tercero es solamente en el pulmon sano donde el ruido respiratorio presenta una fuerza no acostumbrada.

76. No es nuestro intento detenernos á manifestar las ventajas, generalmente reconocidas, de la percusion del pecho para distinguir el sitio y la intensidad de la neumonia. Antes que se practicase la auscultacion, podia la percusion revelar por sí sola un crecido número de pulmonías mas ó menos latentes: en la actualidad, lejos de dar preferencia esclusiva á uno de estos dos métodos, deben emplearse siempre de un modo simultáneo, tratando de confirmar los resultados del uno con los del otro.

En cuanto á su utilidad comparativa, es indudable que la auscultacion escede á la percusion. Hay un crecido número de neumonías en el primer grado que no ofrecen, durante su curso, ninguna disminucion en la sonoridad de las paredes torácicas, y acerca de las cuales proporciona la auscultacion datos preciosos. En todas las neumonías sucede que no se oscurece el sonido hasta que llegan al segundo ó tercer día, y á veces despues; mientras que la auscultacion señala desde el principio el sitio de la afeccion. Por último, en la época de la terminacion de la neumonia, cuando no existe ya el sonido macizo, ni indica la percusion ningun estado morboso, suele la auscultacion suministrar todavía datos que prueban la incompleta resolucion de la flegmasia.

Tambien hay casos en que, como sucede respecto á la auscultacion, no suministra la percusion ningun dato á causa del sitio profundo de la neumonia, principalmente si esta se halla hácia la base, el centro ó la raiz del pulmon. Otro tanto acontece en los casos de pulmonías lobulares.

La percusion, segun hemos indicado ya, no puede practicarse cuando las paredes torácicas están doloridas, cuando se hallan infiltradas ó cubiertas por un vejigatorio (1); en cuyos diferentes casos la suple ventajosamente la auscultacion, como tambien en los sugetos cuyo torax es mas ó menos deforme.

En muchas pleuresias dobles hay por ambos lados un sonido igualmente macizo; y si este sonido es poco considerable, puede reputarse como natural. ¿Quién ignora que el pecho no tiene igual sonoridad en todos los sugetos, y que á veces da un sonido muy oscuro en personas que se encuentran sanas? La auscultacion no espone á semejante error.

Siempre que se haga la percusion es necesario tener muy

---

(1) En casos semejantes es cuando puede emplearse con mayores ventajas el pleximetro de M. Piorry.

presente que el hígado en el lado derecho, y el bazo en el izquierdo, producen un sonido macizo, constante respecto á la primera de estas vísceras, y mas comun de lo que se cree respecto á la segunda.

77. La tos no ofrece ningun carácter notable; rara vez se verifica por accesos, y así su intensidad como su frecuencia están lejos de hallarse en relacion constante con la agudeza de la inflamacion. Al principio es seca, pero no tarda en ir acompañada de una espectoracion particular que debe incluirse entre los signos mas seguros de la pulmonia.

78. Esputos transparentes y herrumbrosos que se reunen en una masa gelatiniforme y trémula, tan viscosos que no se desprenden de la escupidera aunque se la vuelva boca abajo y se la agite con fuerza: he aqui los caracteres mas notables que distinguen la espectoracion de la neumonia, suficientes para no confundirla con ninguna otra. Pero esta descripcion sucinta no basta todavía, porque los espitos no ofrecen ese mismo aspecto en todos los grados de la inflamacion del pulmon: hay casos en que afectan una disposicion muy diferente. Puede suceder que la neumonia recorra sus diversos periodos, sin que la espectoracion haya anunciado su existencia, á causa de haber sido constantemente nula, ó de no haber presentado caracteres especiales.

Ocupémonos primero de describir la espectoracion, tal como se presenta por lo comun durante el curso de una pulmonia.

Al principio de la enfermedad, cuando se observan ya la tos, la disnea, un movimiento febril bien marcado y un dolor mas ó menos vivo, no espectorá el enfermo, ó arroja únicamente un poco de moco gutural ó bronquial mezclado con saliva. Entonces, en el mayor número de casos, cuando se percute el pecho dá todavía un sonido claro; pero ya principia á oirse el estertor en uno de los lados del torax, y á medida que este va siendo mas notable, principia la espectoracion á tomar los caracteres que la son propios, cosa que por lo regular acontece del segundo al tercer dia. Los espitos se hacen *sanguinolentos*, es decir, se componen, de un moco intimamente unido y combinado con la sangre, que no forma estrias como en el catarro, ni está puro como en la hemotisis. Segun la cantidad de sangre que contienen los espitos ofrecen estos un color amarillento, de orin de hierro, ó completamente rojo. Al mismo tiempo se vuelven tenaces y viscosos, adhiriéndose entre sí de manera que constituyen un todo trasparente y homogéneo; pero por poco que se incline el vaso que les contiene, se les ve correr todavía con bastante facilidad. Es decir, que en esta época de

la enfermedad se adhieren ya entre sí los esputos con alguna fuerza ; pero no tienen todavía suficiente viscosidad para adherirse á las paredes del vaso.

Por lo comun los esputos se presentan , durante todo el curso de la neumonia , segun los acabamos de describir , en cuyo caso la flegmasia del pulmon no pasa regularmente del primer grado ; pero amenudo adquieren tambien mayor viscosidad , y entonces no se desprenden ya aunque se vuelva la escupidera. En tal caso debe temerse que progrese la inflamacion , y pase al segundo grado. En efecto , casi siempre que los esputos aumentan de viscosidad da el pecho por la percusion un sonido mas macizo , y desaparece de todo punto el ruido de expansion pulmonar , ó se transforma en respiracion bronquial.

Entonces ha llegado la neumonia á su mas alto grado de agudeza. Los esputos permanecen algun tiempo estacionarios , y despues se presentan con nuevos caracteres , que difieren segun haya de terminarse la enfermedad por resolucion , ocasionar la muerte , ó pasar al estado crónico.

Quando camina la neumonia á su resolucion , principia á disminuir la cantidad de sangre contenida en los esputos , asi como su viscosidad. Al principio se necesita agitar con un poco de fuerza el vaso que contiene los esputos para que estos se desprendan ; algo despues basta ya inclinarle lijeramente : poco á poco va tomando la expectoracion los caracteres que tenia en el primer grado de la enfermedad , y finalmente adquiere los del simple catarro agudo.

Se ven con frecuencia algunos enfermos cuyos esputos , despues de haber sido menos viscosos y menos sanguinolentos , adquieren de un dia para otro su viscosidad primera y su color fuertemente herrumbroso ; lo cual es un indicio cierto de que hay exacerbacion de la enfermedad , como por otra parte lo prueba en tales casos la agravacion simultánea de los demas síntomas. ¿Se halla en efecto principalmente favorecida , como dijo Cullen , la resolucion de la neumonia por la expectoracion de una materia espesa , blanca ó amarilla , en la cual se advierten algunas estrias de sangre , y que se espele en grande cantidad sin escitar una tos muy violenta ? La observacion nos ha demostrado que no es necesaria semejante expectoracion para la resolucion completa de la enfermedad , y que puede esta terminar de un modo feliz , aunque los esputos , despues de perder su viscosidad y su tinte sanguinolento , permanezcan acuosos , transparentes , descoloridos , y dejen en fin de esperarse sin haber adquirido mayor grado de coccion , como decian los antiguos.

Se incurriría sin embargo en un grave error si, atendiendo solo á la inspeccion de los esputos, creyéramos siempre completamente resuelta la flegmasia del pulmon cuando presentasen aquellos un aspecto catarral. Suele suceder en efecto que la naturaleza de la expectoracion indica haberse efectuado una resolucion completa, y sin embargo la auscultacion descubre todavía el estertor crepitante, que en algunos enfermos persiste por mas ó menos tiempo, despues que los esputos han dejado de ser característicos. Mas raro es que continúe manifestándose la expectoracion neumónica cuando la cesacion de los síntomas, ó á lo menos su notable disminucion, parece anunciar una resolucion casi completa de la flegmasia. Citaremos, sin embargo, un caso notable de este género.

Un hombre, de edad de 59 años, fué acometido en 1820 de una pleuro-neumonia en el lado izquierdo. El tercer dia, esputos herrumbrosos y viscosos, que continuaron los siguientes. Sudor general y copioso el sétimo. El octavo, alivio de todos los síntomas, y persistencia de la expectoracion. El décimo dia, fué reemplazado el estertor crepitante, que se habia oido desde el principio de la enfermedad en toda la parte posterior izquierda del torax, por el ruido natural de la respiracion; habia desaparecido la disnea; la piel ofrecia un calor natural, y el pulso apenas era febril; mas sin embargo los esputos conservaban el aspecto que habian tenido desde el tercer dia de la enfermedad. Eran transparentes, muy herrumbrosos, reunidos en una masa gelatiniforme, pero poco adherida al vaso; tales en fin como se observan en el tránsito del primer grado de la pulmonía al segundo, ó viceversa. Los dias siguientes pareció hallarse el enfermo en completa convalecencia; mas á pesar de esto la expectoracion conservó el mismo caracter, y no se hizo decididamente catarral hasta ocho ó nueve dias despues de haber desaparecido todos los restantes síntomas de flegmasia pulmonar.

Es muy probable que en este caso quedase algun resto de inflamacion en un punto central del parenquima, inflamacion que solo era anunciada por la naturaleza de los esputos.

Cuando la pulmonía, en vez de resolverse, va haciéndose mas grave, ó tiene tendencia á terminar por supuracion, presentan los materiales expectorados nuevos caracteres que interesa mucho conocer.

En el mayor número de enfermos es al principio la expectoracion difícil y rara, y por último se suprime enteramente. Pero casi siempre sigue verificándose la secrecion de la materia que constituye los esputos, y deja de ser posible su escre-

cion, bien sea á causa de su estrema viscosidad, bien por efecto de la debilidad del enfermo. Se acumula sucesivamente en los bronquios, la traquea y la laringe; obstruye estos conductos, y produce con mucha frecuencia la muerte por asfixia.

En otros enfermos se suprime realmente, de un modo mas ó menos repentino, la secrecion de los esputos: entonces puede compararse el estado de la mucosa bronquial con el de una úlcera cuya superficie se seca de pronto, despues de haber arrojado una supuracion abundante.

Las numerosas enfermedades que tan amenudo complican á la flegmasia del pulmon, son una de las causas que frecuentemente disminuyen ó suspenden la secrecion de la mucosa bronquial. Los purgantes dados en altas dosis al principio de la enfermedad, ocasionan tambien, segun Baglivio, la supresion de la expectoracion. Morgagni opina que las sangrias intempestivas, principalmente cuando recaen en sugetos ancianos, son muy propias para producir el mismo efecto. Dice con este motivo: *Sunt plures medici qui ægros ob id interimunt, quia nesciunt ipsi quiescere.* Sydenham nos advierte asimismo que las sangrias repetidas muy amenudo suprimen la expectoracion, mientras que si se hacen con mayor prudencia, sirven muchas veces para restablecerla. Porque en efecto, el médico que, fiel á sus principios, no recurre á la flebotomia sino con un prudente discernimiento, sabe muy bien que la estraccion de una cierta cantidad de sangre, es el mejor de los expectorantes: *Optimum in pulmonum inflammationibus expectorans remedium vix sectio prudenter administrata habenda est.* (Frank.)

Cuando se creia que era causada la neumonía por una materia morbosa fija en el pulmon, y que no podia resolverse hasta tanto que la pretendida causa fuese evacuada por los esputos, opinaban los médicos, luego que veian suprimirse la expectoracion, que la materia morbosa quedaba en los pulmones, y producía poco á poco su degeneracion, á menos que por una feliz metastasis saliese de la economia con las cámaras, las orinas ó los sudores. Tales son las ideas que por largo tiempo reinaron en las escuelas, pero que en la actualidad nadie admite, porque la existencia de esta materia morbosa no se halla probada con ningun hecho, y porque el peligro de la supresion de los esputos se esplica muy bien sin admitir semejantes hipótesis. Cuando, bajo la influencia de una causa cualquiera aumenta de intensidad la flegmasia del parenquima pulmonar, se aumenta asimismo simpáticamente la inflamacion simultánea de la mucosa bronquial, y, como todas las inflamaciones de las membranas mucosas, suprime la secrecion cuando llega á un

alto grado. Es pues en este caso la exacerbacion de la flegmasia la causa única de los graves accidentes que se manifiestan y de la supresion de los esputos.

Sin embargo, en algunos enfermos, cuya neumonia llega al grado mas alto de intensidad, cesa la expectoracion repentinamente, sin que resulte por eso ningun accidente peligroso. (Observacion XXXVIII). En tales casos es necesario atender al conjunto de los otros síntomas, y guardarse bien de fundar el pronóstico en la única circunstancia de la supresion de los esputos.

En otros enfermos, atacados mortalmente, no se suprimen los esputos, pero cambian de aspecto. Muchos de ellos espelen, en pequeña cantidad, durante las últimas veinticuatro horas de su existencia, algunos materiales opacos adherentes, y de un gris rojizo sucio, que tienen mucha analogía con los que arrojan los tísicos poco tiempo antes de su fallecimiento.

Por último, en algunos casos raros continúa manifestándose la expectoracion hasta la muerte, con la misma abundancia y los mismos caracteres que si la flegmasia debiera terminar por resolución. Hemos visto un ejemplo notable de esta naturaleza en un anciano que entró en la Caridad con todos los síntomas de una neumonia grave. Sucumbió al sétimo día, y durante su permanencia en el hospital, presentó esputos transparentes, reunidos en una masa gelatiniforme muy adherida al vaso, que llamaba la atencion por su color azafranado. Dos horas antes de morir arrojó todavía gran cantidad de semejantes esputos. Encontramos el pulmon izquierdo con hepatizacion roja desde el vértice á la base, y los bronquios, tanto en sus grandes ramificaciones como en las pequeñas, de un color rojo muy intenso.

¿Cuando la neumonia termina por supuracion lo dá á conocer mediante una expectoracion particular? En este punto nada han dicho los autores; y por nuestra parte solo podemos manifestar que entre los individuos muertos de flegmasia aguda, en quienes hemos hallado el pulmon con hepatizacion gris, habia algunos que dejaron de expectorar en los últimos momentos de su enfermedad; otros que arrojaron esputos grisientos, inodoros, que corrían estendiéndose á manera de tela, y eran verdaderamente purulentos; y otros cuya expectoracion se habia conservado como en la hepatizacion roja. Ultimamente, hemos visto en cierto número de enfermos, que perdian los esputos en el tercer grado su aspecto gelatiniforme, su considerable viscosidad y su color herrumbroso, consistiendo solamente en un liquido que ofrecia la consistencia del agua de goma, y un color rojo oscuro, algunas veces enteramente negro, muy parecido

al extracto líquido de regaliz, ó al zumo de las ciruelas. Muchas veces la sola existencia de este género de expectoracion nos ha bastado para anunciar el tercer grado de la pulmonía, y casi siempre justificaba nuestro diagnóstico la abertura del cadáver. (Obs. XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII y XXVIII). Mas sin embargo, conviene no considerar á este signo como infalible, porque las reglas mas generales tienen sus escepciones, y hemos observado algunas veces los esputos semejantes al zumo de ciruela, que acabamos de describir, en sugetos cuyos pulmones se hallaban con hepatizacion roja. (Obs. XXXIX y XL). Tambien los hemos visto en un caso de neumonia bastante lijera, que no pasó sin duda del primer grado, y tuvo un éxito favorable. (Obs. XLI).

Cuando la neumonia termina por gangrena, vá anunciada especialmente por la expectoracion de un líquido verdoso al principio, y despues gris sucio, rojizo por intervalos, y acompañado de un olor fétido parecido al de la gangrena de las partes esternas. (Obs. LXIII y LXIV).

Nos falta aun hablar de la expectoracion, en el caso de pasar la neumonia al estado crónico y de ser crónica primitivamente; pero entonces los esputos no presentan ningun carácter particular, limitándose á afectar los diferentes grados que son propios del catarro. Si acontece que los síntomas de la neumonia crónica se exasperen en términos que la enfermedad pase momentáneamente al estado agudo, anuncia semejante cambio la naturaleza de la expectoracion, que adquiere de nuevo su viscosidad, su transparencia y su color herrumbróso.

Cuando una pulmonía complica á otra enfermedad ya antigua del pulmon, presentan los esputos caracteres variables que interesa conocer. Algunas veces desaparece del todo la expectoracion correspondiente á la enfermedad que preexistía, como por ejemplo, una bronquitis crónica, tubérculos, etc., y es reemplazada por la expectoracion que anuncia la flegmasia del parenquima pulmonar; pero suele observarse tambien una mezcla de ambas especies de expectoracion. Entonces sus caracteres se confunden mutuamente, y nada positivo puede deducirse respecto al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Sucede en otros casos, que despues de haberse manifestado solos, durante algun tiempo los esputos correspondientes á la pulmonía, vuelve á aparecer la expectoracion antigua, cuando esta disminuye, resultando de aqui otro nuevo motivo de error. Pudieran por ejemplo, reputarse como pertenecientes á la pulmonía, y productores de su crisis, los esputos blancos y opacos que dependen de una inflamacion bronquial, modificada ó suspen-

dida mientras aquella ha sido intensa, pero restablecida en su primer estado desde que principia á resolverse la neumonia.

Las consideraciones que preceden, demuestran suficientemente cuán importante es en la pulmonía el profundo estudio de la naturaleza de la expectoracion, y cuanta luz dá para formar el diagnóstico. Sin embargo, es necesario tener presente que no todas las neumonias van acompañadas de una expectoracion característica; que las hay ligeras ó graves; que recorren sus diversos periodos, y terminan, unas por la salud, y otras por la muerte, sin que jamas hayan presentado mas esputos que los de una simple bronquitis (Obs. XLII, XLIII, XLIV y XLV). La falta completa de expectoracion característica se observa con mas frecuencia en los casos de neumonias intercurrentes. (Obs. LVIII y LIX).

¿Deberemos recordar en este sitio que la falta completa de la expectoracion durante el curso de una neumonia ha sido reputada de tan fatal agüero como su supresion? Cullen era de parecer que rara vez se resolvía una flegmasia pulmonar en que no hubiese escrescion de esputos. Frank, sin dejar de tener por uno de los mas graves sintomas de la neumonia á la falta de expectoracion, confiesa no obstante, lo mismo que Cullen, haber visto curarse perfectamente un número crecido de enfermos sin que hubiesen presentado expectoracion notable; pero añade que en tales casos observó un abundante sedimento en la orina, y sudores muy copiosos, los cuales suplieron, en su concepto, ventajosamente á la evacuacion que por los esputos habia de verificarse. Nosotros no hemos tenido ocasion de hacer semejantes observaciones.

¿Depende constantemente el color de los esputos propios de la neumonia de la presencia de la sangre? ¿No es frecuente que se hallen tambien teñidos por la bilis? Distantes estamos de negar esta última causa de coloracion, y hasta hemos citado un ejemplo que la confirma (Obs. LV); pero la juzgamos mucho mas rara de lo que comunmente se cree, porque en nuestro concepto pueden atribuirse en general los diversos colores de los esputos á la variable cantidad de sangre que contienen. En efecto, si se mezcla con un poco de agua (que tenga cierta viscosidad, mediante la adiccion de un mucilago), con alguna cantidad de sangre, cuya proporcion vaya aumentándose por grados, veremos que el líquido se tiñe sucesivamente de amarillo cada vez mas subido, de amarillo verdoso, de amarillo que se confunde con el rojo, de donde resulta el color de orin de hierro, y finalmente, de un rojo intenso. Asimismo se hallan en el suero de la sangre, separado del coágulo, las diversas degradaciones del amarillo,

del verde y del rojo, segun la cantidad mas ó menos grande de materia colorante que conserva. Los esputos neumónicos son por lo comun amarillos al principio de la enfermedad; despues adquieren un color rojo bien pronunciado, y por fin, á medida que la inflamacion disminuye, se les vé tornar de nuevo á ser amarillos ó verdosos. ¿Podrá admitirse que la bilis y la sangre aparezcan sucesivamente en ellos, cuando se esplica de un modo muy natural el cambio alternativo de su color, considerándole como efecto de la variable cantidad de sangre que contiene la materia espectorada?

79. Las diferentes funciones de la vida orgánica y animal experimentan en la neumonia aguda un trastorno mas ó menos grande.

Al principio de la enfermedad se halla por lo comun la cara encendida; pero no hemos observado, como con tanta frecuencia se repite y asegura, que la mejilla correspondiente al lado del pulmon afecto, presente mayor rubicundez que la otra.

La anatomía demuestra ademas el ningun fundamento de semejante opinion. La coloracion mas viva de la mejilla del lado afecto solo se manifiesta cuando el enfermo ha permanecido algun tiempo echado sobre él, y entonces debe considerarse como fenómeno puramente mecánico. El encendimiento de las mejillas persiste mientras hay una fuerte reaccion. Si la disnea llega á ser considerable, ofrece la cara un color livido, que aumenta en la misma proporcion que la dificultad de respirar. Cuando el pulmon principia á infiltrarse de pus, se estiende por lo comun sobre el semblante una palidez característica, análoga muchas veces á la que es propia de las afecciones cancerosas. Tan marcado suele ser este aspecto de la cara, que nos ha servido en ocasiones, mejor que ningun otro signo, para conocer el tercer grado de la pulmonía.

80. El delirio se manifiesta con bastante frecuencia durante el curso de la flegmasia pulmonar. A veces existe solamente por intervalos, durante las exacerbaciones vespertinas, y en tal caso es un sintoma poco grave; pero en ciertos sugetos, al contrario, se manifiesta de un modo continuo, y vá acompañado de otros fenómenos nerviosos. Entoces puede ser producido por una verdadera meningitis; pero lo comun es que en los cadáveres no se halle mas lesion que una cierta cantidad de humor seroso claro, derramado en los ventriculos, y principalmente en la base del cráneo. El delirio, debido á esta causa, se manifiesta sobre todo cuando la respiracion es muy dificil; parece que en tales enfermedades, como en los aneurismáticos y en los demas que presentan una asfixia incipiente, depende el derrame

seroso cerebral de la dificultad enteramente mecánica que experimenta la sangre venosa para regresar del cerebro á los pulmones, atravesando las cavidades derechas del corazon, obstruidas entonces por la sangre. Algunas veces, en fin, no se halla en el encéfalo ni en sus dependencias lesion alguna que pueda esplicar el delirio de las neumonias.

81. Por mucho tiempo ha fijado la atencion de los prácticos la manera cómo se efectúa el decúbito en la pulmonía, y se ha considerado como uno de los signos característicos de esta enfermedad la constante permanencia sobre el lado del pulmon afecto. Pero no hay cosa mas inexacta: asi en el principio de la pulmonía, como en su curso, apenas se hallará un enfermo entre quince que adopte aquel decúbito; los restantes permanecen echados de espaldas. No es pues en las neumonias, sino en ciertos derrames pleuríticos, donde se observa con frecuencia el decúbito sobre el lado afecto, como manifestaremos despues.

82. El estado del pulso es infinitamente variable, pero su carácter mas comun es el de ser frecuente y grande. Cuando la inflamacion es muy intensa, ofrece algunas veces una pequeñez notable, que desaparece despues de abundantes evacuaciones sanguíneas. En otros enfermos hay una debilidad real del pulso, que se aumenta por la sangría. Tan útiles como son en el primer caso las numerosas evacuaciones sanguíneas, son nocivas en el segundo. Mas de una vez tienen por resultado estas sangrias intempestivas la repentina supresion de los esputos, el aumento de la disnea, y una postracion mortal. Asi pues deben emplearse entonces los revulsivos enérgicos. Frecuentemente es muy difícil establecer *à priori*, y atendiendo únicamente á los síntomas, la diferencia entre el pulso realmente débil y aquel que aparenta serlo. Los efectos de la sangría son los que principalmente pueden servir para fundar semejante distincion.

Algunas veces sucede, por el contrario, que despues de abundantes sangrias, y cuando todo anuncia la disminucion de la flegmasia, sigue el pulso con la misma fuerza y dureza; pero por lo comun, y principalmente si el enfermo es un viejo, la dureza del pulso no indica entonces la intensidad de la inflamacion ni la fuerza de la reaccion general; depende de una hipertrofia del corazon limitada al ventrículo izquierdo, cuyas paredes han aumentado de grosor á espensas de la cavidad. Ya se deja conocer cuanto interesa apreciar semejante circunstancia para arreglar en su conformidad el tratamiento.

Es raro que, aun en los casos mas graves, presente el

pulso una intermitencia ó irregularidad bien marcadas, á no coexistir alguna lesion orgánica del corazon.

La estrema frecuencia del pulso, anuncia el peligro de la enfermedad; siendo muy raro que se obtenga la curacion cuando dá aquel mas de ciento cuarenta latidos por minuto. La frecuencia de las pulsaciones arteriales se halla siempre en razon directa de la que ofrecen los movimientos inspiratorios; sin embargo, en las últimas horas de la vida, suele suceder que pierde el pulso su frecuencia, y parece hallarse en su estado natural, aunque la respiracion vaya haciéndose cada vez mas acelerada. Este es un signo constantemente mortal.

Despues de haber desaparecido los diferentes síntomas racionales de la neumonia, cuando ya no hay disnea, ni expectoracion, ni tos, ni fiebre propiamente dicha, acontece alguna vez que el pulso continúa mas frecuente que en el estado fisiológico. Esta frecuencia insólita, sin que haya por otra parte elevacion del pulso, ni calor en la piel, no debe despreciarse; induce á sospechar la persistencia de un resto de inflamacion en los pulmones, y por lo comun la auscultacion viene en apoyo de esta sospecha, y revela la existencia de la flegmasia. Otras veces al contrario, en razon sin duda de la diferente actividad de las simpatías en cada sugeto, se regulariza la circulacion, cuando todavia hay algo de disnea y de tos, y cuando la auscultacion anuncia que la flegmasia no se ha resuelto.

83. Uno de los mas constantes fenómenos que en la neumonia se observan, es la existencia de la costra inflamatoria en la sangre. Hemos anotado cuidadosamente en el mayor número de las observaciones particulares, las diferencias que la referida costra presentaba, respecto de su consistencia, de su espesor, de su color y de su forma. En algunos casos hemos podido advertir la relacion evidente que habia entre la presencia de esta costra y la actual existencia de la flegmasia pulmonar. En efecto, algunos enfermos fueron sangrados antes que ofreciesen signos de neumonia ó despues de cesar esta, y en semejantes circunstancias no se advirtió la costra inflamatoria. Esos mismos sugetos fueron sangrados igualmente durante el curso de la flegmasia pulmonar, y entonces se cubrió la sangre de la costra referida. (Obs. XXII.)

84. Fuera de los casos de complicacion, no han presentado las funciones digestivas mas fenómenos notables que la blancura de la lengua, la anorexia y una sed poco intensa. Estos fenómenos se observan igualmente en las enfermedades mas graves que en las mas ligeras, y manifiestan los estrechos lazos que unen las funciones digestivas con las de otros órganos.

Todavía nos falta tratar en este sitio del estado en que se hallan los diferentes líquidos segregados, especialmente el sudor y la orina, pero nos reservamos hablar de ello mas adelante.

83. Acabamos de examinar los diversos síntomas de la neumonia, considerándolos aisladamente para que su estudio fuese mas completo; veamos ahora de qué manera se presentan, y cómo se combinan y se suceden en las diferentes fases de la enfermedad. En primer lugar espondremos los casos mas comunes, y despues señalaremos las escepciones.

El dolor es generalmente el primer síntoma que se manifiesta con ó sin escalofrío inicial; al mismo tiempo se dificulta la respiracion y tose el enfermo sin expectorar; la auscultacion, practicada en este primer periodo, permite oír por lo común un poco de estertor crepitante, que no es todavía bastante fuerte para oscurecer del todo al ruido de expansion pulmonar; si se percute el pecho resuena aun con alguna claridad, y por último hay un movimiento febril mas ó menos pronunciado. Este conjunto de fenómenos constituye el primer periodo de la enfermedad. Del segundo al tercer día aparecen nuevos síntomas: la expectoracion, nula hasta entonces ó puramente catarral, se caracteriza, pero no es al principio mas que medianamente viscosa, y ofrece un color mas ó menos subido, segun la cantidad de sangre que contiene. El estertor crepitante aumenta de intensidad hasta el punto de oscurecer al ruido de expansion pulmonar; la sonoridad de las paredes torácicas principia á disminuir en el lado donde existen el estertor crepitante y el dolor, que no es por lo comun tan agudo como al principio. La disnea se aumenta, y con facilidad puede reconocerse por las inspiraciones cortas y aproximadas que ejecuta el enfermo, aunque asegure, como suele suceder, que no experimenta ninguna opresion. Si el dolor es muy fuerte, se hace imposible el decúbito sobre el lado afecto, pero tampoco se echa el enfermo del lado sano, porque entonces respira con dificultad; casi siempre adopta el decúbito dorsal. La fiebre persiste, con variaciones infinitas respecto á los caracteres del pulso, á la temperatura de la piel, y al grado de humedad ó secura de esta.

En tal estado, la neumonia, aunque llega ya á un alto grado de agudeza, no ha pasado todavía de su grado primero. Entonces es muy frecuente que permanezca mas ó menos largo tiempo estacionaria, hasta que por fin retrocede: la disnea disminuye, el ligero sonido macizo desaparece, el estertor crepitante vá siendo poco á poco reemplazado por el ruido natural de es-

pansion pulmonar, los esputos vuelven á tomar el aspecto propio de los de la bronquitis, y el movimiento febril pierde primeramente algo de su intensidad, y cesa despues del todo.

Otras veces, en vez de retroceder-hácia la resolucion, se hace mas grave la pulmonía, aunque no llegue á pasar del primer grado. Este aumento de gravedad es un resultado, ó bien de la propagacion del infarto inflamatorio á mayor estension del parenquima pulmonar (Obs. VII, VIII), ó bien de una inesplicable idiosincrasia: de todos modos siempre resulta que la fatiga aumenta cada vez mas, y que puede sobrevenir la muerte, aunque no haya pasado la flegmasia del primer grado (Obs. VIII y IX.)

Sin embargo, no sucede asi en el mayor número de casos. Por lo comun, cuando no se resuelve el infarto inflamatorio, cuando se exasperan los síntomas que le anuncian, debe temerse la invasion del segundo grado. Se adquiere certeza de que este existe ya cuando se observan los síntomas siguientes. La respiracion es cada vez mas difícil, mas corta y acelerada; no puede hacerse uso de la palabra con libertad, y apenas consigue pronunciar el enfermo, anhelando, algunas palabras entrecortadas. Los esputos adquieren tal grado de viscosidad, que no pueden despegarse de la escupidera. El sonido del pecho, en el lado afecto, es completamente macizo. Al principio se oye todavía un poco de estertor crepitante sin mezcla de ningun ruido de expansion pulmonar; pero despues desaparece el estertor, y cuando se aplica el oido á las paredes torácicas, ó no se percibe ninguna especie de ruido, lo que es sumamente raro, ó se nota en el sitio donde es macizo el sonido, la respiracion bronquial, acompañada casi siempre de una resonancia particular de la voz. El decúbito sigue efectuándose sobre el dorso. El pulso, muy frecuente, continua siendo fuerte y lleno, ó bien presenta una debilidad, real algunas veces, pero casi siempre aparente. El pronóstico es muy grave cuando la flegmasia pulmonar llega á este grado, y los enfermos sucumben rápidamente en un verdadero estado de asfixia.

Sin embargo, todavía puede verificarse la resolucion. En tal caso disminuye el sonido macizo, la respiracion bronquial desaparece; y se oye de nuevo el estertor crepitante, primeramente solo, y despues mezclado con el ruido natural de expansion pulmonar, que llega por fin á ser único. Los esputos vuelven al estado catarral, y al mismo tiempo van desapareciendo la disnea y la fiebre, hasta cesar enteramente (Obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI y XVII.)

Es muchas veces imposible distinguir, atendiendo á la

naturaleza de los síntomas, el segundo grado del tercero. Verdaderamente no tiene otro signo característico que la expectoracion acuosa y morena, mas ó menos parecida al zumo de las ciruelas, de que hemos hablado anteriormente; pero aun este signo no es infalible, porque en primer lugar puede manifestarse semejante expectoracion sin que haya hepatizacion gris (Obs. XXXIX, XL y XLI), y ademas suele esta existir, aunque tal expectoracion no se presente (Obs. XLII, XLVI, LV, LVI y LVII.) Tampoco la estremada palidez de la cara y su aspecto cadavérico muchos dias antes de la muerte, pueden suministrar mas probabilidades.

Y no debemos fundarnos tampoco en la época de la enfermedad para anunciar la existencia del segundo ó del tercer grado; porque tan pronto supura el pulmon al llegar la enfermedad al quinto dia, como se le observa en estado de hepatizacion roja pasados los quince primeros del mal.

Si aconteciese que el pus, diseminado por el parenquima pulmonar, llegara á reunirse en un foco, y que el absceso tuviese comunicacion con los bronquios, se descubriría probablemente, por medio de la auscultacion, el gorgoteo y la pectorilogia, como sucede en el caso de haber escavaciones tuberculosas.

¿ Es la pulmonía susceptible de curacion cuando llega al tercer grado? Ningun hecho poseemos que pueda servir para resolver esta cuestion. Mas aun: ¿ es fácil esta de resolver en el estado actual de la ciencia? ¿ Qué signo podria en los casos de curacion dar una certidumbre de que en efecto hubo supuracion del pulmon? Se han publicado, es cierto, historias de abscesos del pulmon, que terminaron por la curacion; pero los signos estetoscópicos, que en los casos de este género se han considerado como indicio de un absceso pulmonar, y que desaparecian por fin, segun se verificaba la curacion, son precisamente los mismos que, fundándonos en numerosas observaciones comprobadas en el cadáver, hemos considerado como característicos de la simple hepatizacion roja ó gris (respiracion bronquial, y modificacion de la voz que coincide con ella). Creemos por consecuencia que, en las observaciones de este género publicadas recientemente, se han referido al absceso los signos que son tambien propios de la hepatizacion.

La terminacion en gangrena se anuncia por la fetidez del aliento, y por los esputos característicos precedentemente descritos (Obs. LXIII, LXIV y LXV.)

86. La resolucion de la neumonia, como la de todas las enfermedades, puede verificarse con ó sin crisis, esto es, ir ó no

acompañada de fenómenos cuya aparicion coincide de un modo indudable con la mejoría lenta ó repentina de los síntomas.

Entre estos fenómenos críticos, el mas comun y evidente es el aumento de la transpiracion cutánea. Bajo este punto de vista pueden distinguirse en la neumonia muchas especies de sudores. Algunos existen durante todo el curso de la enfermedad, y entonces el continuo estado de fluxion en que se halla la piel parece ser una circunstancia favorable que disminuye la gravedad de aquella, y facilita la resolucion; pero esta especie de sudor no es propiamente un sudor crítico, sino sintomático. (Obs. X.)

Aunque con algunas escepciones (Obs. VIII) puede casi establecerse como principio general, que la humedad habitual de la piel es de buen agüero en la neumonia. Acontece muchas veces que, entonces, y sin que ningun otro fenómeno notable se haya presentado, termina la neumonia poco á poco por resolucion. Pero otras veces se manifiesta el sudor repentinamente en cantidad mucho mayor si existía ya, ó se establece de pronto si la piel habia permanecido hasta entonces seca; y en ambos casos se ve á los síntomas de la flegmasia aliviarse con rapidez: amenudo pasan entonces los enfermos en algunas horas de un estado muy grave á la convalecencia. (Obs. I, IV, XI, XV.)

¿Podrá decirse que en tales casos no es el sudor mas que un simple efecto?

Pero entonces, ¿por qué, antes de aparecer el fenómeno crítico, se observa comunmente una exasperacion momentánea de los síntomas? ¿No deberia suceder lo contrario? ¿No deberia preceder al sudor el alivio en vez sucederle?

En ninguna enfermedad nos parece tan completamente demostrada la existencia de los sudores críticos, como en la pulmonía: *Ut plurimum per sudores terminatur peripneumonia* (Frank.) En cuanto á la esplicacion del hecho no nos parece fácil darla de un modo rigoroso. ¿Se dirá que el sudor cura la neumonia, llamando á otro sitio la irritacion? Pero si una irritacion ha de curar á otra, es necesario que sea superior á ella: ¿cómo, pues, la irritacion ligera de la piel durante el sudor ha de reveler la irritacion intensa que reside en el pulmon inflamado? Apenas una erisipela intensa podria determinar semejante efecto.

La neumonia se juzga ademas por otros fenómenos críticos. Por eso hemos incluido, en el número de las crisis á la diarrea que terminó la neumonia en el enfermo que sirve de objeto á la observacion II. No hemos citado mas que una observacion de neumonia terminada por una hemorragia crítica (Obs. VII); y

tampoco citan los autores mas que un pequeño número de ejemplos bien comprobados. Un caso notable de hematuria crítica ha sido sin embargo referido por el doctor Latour de Orleans.

Un panadero, dice este médico, salió sudando de su trabajo, y se espuso á un aire muy frio. Al momento sobrevinieron escalofrios, laxitudes espontáneas, pulso fuerte y duro, dolor lateral muy agudo y esputos sanguinolentos. Al dia siguiente, dos sangrias que produjeron un lijero alivio. El tercer dia, lijera complicacion gástrica: un grano de emético. Por la tarde exacerbacion de los síntomas del dia anterior y dolor lateral insoportable: tercera sangria que alivió un poco. El cuarto dia, dolor al lado mas violento aun: sanguijuelas, vejigatorio: por la tarde parosismo intenso; la noche agitada; lijero delirio. El quinto, dolor agudo y pulsativo en la region lumbar, supresion de la orina: por la tarde se aumentó estraordinariamente el dolor de los lomos; despues pareció calmarse algo á beneficio de un semicupio; pero pronto adquirió de nuevo mayor intensidad. Por último, el enfermo, hallándose en un estado próximo al delirio, sintió necesidad de orinar, y arrojó por la uretra, en una sola vez, cerca de un cuartillo de sangre bermeja y pura. Desde aquel momento se calmaron los accidentes, y quedó juzgada la enfermedad. El sexto dia se restableció la escrescion natural de la orina. La convalecencia fué corta.

Háse dicho que con frecuencia se juzgaba la neumonia por abscesos que tenian especialmente su residencia en los miembros superiores; pero no hemos observado nada de esto.

Finalmente, en el número de las crisis de la neumonia se ha colocado la espectoracion. Considerando á la neumonia Boerhaave y su célebre comentador Van Swieten como el resultado de la obstruccion sanguínea de las arterias del pulmon, creian que la sangre que obstruia los vasos pequeños, donde sufría una modificacion que la transformaba en materia morbosa, pasaba despues de un tiempo mas ó ménos largo desde los referidos vasos á los bronquios: si este tránsito no podia verificarse, era arrastrada por el torrente circulatorio, y salia con las orinas, las cámaras, los sudores, etc. De aqui diferentes crisis, entre las cuales debia ser considerada la espectoracion como la mas frecuente y saludable. Pero semejantes ideas no pueden admitirse en el día: los esputos sanguinolentos de la neumonia no deben ser considerados como crisis de esta enfermedad, asi como no se puede conceder el carácter de crítico al pus que se forma en la superficie de la pleura ó del peritóneo cuando se hallan inflamadas estas membranas.

87. La convalecencia de las pulmonias es comunmente muy

corta, cuando la resolución es completa. Luego que ha cesado la flegmasia pulmonar, se recobran las fuerzas con una facilidad increíble, á pesar del número y abundancia de las evacuaciones sanguíneas que se hayan practicado; pero en esta enfermedad, mas bien que en ninguna otra, es necesario temer las recaídas. En muchos enfermos persiste, durante mayor ó menor tiempo, un resto de flegmasia pulmonar, anunciado por la auscultacion, cuando ya parecen haber cesado los diferentes síntomas racionales de la neumonia; sin embárgo, es raro que, en semejante caso, no conduzca el atento exámen de las diferentes funciones á sospechar la existencia de la flegmasia. Asi se vé que los enfermos no experimentan disnea; que parecen naturales sus movimientos inspiratorios y conservan libre su palabra; pero cuando ejecutan grandes movimientos, cuando hacen una inspiracion profunda, ó sostienen una larga conversacion, el observador atento tarda poco en reconocer que su respiracion se hace corta y acelerada, y que segun una expresion vulgar se ahogan fácilmente. Tambien aparece esta dificultad de la respiracion despues de haber comido. No hay fiebre, propiamente dicha; pero el pulso conserva algo de su frecuencia, y por la noche experimenta el enfermo fatiga y mal estar. Si entonces se ausculta el pecho, se advierte un estertor crepitante mas ó menos pronunciado en el sitio donde primeramente se reconoció la flegmasia. El conjunto de los síntomas que acabamos de indicar, puede ser mas ó menos apreciable: si están poco manifiestos, fácilmente se ocultarán á nuestro exámen, y no practicando la auscultacion se considerará al enfermo como enteramente curado. No hay necesidad de decir, que semejantes equivocaciones en el diagnóstico deben dar necesariamente por resultado, ya sea una próxima recaída, ya una desorganizacion lenta del parenquima pulmonar. Ciertamente es una de las mas preciosas ventajas de la auscultacion, la de impedir tan funestas equivocaciones: ¡es admirable la exactitud con que la auscultacion indica en este caso el verdadero estado del pulmon!

Todavía tenemos que indicar otra causa, por desgracia muy frecuente, de las convalecencias incompletas á consecuencia de la neumonia: esta causa consiste en el rápido desarrollo de los tubérculos pulmonares. Parece en semejante caso que, preexistiendo á la inflamacion, reciben de ella un impulso funesto que favorece su multiplicacion y reblandecimiento. Entonces es frecuente, que, al mismo tiempo que se desarrollan los tubérculos, cese enteramente la flegmasia del parenquima, en términos de resonar el pecho completamente bien, y oirse en todas par-

tes la respiracion con limpieza, pero sin embargo con mayor intensidad que en el estado natural: á pesar de esto, lejos de restablecerse las fuerzas, disminuyen mas cada dia; el enfermo enflaquece, tose y respira con dificultad, y experimenta todos los dias un pequeño movimiento febril. Estos síntomas van marcándose mas y mas, hasta que por fin llega un caso en que no es posible desconocer la existencia de la tisis pulmonar, cuyo curso es frecuentemente muy rápido. (Obs. XLIX.) Morton describió muy bien esta especie de tisis, que llamó *phthisis á perineumonia*.

No solo las dos causas precedentes interrumpen la convalecencia de la pulmonia; algunas veces permanece el pulmon ingurgitado de sangre ó de serosidad. Esta ingurgitacion no es inflamatoria, porque no cede á los antilogísticos, y se disipa por el contrario en virtud de una medicacion tónica; es una especie de infiltracion pasiva que sucede á la inflamacion. De esta misma manera se ha visto mas de un vez, en sugetos debilitados por un motivo cualquiera, suceder el edema á la erisipela de los miembros inferiores, y del mismo modo se observa tambien frecuentemente, á consecuencia de las enteritis, una infiltracion serosa del tejido celular sub-mucoso, etc. El estertor crepitante, una disnea ligera, la falta de fiebre, y un estado de languidez general, acompañan á esta especie de infarto pulmonar. Semejantes signos son sin duda insuficientes para distinguirle de un verdadero estado de flegmasia, y el tratamiento es entonces la mejor piedra de toque. En esta, como en otras muchas circunstancias, solo despues de titubear mucho, puede llegarse á establecer un buen diagnóstico, y por consiguiente un tratamiento oportuno. El infarto pasivo de los pulmones no sobreviene únicamente á consecuencia de las neumonias; aparece tambien hácia el final de otras muchas afecciones de larga duracion, durante el curso de las cuales se ha verificado constantemente el decúbito dorsal: mas de una vez la hemos visto ceder á beneficio de la tisana de poligala y del kermes, despues de haberse resistido al uso de las bebidas dulcificantes, continuado largo tiempo, y á las evacuaciones sanguíneas. Un ejercicio moderado, un aire sano y un régimen poco nutritivo, deben apresurar tambien la resolucion.

88. Es una de las mas grandes cuestiones, debatida incessantemente desde Hipócrates hasta nuestros dias, la de averiguar si tienen las enfermedades una tendencia natural á terminar en cierto número de dias fijos, llamados *críticos*. Semejante cuestion no puede decidirse *á priori*; porque solo á los hechos corresponde resolverla. La neumonia es sin embargo

una de aquellas enfermedades en que tal cuestion parece mas fácil de resolver, porque la época de su invasion se halla por lo comun bien determinada, y porque es notable asimismo la época de su terminacion.

Adviértase, empero, cuan difícil es siempre en un hospital el saber con exactitud cómo y cuando ha principiado la enfermedad; por eso es principalmente en la práctica civil donde pueden hacerse las investigaciones convenientes acerca de los periodos de las enfermedades y de los dias críticos. He aqui un resúmen de nuestras observaciones, relativas á la duracion de la neumonia en ciento doce casos.

NUMERO DE PULMONIAS.

DURACION.

3. . . . .	4 dias.
2. . . . .	5
6. . . . .	6
23. . . . .	7
2. . . . .	8
4. . . . .	9
11. . . . .	10
13. . . . .	11
1. . . . .	12
2. . . . .	13
11. . . . .	14
2. . . . .	15
2. . . . .	16
9. . . . .	20
1. . . . .	27
1. . . . .	42

Entre las pulmonías cuya época precisa de terminacion nos ha parecido indeterminada,

3 duraron. . . . .	de 5 á 7 dias.
12. . . . .	7 á 14
7. . . . .	14 á 20
4. . . . .	20 á 30

Resulta de este cuadro, que los dias en que se observó la terminacion de mayor número de pulmonías son el sétimo, el undécimo, el décimo cuarto y el vigésimo.

De estas ciento doce neumonías, solo ha habido una que du-

rasede mas de treinta dias, y pudo ser considerada como una afeccion crónica.

Despues de compuesta la tabla precedente, hemos observado cierto número de neumonias que persistieron mas tiempo del señalado en ella como término mas largo. Hemos visto en una mujer de 47 años permanecer macizo uno de los lados del torax en toda su parte posterior, y seguir percibiéndose la respiracion bronquial en el mismo punto, durante cerca de tres meses, empezando á contar desde el dia de la invasion de la neumonia. Al cabo de este tiempo principió á hacerse mas claro el sonido macizo, y disminuyó de intensidad la respiracion bronquial, desapareciendo por fin. Mucho tiempo antes de cesar el ruido macizo y la respiracion bronquial, no se notó ya calentura, y se restableció el apetito. Esta mujer no presentaba vestigio alguno de afeccion pulmonar cuando salió del hospital, cuatro meses despues de haber entrado en él con todos los signos de una neumonia aguda de las mejor caracterizadas.

Otros sugetos hemos visto en quienes, durante seis semanas, á lo menos despues de la desaparicion de todos los sintomas de la neumonia, se continuaba oyendo el estertor crepitante en una estension muchas veces considerable. Sin embargo, estos individuos no estaban faltos de fuerzas, no tenian fiebre, su apetito era bueno, y podian satisfacerle sin inconveniente. Apenas tosián, y no se percibía casi la disnea. El mencionado estertor disminuía por grados, y acababa por desaparecer. En semejante caso, nos pareció ir mas bien unido el referido estertor á un edema pulmonar consecutivo á la neumonia, que á un resto de esta enfermedad misma.

89. Cuando su neumonia crónica es primitiva, no es fácil determinar su duracion, porque no puede fijarse la época en que ha principiado, á causa de que generalmente se establece de un modo insensible durante el curso de una bronquitis crónica. De esta manera lenta y oculta se inflama tambien el pulmon al rededor de los tubérculos. ¿Podrá decirse, en este caso, que ha precedido la neumonia á la formacion de los tubérculos? No lo creemos así. Efectivamente, en el primer grado de la tisis, cuando todavía se hallan crudos los tubérculos, y son poco numerosos, conserva el pecho una sonoridad perfecta, y la respiracion se oye en todas partes con mucha limpieza: tal es el caso mas comun. Entonces no se halla inflamado el parenquima pulmonar. Si los enfermos mueren, la abertura del cadáver manifiesta tambien esta falta de flegmasia. Mas adelante, cuando los tubérculos se multiplican y principian á reblandecerse, se oye muchas veces en distintos puntos el estertor cró-

pitante, sin que haya por otra parte disminucion del sonido del pecho.

Cuando la muerte sobreviene en esta época, se encuentra al rededor de las masas tuberculosas muy infartado el tejido pulmonar, y con frecuencia reblandecido (primer grado y principio del segundo.) Por último, en una época mas adelantada todavía, cuando es considerable el reblandecimiento de los tubérculos y la formacion de cavernas, es las mas veces el sonido macizo al rededor de los puntos en que la auscultacion descubre la existencia de las escavaciones tuberculosas, y en esos mismos puntos se halla, despues de la muerte, duro el pulmo, impermeable al aire, grisiento, infiltrado de pus, y en una palabra, tal cual existe en el tercer grado de la neumonia. Y entiéndase, que no confundimos esta infiltracion purulenta con la infiltracion tuberculosa, descrita tan felizmente por Laënnec.

Estos hechos nos parecen probar de una manera incontestable, que la neumonia crónica, consecutiva á la formacion de los tubérculos, resulta de la irritacion continua que estos últimos determinan en el parenquima pulmonar inmediato. No es tan fácil ni con mucho probar que los tubérculos no son el producto de una bronquitis anterior; pero este no es sitio de abordar semejante cuestion (1).

Ninguna espectoracion característica, ningun otro signo mas que los suministrados por la auscultacion y la percusion, anuncian la existencia de estas pulmonías crónicas consecutivas. Son una de las causas que aceleran la muerte de los tísicos, ya por el solo hecho de su existencia, ya porque favorecen el desarrollo y el reblandecimiento de los tubérculos. Pueden combatirse con ventaja, principalmente en su primer grado, por un tratamiento antiflogístico bien dirigido. Las evacuaciones sanguíneas se hallan indicadas en el curso de la tisis, mas bien para hacer abortar estas neumonías intercurrentes, que con la mira de

(1) A pesar de reconocer, que, en un crecido número de casos, es la neumonia consecutiva á los tubérculos y no puede por lo tanto reputarse como su causa, debemos admitir tambien que hay ocasiones en que la neumonia crónica ha precedido evidentemente á la formacion de aquellos. Esto acontece sin duda cuando en el centro de un pulmo hepaticado, casi en su totalidad, se encuentran diseminados algunos tubérculos incipientes. Son estos muy pequeños y muy poco numerosos para haber podido producir la hepaticacion de todo un pulmo, y sin duda es tal hepaticacion quien favorece su desarrollo. El que desee una discusion mas estensa acerca de este punto de doctrina, puede consultar mi *Precis d'anatomie pathologique*.

combatir directamente la afeccion tuberculosa, sobre la cual no ejercen, al parecer, mas que una dudosa influencia.

90. Despues de haber estudiado la pulmonia tal cual se presenta en el mayor número de casos, examinemos rápidamente sus numerosas variedades, que son todas muy importantes de conocer.

Algunas de estas son relativas al sitio. Asi pues la neumonia puede afectar los dos pulmones ó uno solo; cuando esto último sucede, puede reducirse á algunas porciones circunscritas, ó hallarse diseminada en cierto modo sobre muchos puntos aislados, y constituir un número mas ó menos considerable de inflamaciones pequeñas y parciales. En el caso de una neumonia doble, la disminucion igual del sonido en ambos lados hace nulos, ó infieles por lo menos, los signos que suministra la percusion: ademas, no hay necesidad de decir que entonces es mas grave el pronóstico. En el caso de neumonias parciales no es fácil, por la profundidad y corta estension de la flegmasia, descubrir la verdadera naturaleza de la enfermedad, y distinguirla de la bronquitis simple; solo puede lograrse esto las mas veces por la naturaleza de los esputos.

Otras variedades muy importantes hay relativas á la falta de uno ó muchos síntomas, de donde resulta la pulmonia latente. Se halla bien demostrado que puede existir una flegmasia intensa del parenquima pulmonar sin hallarse anunciada por la disnea, la tos ni los esputos. Algunas veces puede suceder que ademas de faltar estos signos, no revelen tampoco la percusion ni la auscultacion el estado verdadero del pulmón (observacion XLIV): en semejante caso es imposible establecer el diagnóstico. Ya hemos hecho notar que estas pulmonias latentes, rara vez primitivas, sobrevienen principalmente cuando una flegmasia pulmonar complica á otra enfermedad.

Las diferentes edades de los sujetos que padecen la pulmonia, inducen en los síntomas graduaciones bastante pronunciadas para constituir principalmente dos variedades notables de dicha flegmasia, á saber: la neumonia de los niños y la de los ancianos.

Comprendemos bajo el nombre de *pulmonia de los niños*, la que padecen desde el nacimiento hasta la edad de diez años. Durante todo este periodo es la neumonia muy frecuente, y una de las mas poderosas causas de la mortandad de los niños: por lo mismo es muy importante conocerla. Los síntomas que la anuncian son por lo comun muy oscuros. Efectivamente, la expectoracion es nula casi siempre en aquella edad; si la neumonia no pasa del primer grado y es poco estensa, no dá á recono-

cer por lo comun la percusion diferencia alguna de sonido en los diferentes puntos del pecho. Casi nunca se observa un sonido tan macizo como en el adulto; pero sucede con frecuencia que, comparando el sonido que dan ambos lados del torax, se descubre, no un verdadero sonido macizo, sino una sonoridad menor del lado donde existe la neumonia. En este mismo lado se nota, por medio de la auscultacion, el estertor crepitante con las mismas modificaciones que presenta en el adulto. Es sumamente raro que deje de oirse enteramente este estertor; pero se confunde mas frecuentemente que en el adulto con el estertor mucoso. Hay ademas casos frecuentes en que, por el sitio de la neumonia, conserva toda su limpieza el ruido respiratorio: entonces la tos, la disnea y la fiebre no son signos suficientes para caracterizar la pulmonia, y aun la disnea pudiera faltar tambien, como sucede en muchas pulmonias de los adultos.

Sin embargo, es tan importante establecer el diagnóstico, que de no hacerlo con exactitud pueden seguirse lamentables equivocaciones en el tratamiento. En mas de un caso de neumonia, se han considerado la tos y la disnea como resultado puramente mecánico de la acumulacion de mucosidades en los bronquios; se ha procurado desembarazar á estos por la administracion de los eméticos y de diversos espectorantes incisivos, y se ha descuidado el uso de las evacuaciones sanguíneas que, destruyendo la causa, hubieran hecho desaparecer el efecto. Sin embargo, no puede negarse que, despues de las sangrías, hallan alivio los niños con la administracion de un emético suave, medicamento que sin duda suple en ellos muy ventajosamente á la espectoracion; pero cuidemos mucho de colocar este medio secundario en el lugar preferente.

Rara vez manifiesta en los niños la abertura del cadáver una verdadera hepatizacion roja ó gris de los pulmones; por lo comun se observa solamente un simple infarto con ó sin reblandecimiento del tejido, que es el mismo estado que hemos dicho indica en los adultos el tránsito del primero al segundo grado. Mas frecuentes son en el niño que en el adulto esas pequeñas inflamaciones de que hemos hablado, las que ocupan una infinidad de puntos distintos, y se hallan separadas por tejido sano; de manera que apenas tiene cada una el tamaño de una avellana. De esto procede la frecuente insuficiencia de la auscultacion y de la percusion en un crecido número de pleuro-neumonias de los niños; hallándose la inflamacion diseminada en muchos puntos, se sigue que solamente en ciertos lugares aislados disminuirá la sonoridad, y sufrirá modificaciones el ruido respiratorio.

La *neumonía de los ancianos* se presenta muchas veces de la misma manera que se observa en la edad media; pero produce generalmente una postración mucho más rápida: parece también que en ellos llega la flegmasia pulmonar al tercer grado con mayor facilidad y prontitud. Con mucha frecuencia complica á la bronquitis crónica que suelen padecer los ancianos: se observa entonces una considerable disnea que llama principalmente la atención, y solo por este fenómeno principal se dá á la enfermedad el nombre de catarro sofocante. En un crecido número de casos de este género es nula la expectoración, y las mucosidades acumuladas en gran cantidad en los bronquios, determinan un estertor mucoso que impide recoger los signos estetoscópicos necesarios para formar el diagnóstico.

En esta pulmonía, como en la de los niños, pueden ser útiles los diferentes medios con que se procura favorecer la expectoración; pero no deben formar la base del tratamiento. A pesar de la edad y de la debilidad de los enfermos, es preciso no detenerse en ejecutar con atrevimiento las emisiones sanguíneas; pero sino produjesen ningún alivio las primeras evacuaciones practicadas con la lanceta, ó por medio de sanguijuelas, si después de haberse ejecutado se aumentase la postración, es necesario renunciar desde luego á su uso, y recurrir á los revulsivos aplicados sucesivamente al pecho y á los miembros.

Todavía presenta la pulmonía muchas variedades relativas á sus complicaciones; tales como las calenturas, las pleuresias con derrame, las pericarditis, aracnoiditis, gastro-enteritis, tubérculos pulmonares, aneurismas del corazón, etc. Los síntomas de estas diversas enfermedades y los de la neumonía, se oscurecen mutuamente, se complican; y es necesario tener en casos semejantes un grande hábito clínico para distinguir en este conjunto de fenómenos morbosos los que pertenecen á la lesión de tal ó cual órgano. Nada podemos decir en general respecto á esto, contentándonos con remitir al lector á las observaciones particulares consignadas en el artículo IV.

Se ha descrito también, como una variedad de la inflamación del pulmón, la falsa pulmonía (*peripneumonia notha vel spuria*). Bajo esta denominación deben incluirse muchas afecciones que simulan efectivamente por algunos de sus síntomas la flegmasia del parenquima pulmonar; pero que esencialmente difieren de ella por la naturaleza de la lesión orgánica. De esta manera puede una bronquitis aguda, acompañada de fiebre, de disnea y de esputos viscosos, tomarse por una pulmonía; pero en tal caso el pecho permanece sonoro, no se oye más que el es-

tertor bronquial, y aunque suelen los esputos presentar estrias de sangre, no se halla esta combinada de un modo uniforme con el líquido que les constituye. Hay casos sin embargo en que la bronquitis aguda parece confundirse con un principio de inflamacion del parenquima, y entonces viene á ser muy difícil establecer la distincion precisa entre estas dos enfermedades. Felizmente no es de grande importancia en la práctica semejante distincion; porque una bronquitis general muy aguda, y una neumonia en primer grado no muy estensa, ofrecen casi el mismo peligro y reclaman las mismas indicaciones.

Otra especie de pulmonía falsa resulta de la congestion sanguínea que con frecuencia se verifica en los pulmones al principio de las fiebres eruptivas (viruela, sarampion y escarlata). Los enfermos experimentan entonces una disnea mas ó menos violenta, que cesa como por encanto tan luego como la erupcion se manifiesta (Obs. XL.) ¿Depende acaso de esta congestion sanguínea el ligero sonido macizo que Avenbrugger y Corvisart advirtieron en el pecho de aquellos sugetos que se hallan en el principio de una fiebre eruptiva?

Durante el curso, y en la terminacion de muchas enfermedades crónicas, ofrecen tambien los pulmones una congestion serosa ó sanguínea que difiere de la precedente en que parece ser esencialmente pasiva. Se diria que en tal caso se infartan los pulmones de sangre como el tejido de las encías, la piel y las diferentes membranas mucosas en los escorbúticos, y como el bazo en otros enfermos.

Por último, en el número de las pseudo-neumonias creemos deber colocar el conjunto de síntomas descritos por Stoll bajo la denominacion de pulmonía biliosa. En efecto, estos síntomas no nos parecen caracterizar de ningun modo una verdadera inflamacion pulmonar. Se observan, dice Stoll, como fenómenos precursores la pérdida del apetito y el amargor de la boca. Al cabo de un tiempo mas ó menos largo sobrevienen escalofríos vagos, seguidos de calor, de opresion y de un dolor detras del esternon ó en uno de los costados; este dolor no se aumenta por la tos ni por las grandes inspiraciones. El decúbito es indiferente y los hipocondrios se hallan tensos y dolorosos al tacto. Experimentan los enfermos eructos amargos; tienen lengua blanca, verde ó amarilla, poca sed, náuseas y algunas veces vómitos, constipacion ó diarrea biliosa; los esputos son espesos, blancos ó verdosos, y la fiebre variable. Stoll combatia este conjunto de síntomas por la administracion de uno ó dos vomitivos. Nos parece evidente que esta pretendida neumonia no es otra cosa que un catarro pulmonar con embarazo

gástrico é intestinal: de aquí la utilidad de los evacuantes. Mas de una vez hemos tenido ocasion de observar un estado semejante, y le hemos visto ceder con el mismo tratamiento. Pero las ideas de Stoll respecto á este punto no siempre han sido interpretadas de igual manera: con frecuencia se ha dado el nombre de pulmonía biliosa á una verdadera inflamacion de los pulmones, porque se observaban al mismo tiempo algunos síntomas de embarazo gástrico, y principalmente porque los esputos ofrecian un tinte amarillo que se atribuia á la bilis, y no era evidentemente otra cosa que el resultado de la mezcla íntima del moco y de la sangre en ciertas proporciones. En semejantes casos el uso de los evacuantes no debe ser mas que secundario, y es preciso combatir la flegmasia pulmonar por medio de abundantes evacuaciones de sangre, aunque parezca muy pronunciada la complicacion llamada biliosa. Muchos enfermos nos han presentado con una verdadera pulmonía esta complicacion biliosa, anunciada por el color amarillo de la cara, el amargor de la boca, la capa espesa de la lengua, las náuseas, los eructos, la sensacion de peso en el epigastrio, etc. El emético ha disminuido algunas veces el trastorno de las funciones digestivas; pero nunca ha hecho desaparecer los síntomas de pulmonía, que solamente ceden á las sangrias.

91. El pronóstico de la neumonia, grave por lo comun, varia segun el grado de inflamacion, la estension de esta, su sitio, la naturaleza de los síntomas y las complicaciones.

No es necesario decir que el primer grado es menos peligroso que el segundo, y este menos que el tercero. Muchas observaciones nos han probado que la inflamacion pulmonar puede todavía resolverse bastante bien, aunque una parte del pulmon se halle en estado de hepatizacion roja; pero no conocemos ejemplo que demuestre la posibilidad de la curacion del tercer grado.

Una pulmonía del primer grado, pero muy estersa, es generalmente tan grave como una mucho mas circunscrita en el segundo.

En razon de una inesplicable idiosincracia, es algunas veces mortal un simple infarto del pulmon, aunque no ocupe mas que una pequeña parte de esta víscera, mientras que en otro sugeto colocado en idénticas circunstancias se resuelve una hepatizacion roja que ocupe mayor espacio. Mas sin embargo, estos casos son afortunadamente raros, y no destruyen las reglas generales que dejamos establecidas.

La inflamacion de los lóbulos superiores es en general mas grave que la de los inferiores.

El estado de la respiracion modifica el pronóstico mas que ningun otro síntoma. Una disnea considerable, cualquiera que sea el estado del pulmon, es siempre de mal agüero. El pulso al contrario, no puede dar datos ciertos respecto á la terminacion de la enfermedad; especialmente su debilidad suele no existir mas que en la apariencia. Sin embargo, si un pulso débil coincide con una considerable dificultad de la respiracion, y si no se desarrolla despues de las primeras evacuaciones sanguíneas, debe concluirse que la inflamacion es muy intensa, y hay que formar un pronóstico reservado.

La grande viscosidad de los esputos y su color muy herumbroso, anuncian la intensidad de la flegmasía; su vuelta al estado catarral indica que la resolucion se efectúa; los esputos acuosos y morenos, mas ó menos parecidos al zumo de las ciruelas, deben inducir á sospechar la supuracion del pulmon, y son generalmente de mal agüero. Lo mismo sucede con los esputos agrisados y purulentos: su espulsion dificil, su detencion en la traquearteria y en los bronquios anuncian una terminacion funesta: su supresion, efecto de haber dejado de segregarse, es menos peligrosa; mas sin embargo, indica en general una exasperacion de la flegmasía, aunque no pruebe siempre que deje esta de curarse. Las neumonias, que no van acompañadas de ninguna expectoracion durante todo su curso, no parecen ser mas graves que las otras. Unicamente, como es mas dificil su diagnóstico, se las desconoce con mayor frecuencia, y llegan á ser funestas porque no se emplea desde luego un tratamiento conveniente. De aquí procede el mayor peligro de las neumonias latentes.

La sequedad constante de la piel es una circunstancia mucho menos favorable que su humedad habitual. La resolucion de la neumonia coincide á menudo con la aparicion de sudores abundantes.

No nos detendremos mucho acerca del mayor peligro de la neumonia cuando se halla complicada con otras enfermedades, bien las preceda, ó bien se manifieste durante su curso. La neumonia que ataca á los tísicos parece ser menos temible por su peligro actual que por el influjo funesto que ejerce sobre los tubérculos, cuya multiplicacion y reblandecimiento favorece.

92. Es la neumonia una de aquellas enfermedades que reclaman un tratamiento tan sencillo como eficaz. Muchos siglos hace que la observacion condujo á los médicos á prodigar en esta dolencia, mas que en cualquiera otra, las evacuaciones sanguíneas; y en efecto, se concibe como pueden ser útiles en semejantes casos las sangrias abundantes. No obran solo como en

las demas inflamaciones ; ofrecen al mismo tiempo la ventaja de disminuir directamente la cantidad de sangre que debe atravesar el pulmon en un tiempo dado , para someterse en él al contacto del aire ; disminuyen pues la actividad de sus funciones , y concurren de este modo á curar la neumonia lo mismo que se cura una oftalmia oponiéndose al ejercicio de la vision , y un reumatismo prescribiendo el reposo.

La aplicacion de las sanguijuelas no puede reemplazar en este caso á la abertura de la vena ; pero pueden emplearse al mismo tiempo con mucha ventaja ambos géneros de evacuaciones sanguíneas. Por lo tanto , inmediatamente despues de haber abierto la vena , y aun mientras está corriendo la sangre , es muchas veces necesario hacer cubrir de sanguijuelas el lado en que existe el dolor.

Mucho se ha disputado en otro tiempo acerca del sitio en que sería mas conveniente practicar la sangría : este lugar de eleccion es poco importante ; pero lo que sí nos parece esencial es que salga la sangre en mucha cantidad á un tiempo por una ancha abertura. Es necesario sin embargo evitar que sobrevengan congojas. Quarin considera al síncope producido por la sangría como mas peligroso en la perineumonia que en ningun otro caso. Nosotros no hemos comprobado este hecho.

La primera sangría debe sér , en general , de diez y seis onzas , y aun de veinte cuando se halla la enfermedad en su principio , es considerable la disnea , y el enfermo vigoroso. A medida que la sangre corre , se observa por lo comun un alivio notable de los síntomas , principalmente de la fatiga. Cuando la flegmasia es ligera , persiste esta mejoría , y tardan poco en manifestarse los signos de una resolucion incipiente. En semejantes casos es cuando puede decirse que la sangría ha hecho desaparecer la enfermedad ; pero por poco intensa que sea la inflamacion pulmonar , no dura mas que algunas horas el alivio que produce la primera evacuacion , y despues se presenta nuevamente la disnea , y sigue su curso la flegmasia como si ninguna sangría se hubiese ejecutado. Entonces no debe titubearse en abrir de nuevo la vena , ni aun en practicar dos y tres sangrias en las primeras veinticuatro horas. Los dias siguientes deben repetirse con valor las evacuaciones sanguíneas , si los síntomas no cediesen. La indicacion de sangrar debe deducirse menos del estado del pulso , que de aquel en que se halla la respiracion. ¡ Cuántas veces hemos visto emplearse la sangría , con notable ventaja , en sugetos que presentaban el pulso pequeño y contraído , la cara pálida , las estremidades casi frias , y debilidad general muy considerable en la apariencia , pero en los

cuales se hallaba al mismo tiempo muy dificultada la respiracion! Al contrario en otros enfermos cuyo pulso es lleno y duro y la respiracion tal cual libre: entonces no se halla la sangría indicada de un modo tan imperioso. Si en apoyo de estos preceptos quisiésemos invocar la autoridad de los grandes maestros, recordariamos que Stoll, guiado únicamente por la dificultad estrema de la respiracion, sangró ocho veces con buen éxito, en un corto espacio de tiempo, á un enfermo que parecia hallarse profundamente debilitado, y cuya piel estaba cubierta de manchas petequiales. La consideracion de la edad no debe, sino rara vez, impedir la ejecucion de numerosas evacuaciones sanguíneas. Con mucha frecuencia se ha dejado morir á los viejos atacados de pulmonía por no haberse atrevido á sangrarlos. Frank refiere que ha practicado con buen éxito nueve sangrías en un viejo octogenario, cuya existencia se hallaba amenazada por una pulmonía. Recientes observaciones han probado asimismo que no debe escasearse mas la sangría en los niños que en los adultos: sin embargo, como en ellos se obtiene poca sangre por la abertura de la vena, á causa de la pequeñez de estos vasos, es necesario insistir principalmente en numerosas y frecuentes aplicaciones de sanguijuelas. Muchos prácticos temen sangrar á las mujeres afectas de pulmonía cuando se hallan con la regla; pero en nuestro concepto es este un funesto error. Esperar en semejantes casos á que pase el flujo menstrual para combatir una grave flegmasia del pulmon por medio de las evacuaciones sanguíneas, es hacerla casi necesariamente mortal. Nuestro modo de ver respecto á esto se halla robustecido por De-Haen y Frank.

¿Hasta qué época de la enfermedad puede ejecutarse la sangría? Diez y seis siglos hace que Galeno estableció como principio general que debería recurrirse á ella en cualquier tiempo de la enfermedad, aunque fuese en el dia vigésimo, siempre que se hallase indicada. Sin embargo, los médicos, olvidándose de este precepto, han creído por mucho tiempo que era peligroso sangrar en la pulmonía despues del quinto, ó á lo menos del sexto dia. Semejante regla ha sido establecida por uno de los mas grandes observadores modernos, por Pringle, que recomienda espresamente no practicar la abertura de la vena desde que los esputos característicos de la pulmonía principian á manifestarse. No es necesario decir cuan errónea es semejante opinion: conviene sangrar en cualquier época de la enfermedad, siempre que la naturaleza de los síntomas reclame una evacuacion sanguínea. La existencia misma del tercer grado no la contraindica siempre; porque el tercer grado se halla muchas veces acompa-

fiado de los dos primeros, y pueden estos ser todavía combatidos con ventaja por las evacuaciones de sangre. Frank es uno de los médicos que mas han insistido sobre las grandes ventajas que puede ofrecer aun la sangría en una época muy adelantada, y cuando los enfermos parecen ya moribundos. Nos parece conveniente transcribir en este sitio las notables palabras en que expresa su opinion: *In ultimo peripneumonice lethalis gradu, certe nec venae sectio juvat, nec quodvis aliud remedium juvat; ac cum hujus aut illius vituperio inermem tan infaustis rebus artem opponimus; interim audaces saepe, non fortuna quidem, sed consilium juvat; nec raro, quod vix non cadaverica, pulsibusque minimis, venam suffocanti aegro cum felici rerum exitu aperuimus, et vitae sors unica ex cuspide hæsit lanceolæ.*

Quando se observa, durante la convalecencia, algun sintoma que puede hacer temer una recaída, no debe dudarse en sacar sangre con prontitud; toda contemporizacion puede ser funesta en semejantes casos. No lo repetiremos demasiado: es necesario combatir con esmero el resto de pulmonía que suele quedar latente durante la convalecencia, y que solo puede dar á conocer la auscultacion en algunos casos. Si se omiten las evacuaciones sanguíneas, si nos reducimos al uso de los medios higiénicos, la inflamacion toma residencia, por decirlo así, y suele favorecer en muchos sujetos el desarrollo mas ó menos rápido de una tisis pulmonar.

Sin embargo, no son las evacuaciones sanguíneas el medio único con que debe combatirse la pulmonía. Quando no hay reaccion, y no pueden obrar mas que como revulsivos los tópicos irritantes, es necesario recurrir á ellos. M. Lermnier hace aplicar frecuentemente, con buen éxito, dos vejigatorios á las piernas, inmediatamente despues de haber practicado una sangría. El momento mas favorable para el uso de los revulsivos se halla indicado principalmente por la debilidad del pulso, que persiste despues de haber practicado algunas sangrías, por la grande palidez del rostro, por el aumento de la disnea despues de abundantes emisiones sanguíneas, y por la falta aparente de reaccion general. Es necesario confesar, no obstante, que no hay punto mas delicado que este en la medicina práctica. Acontece con frecuencia que de dos individuos colocados en circunstancias al parecer idénticas, uno encuentra notable alivio con la aplicacion de un vejigatorio, mientras que en el otro se agravan los sintomas. Es necesario no titubear en este último caso, é insistir nuevamente en las evacuaciones sanguíneas.

¿En qué sitio conviene hacer la aplicacion de los vejigatorios? Cullen, Stoll y Pringle los aplicaban en el pecho; Bagli-

vio los recomendaba en las estremidades inferiores; Mr. Lermnier los aplica primeramente en las piernas, y cuando estos se secan, pone otros dos en los muslos: solo en el caso de hacerse crónica la enfermedad recurre á la aplicacion de un vejigatorio al pecho.

En la época de la convalecencia suele ser muy útil un vejigatorio ó cauterio en un brazo, cuando se conoce que no es completa la resolucion de la neumonia, y despues de haber empleado la sangría del modo que hemos dicho.

Quando todavía hay una reaccion notable, y sin embargo se cree deber recurrir al uso de los revulsivos, en vez de los vejigatorios pueden aplicarse á las estremidades inferiores sinapismos mitigados por la adicion de la harina de linaza. Se halla indicado el sinapismo, dice Quarin, cuando el pulso está todavía lleno, la cara rubicunda, y la piel bastante caliente. En tal caso, añade, las cantáridas aumentarían la fiebre, producirían el delirio, y agravarían todos los síntomas.

Mientras se emplean las sangrías, no debe darse interiormente mas que bebidas emolientes. Frank ha recomendado en este caso el uso de una tisana compuesta con dos libras de cocimiento de cebaba, una dracma de nitrato de potasa, y una onza de oximiel simple. Se ha establecido como precepto que estas bebidas se tomen tibias; mas sin embargo, recordaremos que Sarccone las administraba no solo frias, sino heladas.

No puede dudarse que en cierta época de la enfermedad, cuando se reemplaza la sangría por los revulsivos, se substituyen igualmente con ventaja las simples bebidas emolientes, con medicamentos mas ó menos tónicos y estimulantes. Un número crecido de nuestros enfermos ha usado en esta época, con ventaja indudable, del cocimiento de polígala y del kermes, dado á la dosis de dos ó cuatro granos en una pocion de cuatro onzas. Mas no se crea que estos medios pueden ser realmente útiles cuando hay ya supuracion del pulmon; entonces á lo sumo pueden determinar un poco de reaccion, de la cual resulte una mejoría aparente y poco durable. Quando nos parecen ventajosos estos medicamentos es en los casos, bastante comunes, de hallarse todavía la neumonia en su primer grado, pero estacionaria y exenta de signos locales y generales de reaccion. Parece que, en los casos de esta naturaleza, como hemos manifestado en otro lugar, se halla la flegmasia en un grado inferior á aquel que se necesita para que pueda caminar á su resolucion. El ligero estímulo que los tónicos producen entonces en la economía, favorece esta resolucion del mismo modo que la de otras muchas inflamaciones, tales como la oftalmia, la uretritis cró-

nica, etc. Igual medicacion es tambien manifiestamente útil en el caso de haber desaparecido todo estado inflamatorio, y no quedar mas en el pulmon que un infarto sanguineo ó seroso, puramente pasivo. Hemos citado muchos casos de este género (1).

En casos análogos es tambien frecuente que la administracion de los purgantes vaya seguida de muy buenos efectos. Mas de una vez hemos visto enfermos en quienes no quedaba otro signo de neumonia que un estertor crepitante en un punto mas ó menos estenso de ambos pulmones, ó de uno solo. Habia al mismo tiempo una ligera disnea y tos; el pulso estaba por lo comun sin frecuencia en el estado de reposo, ó no se aceleraba mas que por intervalos. Pues tan diversos sintomas cedian á consecuencia de una, dos ó tres purgas.

Hablemos ahora de los sintomas que pueden exigir alguna modificacion en el tratamiento.

Siempre que el dolor lateral es intenso, debe combatirse por las aplicaciones de sanguijuelas en el sitio mismo del dolor. En semejante caso son las sanguijuelas mucho mas eficaces que la sangría general. Se favorecerá su efecto por la aplicacion, argo tiempo continuada, de cataplasmas emolientes y fomentos de igual naturaleza. En los niños, cuyas paredes torácicas son muy delgadas, no solo moderan estas aplicaciones el dolor pleurítico, sino que parece estenderse tambien su efecto al pulmon inflamado.

Ya hemos insistido particularmente acerca de las causas diversas de la supresion de los esputos. Segun la naturaleza de ellas, debe procurarse el restablecimiento de la expectoracion, ya por medio de la sangría y los antilogísticos, ya por los diferentes remedios estimulantes que se conocen con el nombre de expectorantes, tales como el kermes, el oximiel escilítico, etc. Aunque se ha abusado mucho de esta clase de remedios, parecen ser principalmente útiles cuando los enfermos no tienen bastante fuerza para arrojar la materia tenaz y viscosa que obstruye los bronquios. De aquí resulta una nueva causa de disnea que por sí sola puede determinar la muerte. En casos semejantes se ha facilitado algunas veces la expectoracion, haciendo respirar á los enfermos el vapor del agua ligeramente acidulada con vinagre.

---

(1) No cesaremos de insistir acerca de estos casos notables, en que un órgano continua siendo el asiento de una hiperemia enteramente pasiva despues de cesar la irritación que produjo su congestion activa. (*Véase Précis d'anatomie pathologique.*)

Tambien hemos hablado ya de los casos en que puede ser necesaria la administracion de un emético. Dejamos advertido que se ha exagerado el número de las neumonias llamadas biliosas, pero que sin embargo puede darse un vomitivo con ventaja cuando existen síntomas evidentes de embarazo gástrico. Solo de un modo excepcional puede ser útil la accion revulsiva de los eméticos en la neumonia aguda.

Sujetos hay que, en virtud de una disposicion especial, no son nunca acometidos de una inflamacion cualquiera, sin que se manifiesten síntomas nerviosos mas ó menos graves. Otros caen, con motivo de la inflamacion mas leve, en un estado real de postracion. En el primer caso deben hacerse al cuello, ó detrás de las orejas, numerosas aplicaciones de sanguijuelas, y no recurrir á los revulsivos sino con mucha cautela. En el segundo es el tratamiento muy difícil y embarazoso: las sangrias deben ser menos abundantes, y las bebidas emolientes no pueden continuarse por largo tiempo. Se recurrirá mas pronto á los revulsivos, aplicándolos sucesivamente en distintos puntos de la periferia del cuerpo, y sino hay complicacion gástrica se administrarán los tónicos. Pero con mucha frecuencia no es mas que aparente semejante estado adinámico; depende de la coexistencia de una flegmasia gastro-intestinal, y reclama por consiguiente un tratamiento muy distinto. La buena y verdadera medicina consiste en saber distinguir estos diferentes estados, y no en quererlos reducir todos á uno solo.

En los últimos tiempos se ha aplicado á la pulmonía el tratamiento contra-estimulante, y se han empleado principalmente para combatirla las preparaciones antimoniales á dosis alta. He repetido estos experimentos, y he aqui el resultado que me han proporcionado.

He administrado el tártaro estibiado desde la dosis deseis granos hasta la de treinta y dos en las veinticuatro horas, continuando su uso muchos dias seguidos, y propinándole ya diluido en cuatro vasos de infusion de hojas de naranjo, ya concentrado en una pocion de cinco onzas.

En ningun caso, escepto en dos que hemos citado (tomo III de la Clínica), hemos visto que resulte ningun accidente grave de este género de medicacion: unas veces no ofrecieron los enfermos ningun signo de irritacion de las vias digestivas, no tuvieron náuseas, ni vómitos, ni diarrea, ni dolor abdominal, ni dejó la lengua de estar húmeda y exenta de rubicundez; otras sobrevinieron náuseas, tan molestas en algunos enfermos, que no pudieron seguir usando el medicamento: por último, otras veces tuvieron vómitos y diarrea. Pero

en todos los casos sometidos á nuestra observacion, nos ha bastado suspender el uso del tártaro estibiado para ver desaparecer estos accidentes.

Síguese de tales hechos que el tártaro emético puede administrarse á dosis alta durante muchos dias seguidos, sin que, en la inmensa mayoría de los casos, vaya acompañado su uso de accidentes graves por parte de las vias digestivas. ¿Pero es realmente útil este medicamento? Responderemos que, sin pretender negar lo asegurado por otros, en ninguno de los casos que hemos podido observar ha ejercido el tártaro estibiado á dosis alta influencia ventajosa sobre la pulmonía. Tampoco me ha parecido este medicamento mas eficaz en los casos en que era *tolerado* por las vias digestivas, que cuando producía náuseas repetidas, vómitos ó diarrea.

Tambien he ensayado contra la neumonia el óxido blanco de antimonio, administrándole desde la dosis de una dracma hasta la de ocho en las veinticuatro horas, suspendido en un looc ó en cinco onzas de una pocion; pero en ningun caso he visto á este medicamento, que suponía bien lavado, producir trastornos apreciables en las vias digestivas; de manera que parecia introducirse en ellas un polvo inerte. Nunca he visto, como se asegura, que el óxido blanco de antimonio disminuya la frecuencia de la respiracion y de la circulacion. Respecto á su influencia terapéutica me ha parecido siempre muy poco notable, y dudo mucho, ateniéndome á mis observaciones, que este agente haya sido nunca de alguna utilidad en las enfermedades contra quienes se ha empleado.

The first part of the book is devoted to a general history of the world, from the beginning of time to the present day. The author discusses the various civilizations that have flourished on the earth, and the progress of human knowledge and industry. He also touches upon the different religions and philosophies that have shaped the human mind.

The second part of the book is a detailed account of the history of the British Empire, from its early beginnings in the Americas to its present-day extent. The author describes the various colonies and territories that have been acquired by Great Britain, and the role of the British in the development of these lands. He also discusses the political and social changes that have taken place in the Empire over the years.

The third part of the book is a history of the world's great powers, from the rise of Rome to the present day. The author discusses the various empires and nations that have dominated the world, and the causes of their rise and fall. He also touches upon the different theories of international relations and the role of the United Nations in the modern world.

The fourth part of the book is a history of the world's great religions, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various faiths that have shaped the human mind, and the role of religion in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of religion and the role of the clergy in the modern world.

The fifth part of the book is a history of the world's great philosophies, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various schools of thought that have shaped the human mind, and the role of philosophy in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of philosophy and the role of the philosopher in the modern world.

The sixth part of the book is a history of the world's great literatures, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various works of literature that have shaped the human mind, and the role of literature in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of literature and the role of the writer in the modern world.

The seventh part of the book is a history of the world's great arts, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various works of art that have shaped the human mind, and the role of art in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of art and the role of the artist in the modern world.

The eighth part of the book is a history of the world's great sciences, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various discoveries and inventions that have shaped the human mind, and the role of science in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of science and the role of the scientist in the modern world.

The ninth part of the book is a history of the world's great sports, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various games and activities that have shaped the human mind, and the role of sports in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of sports and the role of the athlete in the modern world.

The tenth part of the book is a history of the world's great music, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various compositions and performances that have shaped the human mind, and the role of music in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of music and the role of the musician in the modern world.

The eleventh part of the book is a history of the world's great dance, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various styles and performances that have shaped the human mind, and the role of dance in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of dance and the role of the dancer in the modern world.

The twelfth part of the book is a history of the world's great theater, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various plays and performances that have shaped the human mind, and the role of theater in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of theater and the role of the actor in the modern world.

The thirteenth part of the book is a history of the world's great cinema, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various films and performances that have shaped the human mind, and the role of cinema in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of cinema and the role of the actor in the modern world.

The fourteenth part of the book is a history of the world's great television, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various programs and performances that have shaped the human mind, and the role of television in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of television and the role of the actor in the modern world.

The fifteenth part of the book is a history of the world's great radio, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various programs and performances that have shaped the human mind, and the role of radio in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of radio and the role of the actor in the modern world.

The sixteenth part of the book is a history of the world's great internet, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various websites and performances that have shaped the human mind, and the role of the internet in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of the internet and the role of the actor in the modern world.

The seventeenth part of the book is a history of the world's great mobile phones, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various devices and performances that have shaped the human mind, and the role of mobile phones in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of mobile phones and the role of the actor in the modern world.

The eighteenth part of the book is a history of the world's great social media, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various platforms and performances that have shaped the human mind, and the role of social media in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of social media and the role of the actor in the modern world.

The nineteenth part of the book is a history of the world's great artificial intelligence, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various programs and performances that have shaped the human mind, and the role of artificial intelligence in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of artificial intelligence and the role of the actor in the modern world.

The twentieth part of the book is a history of the world's great space exploration, from the early days of the world to the present day. The author discusses the various missions and performances that have shaped the human mind, and the role of space exploration in the development of human civilization. He also touches upon the different theories of the origin of space exploration and the role of the actor in the modern world.

# INDICE

de las

## MATERIAS CONTENIDAS EN ESTE TOMO.

	Pág.
<i>Observaciones sobre las enfermedades del pecho. . . . .</i>	9

### LIBRO PRIMERO.

<i>Enfermedades del corazon. . . . .</i>	<i>id.</i>
--	------------

#### SECCION PRIMERA.

<i>Observaciones sobre las enfermedades del pericardio. . . . .</i>	<i>id.</i>
CAPITULO I. <i>Observaciones sobre la pericarditis aguda. . . . .</i>	10
ARTICULO I. <i>Pericarditis aguda con sintomas característicos. . . . .</i>	11
ART. II. <i>Pericarditis aguda sin dolor, pero con disnea. . . . .</i>	21
ART. III. <i>Pericarditis aguda sin ningun sintoma característico. . . . .</i>	27
CAP. II. <i>Observaciones sobre la pericarditis crónica. . . . .</i>	29

#### SECCION SEGUNDA.

<i>Observaciones sobre las enfermedades de la sustancia carnosa del corazon y de su membrana interna. . . . .</i>	35
CAPITULO I. <i>Lesiones que existen al principio de las enfermedades del corazon.—Sintomas de estas lesiones. . . . .</i>	36
CAP. II. <i>Lesiones de órganos ó de funciones que resultan del trastorno que sufre la circulacion arterial en los casos de enfermedades del corazon. . . . .</i>	52
CAP. III. <i>Lesiones de órganos ó de funciones que resultan del trastorno sufrido por la circulacion venosa en los casos de enfermedades del corazon. . . . .</i>	59
ARTICULO I. <i>Congestiones sanguíneas. . . . .</i>	60
ART. II. <i>Congestiones serosas. . . . .</i>	81
ART. III. <i>Lesiones del corazon reveladas por la auscultacion. . . . .</i>	105

## LIBRO SEGUNDO.

<i>Enfermedades de los pulmones.</i> . . . . .	109
--	-----

### SECCION PRIMERA.

<i>Enfermedades de los bronquios.</i> . . . . .	115
CAPITULO I. <i>Investigaciones sobre algunas alteraciones de testura de las paredes de los bronquios, y sobre los síntomas de estas alteraciones.</i> . . . . .	<i>id.</i>
ARTICULO I. <i>Alteraciones que produce la inflamacion en las paredes de los bronquios.</i> . . . . .	116
ART. II. <i>Investigaciones que sirven para la historia del angostamiento y la obliteracion de los bronquios.</i> . . . . .	122
ART. III. <i>Investigaciones que sirven para la historia de la dilatacion de los bronquios.</i> . . . . .	133
CAP. II. <i>Investigaciones acerca de los cambios en las secreciones de la membrana mucosa de los bronquios, y sobre los síntomas que de ellos resultan.</i> . . . . .	142

### SECCION SEGUNDA.

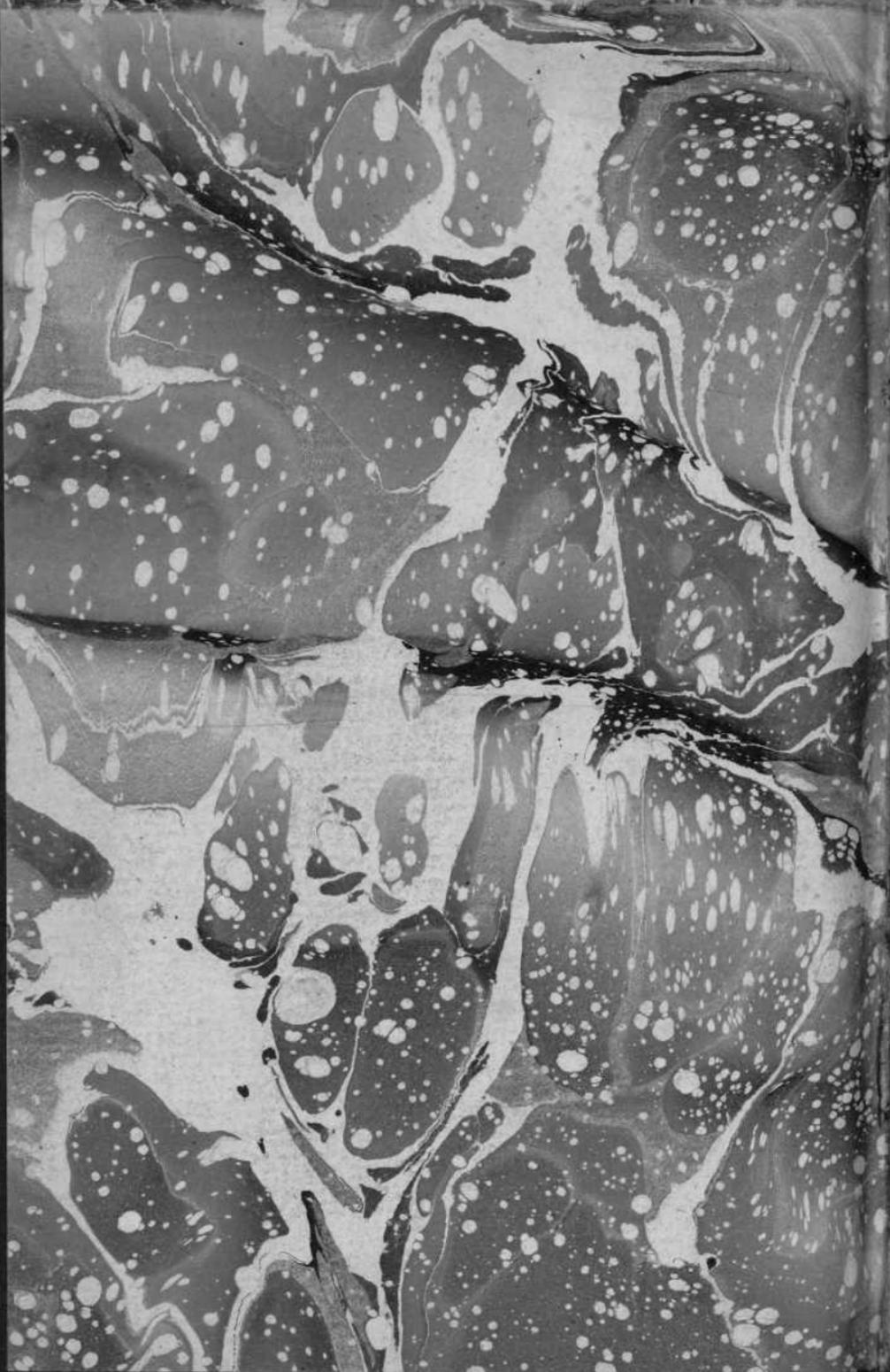
<i>Observaciones sobre la pleuro-neumonía.</i> . . . . .	174
CAPITULO I. <i>Pleuro-neumonías anunciadas por el conjunto de sus síntomas característicos.</i> . . . . .	175
ARTICULO I. <i>Pleuro-neumonías en el primer grado. (Infarto).</i> . . . . .	<i>id.</i>
ART. II. <i>Pleuro-neumonías en segundo grado. (Hepaticización roja).</i> . . . . .	193
ART. III. <i>Pleuro-neumonías en tercer grado. (Hepaticización gris ó supuración del pulmón).</i> . . . . .	220
CAP. II. <i>Pleuro-neumonías en las cuales falta algún síntoma característico.</i> . . . . .	231
ARTICULO I. <i>Falta de los signos que suministran la auscultación y la percusión.</i> . . . . .	<i>id.</i>
ART. II. <i>Falta de los signos que suministra la expectoración.</i> . . . . .	242
ART. III. <i>Falta simultánea de los signos suministrados por la auscultación, la percusión y la expectoración.</i> . . . . .	254
CAP. III. <i>Pleuro-neumonías complicadas con otras afecciones.</i> . . . . .	256
CAP. IV. <i>Terminación de la pleuro-neumonía por gangrena.</i> . . . . .	290
CAP. V. <i>Resumen ó historia general de la pleuro-neumonía.</i> . . . . .	298

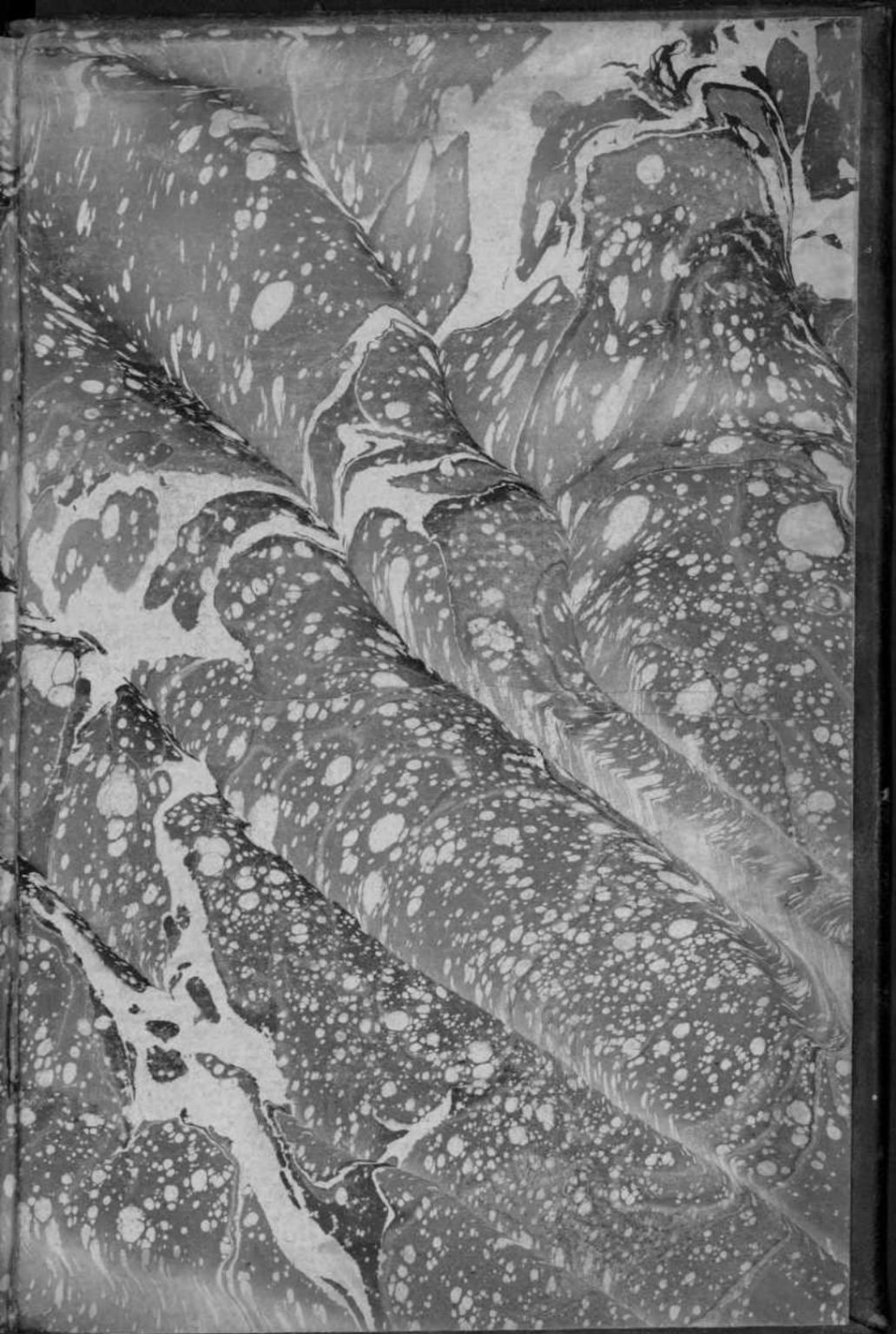
**ERRATA NOTABLE.**

En la pág. 105 se pone ARTÍCULO IV, debiendo ser ARTÍCULO III.



41-1-1





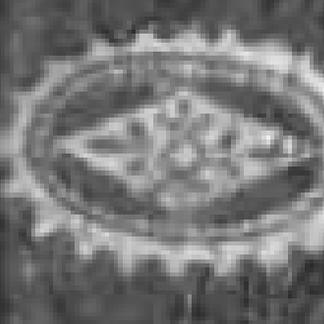


10



ANDRAL.

CLINICA



1



16.783

