

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

Nº 25.

ESTUDIO

SOBRE

LA NEUMONÍA FIBRINOSA

CONSIDERADA PARTICULARMENTE EN EL ADULTO

TÉSIS

PARA

EL EXÁMEN DE MEDICINA, CIRUGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTADA AL JURADO CALIFICADOR

POR

CASIMIRO PRECIADO

ALUMNO DE LA ESCUELA N. DE MEDICINA DE MÉXICO
Y DE LA ESCUELA PRÁCTICA MÉDICO-MILITAR, MIEMBRO DE LA SOCIEDAD FILOIÁTRICA;
EX-PRACTICANTE DEL HOSPITAL "MORELOS;" ASPIRANTE DEL CUERPO MÉDICO
DE SANIDAD DEL EJÉRCITO MEXICANO.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,

BAJOS DE SAN AGUSTIN NUM. 1.

1883



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

PHYSICS

THE UNIVERSITY OF MICHIGAN LIBRARY

PHYSICS

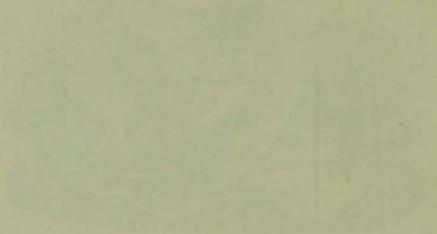
PHYSICS

PHYSICS

PHYSICS

CASIMIRO PREGA DO

PHYSICS



PHYSICS

PHYSICS

PHYSICS

PHYSICS

A MIS MAESTROS

En la Escuela N.º de Medicina de México:

Señal muestra de gratitud.

A LOS SEÑORES DOCTORES

Francisco Montes de Oca, Nicolás San Juan

y

Ramón Macías.

MANIFESTACION DE MI CARIÑO Y GRATITUD.

A MIS PREDILECTOS AMIGOS

LOS SEÑORES

Ingeniero Marcos Gomez, Casimiro Galindo

Y

Agustin Aguirre.

A LOS PROFESORES

De la Escuela práctica Médico-Militar.

AL SR. LICENCIADO

Don Luis Gutierrez Otero:

DEBIL MUESTRA DE APRECIO.

I

NEUMONÍA FIBRINOSA.

DEFINICION.—La neumonía fibrinosa es la inflamacion aguda del parenquima pulmonar.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.—Son muy variadas las causas que pueden dar lugar á la flogosis de un órgano tan importante como es el pulmon: la naturaleza puso un aparato de tanta trascendencia para lo economía, bajo la proteccion de barreras tan firmes como son las paredes torácicas reforzadas por las gruesas capas de músculos que circundan el estuche huesoso que abriga el pulmon; una capa de grasa más ó menos gruesa segun los individuos; y por último, inmediatamente en contacto, una verdadera cortina, un abrigo más íntimo que, á la vez que sirviera de medio de deslizamiento, le siguiera en sus movimientos y participara de su alteracion en muchísimas circunstancias. El diafragma en su parte inferior le pone un límite, más allá del cual no puede pasar sin apartarse de las reglas trazadas de antemano y señaladas en su mismo funcionamiento orgánico. *Las leyes de la Fiosología de un órgano no pueden ser alteradas sin que el órgano desmerezca en su funcion.* Dividido como se encuentra el pulmon en dos porciones de desigual tamaño, derecha é izquierda, y cada una de éstas subdividida en varios lóbulos, dos para el izquierdo y tres para el derecho, regados por sangre impura en un momento dado y que se vivifica constantemente para despues dar vida á otros diversos elementos del organismo humano, se concibe cuán grandes deberian ser los trastornos que ocasionara en la máquina humana esta víscera al inflamarse.

En el pulmon, lo mismo que en otros muchos órganos, encontramos *algo* que le predispone á sufrir; una debilidad orgánica que le vuelve fácilmente inflamable; una delicadeza especial que no sabiendo cómo explicarnos este *déficit* de

nuestros conocimientos, nos contentamos con llamarle *idiosincracia*.

En la edad encontramos una especie de subterfugio donde dar cabida á las causas predisponentes de la neumonía. En el niño que comienza á respirar un aire que constituye para él un medio distinto del que habitaba ántes de nacer, si no se le rodea de un ambiente tibio, verémos en él no muy tarde aparecer los signos de una verdadera neumonía. En el anciano, en quien el cansancio natural de los órganos marcha á la par de los años, verémos esos tejidos poco sensibles y perezosos manifestarse intolerantes al menor cambio brusco de temperatura, y la inflamacion pulmonar presentar síntomas generales alarmantísimos, algunas veces haciendo un verdadero contraste con la lesion local que apénas revela su existencia por uno que otro signo físico en el pulmon: otras veces pasará lo contrario.

Los hechos tienden á demostrar que es más frecuente la neumonía en el hombre que en la mujer, tal vez debido á los destinos especiales á que ella se consagra, tratándose por lo ménos de pueblos civilizados.

El temperamento sanguíneo en virtud del mayor vigor y desarrollo de los órganos, pareceria exponer ménos á los individuos que le llevan, que aquellos que mucho se alejan de él; pero no es esto así, sino que se ve con mucha frecuencia que dichos individuos pagan su tributo al gran mal de que me ocupo.

Los otros temperamentos pueden más bien ser considerados como circunstancias predisponentes y como verdaderas influencias que intervienen en el cortejo sintomatológico que debe revestir la neumonía en un caso determinado.

Hay ciertas ocupaciones que mucho merecen llamar nuestra atencion tratándose de la pulmonía considerada como punto de estudio. Gentes hay que por su indolencia se abandonan á la intemperie pagando su negligencia con el desarrollo de una enfermedad que las arrastrará á la tumba, otras que por su miseria y penosa situacion carecen del pan necesario para sustentarse y un abrigo para poder resistir á las influencias exteriores con que el infortunio las azota.

Hablando de condiciones sociales no podría pasar por alto ciertas particularidades dignas de notarse á propósito de la neumonía, de su frecuencia, de su gravedad y de su marcha en nuestro ejército. Desde que concurrí por vez primera al Hospital de San Lúcas, año de 1881, ví, no sin asombro, el sinnúmero de individuos atacados de neumonía aguda que constantemente se trataban en este hospital, el aumento en ciertos meses y la manera tan diferente como se presenta la curva de mortalidad en nuestros desdichados soldados. También me ha llamado la atención el ver que A. Laveran no hiciera mención de su frecuencia en el ejército francés, y tanto más cuanto que al ménos entre nosotros hay épocas del año en que se presenta con un carácter verdaderamente epidémico.

No podré alejarme mucho del estudio etiológico que he emprendido sin indicar la influencia que la topografía de un lugar tiene á propósito de la aparición de la enfermedad que me ocupa, y parece que la Mesa Central del Valle de México, goza, no lo dudemos, de este triste privilegio, y particularmente en ciertas estaciones del año, como podrá verse en el cuadro estadístico que más adelante presento.

Basta el tránsito de un lugar á otro para ver en ciertos individuos aparecer esta lesión; y como ejemplo aún recuerdo el caro tributo que pagó el 2º Batallón de línea en el momento de su arribo de las costas de Tampico á nuestra capital y hecho más lamentable: estos individuos llegaron á México en la época en que la neumonía hacia sus más fuertes estragos en la capital. En estos individuos se notaba, además de una manera palpable, la terrible influencia que tenia el envenenamiento palustre en la gravedad de la pulmonía.

Una circunstancia no ménos digna de notarse, y sobre la que llama la atención de sus discípulos el Dr. Lucio, es la aparición de la neumonía en mayor escala durante la misma época del año en París y en México, siendo distintas las impresiones que la atmósfera reproduce en el organismo, supuesto que, mientras que en París se siente frío, en México predomina el calor; de donde infiere que no debemos acusar á este agente como productor de esta afección, sino que es preciso buscar su causa en otra parte. Una prueba un poco ménos

demostrativa tenemos en el menor desarrollo de las neumonías en los países fríos en donde la atmósfera, aunque fría, es uniforme.

Sin convenir en que el frío sea el agente único en el desarrollo de la neumonía, no podremos negar que el cambio brusco de un estado térmico á otro ménos elevado y dadas ciertas condiciones del funcionamiento orgánico que no nos es posible apreciar, dada la susceptibilidad del individuo; en estas circunstancias se desarrolla la chispa que tiene que producir el incendio pulmonar.

He visto alguna vez que la salida de un aposento donde se respiraba un aire tibio, á una atmósfera un poco más libre y cargada de vapores húmedos, haya podido ser causa determinante de una neumonía: un hecho semejante ha pasado en un compañero nuestro.

Una mujer de 54 años ha sido víctima de una neumonía despues de haber sufrido un ligero chisporroteo de agua.

En nuestros soldados y en muchas gentes del pueblo hay un medio antihigiénico, brutal, y que no puede considerarse sino emanado de la ignorancia de los que les gobiernan y son sus inmediatos superiores, y es el de sujetarlos al baño de agua fría con el objeto de disipar la embriaguez que en malhadada hora les expone á sufrir un castigo ó un remedio de tanta trascendencia para su vida. Es tanto más grave, cuanto que está demostrado, que el pulmon en los alcohólicos vive atascado de sangre, estado el más oportuno para despues de un enfriamiento brusco ser víctimas de una pulmonía; por tanto llamo la atencion de los médicos militares para oponer toda resistencia á que se propague tan antihigiénica costumbre y evitarla cuando esto sea posible. ¿De qué manera un cambio brusco de temperatura puede ocasionar una neumonía?

Antes de resolver esta cuestion necesito hacer algunas reflexiones que sirvan de base para evidenciar este asunto.

Fisiológicamente hablando, existe una relacion constante entre el sistema cutáneo y el aparato pulmonar: la piel está encargada de proteger á los órganos que cubre: es un órgano por donde se hace la purificacion del cuerpo humano: existen en ella filetes nerviosos capaces de producir un reflejo

cuando son excitados y comunicarlo al aparato respiratorio: circula en ella sangre que puede aumentar ó disminuir en un momento dado y afluir de este aparato á los órganos centrales.

La Patología nos demuestra esta intimidad funcional: cuando la piel es excitada, el pulmon funciona más enérgicamente: este recurso es aprovechado por los médicos en ciertas circunstancias, de asfixia, por ejemplo, en donde basta hacer una excitacion enérgica de la piel para hacer funcionar el aparato respiratorio.

En los casos en que hay un fuerte calosfrio, como pasa en las intermitentes paludeanas, por ejemplo, la sangre se escapa de la periferia para ir á refugiarse en los órganos centrales; en las que maduras vastas de la piel, hay congestion y aún verdadera inflamacion de los órganos más vasculares de la economía. Si se suprime la funcion respiratoria de la piel como lo hacen los fisiologistas, se ve que vienen trastornos graves en los órganos centrales.

Por otra parte, en el pulmon tenemos cierta debilidad que existe *de por sí* en algunos individuos, constituyendo el punto más vulnerable de la economía. Hay circuntancias debilitantes que tienden á deteriorar todo el organismo, y su influencia se hará mucho más marcada en aquellos puntos que por su constitucion histológica son mas débiles. Peter tiende á demostrar que histológicamente hablando, el vértice pulmonar, principalmente en individuos deteriorados, envejece más pronto que cualquiera otro órgano.

El pulmon cuando mucho trabaja, se gasta, y se debilita como le oí decir alguna vez al Dr. Macías, y en la Mesa Central de México es uno de los aparatos que más activamente funcionan por razon de su altura sobre el nivel del mar.

La atmósfera de México está constantemente envenenada por productos miasmáticos de diversos orígenes figurando entre otros el veneno paludeano, y como son absorbidos en pequeña cantidad, impresionan lentamente al organismo: pero cuando la absorcion es mayor, el organismo se reciente de una manera notable. La mejor prueba que se puede dar de este envenenamiento miasmático es ese trastorno particular de la economía que viene despues de una permanencia de 24 ho-

ras, por ejemplo en un hospital, como pasa con los aspirantes de medicina despues de una guardia, en donde se ven obligados en cumplimiento de sus obligaciones á respirar el aire envenenado de las salas, no obstante las condiciones particulares de nuestro Hospital Militar que bajo el punto de vista higiénico supera á los demás hospitales.

Está perfectamente demostrado, que los traumatismos ocasionan la inflamacion de los órganos, y que la fuerza que se necesita emplear para provocarla es tantas veces menor cuantas mayor es la debilidad de un órgano: en la conjuntiva ocular basta el contacto del aire para producirla; en un alcohólico, basta una ligera contusion para provocar una inflamacion: aquella nada produciria en un individuo de otras costumbres.

Todas las proposiciones anteriormente asentadas, me parecen tan evidentes, que me evitan entrar en demostraciones detalladas, y tienden, á mi modo de ver, á probar que existe en los habitantes de la Mesa central de México una predisposicion especial en las celdillas pulmonares que las vuelve fácilmente inflamables, puesto que la mayor parte de las circunstancias anteriormente enumeradas, son aplicables á los habitantes de México.

Una vez supuesta la predisposicion del aparato pulmonar, ¿cómo se produce la inflamacion de este órgano? Es sabido que una de las particularidades más características del clima de México son sus variaciones bruscas de temperatura como lo demuestran las publicaciones diarias de nuestro Observatorio Meteorológico Central. Estas variaciones bruscas de temperatura traen como consecuencia la supresion momentánea de las funciones de la piel por *via de enfriamiento*.

En estos momentos se produce el fenómeno reflejo que trae consigo el aumento exagerado en las funciones de las celdillas pulmonares: la sangre que circulaba en la superficie cutánea huye hácia los órganos centrales: la lucha se establece entre la celdilla pulmonar que resiste, y la sangre que afluye en estos momentos en mayor abundancia: la potencia predomina: *el pulmon recibe un choque ocasionado por la afluencia considerable de sangre precisamente en el momento en que el fenómeno reflejo pone en plena actividad á las celdillas pul-*

monares, y del choque entre las celdillas y la sangre afluyente resulta la inflamacion, como el martillo que percute sobre una sustancia inflamable cualquiera produce el desarrollo exagerado de calor ó la combustion.

Tal es mi modo de ver sobre la patogenia de la flogosis pulmonar causada *a frigore*. Esta inflamacion resulta del choque, en un momento dado, entre la sangre y la sustancia pulmonar.

Existen algunas otras causas de neumonía aguda considerada en el adulto, como son las violencias exteriores, la piohemia, el tifo, la pericarditis, &c.; pero como mi objeto es ocuparme únicamente del estudio de la neumonía considerada en el adulto y *a frigore*, paso por alto las demás causas que pueden originarla. Hay autores que consideran la neumonía como epidémica y contagiosa.

II

ESTUDIO ANÁTOMO-PATOLÓGICO.

La neumonía, revelándose por síntomas generales y por síntomas locales, natural parece encontrar estas manifestaciones en todos los órganos; pero los anátomo-patologistas se han limitado á buscar estas alteraciones únicamente en el pulmon: siguiendo su ejemplo, estudiaré las manifestaciones que encontramos en este órgano. Durante el primer período de la neumonía es raro que un individuo sucumba; pero no lo es en el segundo ni mucho ménos en el tercer período: por otra parte, cuando un individuo muere de una enfermedad de esta naturaleza, no es raro encontrar en uno ó en los dos pulmones el desarrollo sucesivo de los tres períodos.

Las lesiones anatómicas que encontramos en un pulmon de un individuo que sucumbe de pulmonía, las podemos dividir en *macroscópicas* y *microscópicas*. En el período de hiperhemia

pulmonar, encontramos el órgano congestionado. El pulmon presenta en estos momentos un color rojo simplemente ó rojo oscuro; se hace más pesado, más compacto, apenas crepita por la presion, y si ésta se hace debajo del agua una que otra burbuja de aire aparece en la superficie del líquido.

Cuando se divide el pulmon por medió del bisturí escurre un líquido rojizo sanguinolento y espumoso, sin ninguna otra alteracion notable. Los nervios que se dirigen al pulmon, participan de la hiperhemia y presentan, como lo ha demostrado el Dr. Macías, los signos de una inflamacion. El tejido pulmonar se vuelve más quebradizo, y puesto en una vasija conteniendo agua, se va al fondo. Estos signos pertenecen á cualquiera hiperhemia, sea cual fuere su causa. Lo que hace decir á Grisolle y Bouillaud que es frecuentemente difícil, si no imposible, determinar si el infarto pulmonar es de origen mecánico ó inflamatorio.

E. Voillez, que se coloca bajo el punto de vista clínico, no ve en la hiperhemia pulmonar, sino una simple congestion, pues la verdadera inflamacion *no se caracteriza sino por el exudado fibrinoso* que es el que acompaña á la hepatizacion.

La hepatizacion roja presenta caractéres bien conocidos, y son: la coloracion roja del tejido pulmonar, que es á la vez pesado, compacto, quebradizo. Al corte se presenta como el tejido hepático, con innumerables granulaciones rojas que son las vesículas repletas por el exudado fibrinoso.

La hepatizacion gris á la cual Voillez prefiere dar el nombre de *hepatizacion supurada*, difiere de la precedente por su coloracion que es gris y por el escurrimiento de pus.

Microscópicamente consideradas las alteraciones del pulmon, tenemos que concordar y relacionar los hechos con las alteraciones ántes descritas. Virchow admite como uno de los principales caractéres de la inflamacion, la hipergenesis celular, y combate por cuantos medios le son posibles la hiperhemia como primer período de la inflamacion: no cabe duda que la hiperhemia de los órganos puede existir aisladamente, sin que de su existencia siga de una manera precisa la inflamacion: pero cuando la inflamacion se caracteriza por el exudado fibrinoso, la dilatacion vascular ha tenido que presidir á la

imbibición de los tejidos por el suero sanguíneo, y á la infiltración plástica como á la hipergénesis celular.

En el período supurativo la sustancia intercelular, de aspecto fibrilar, tiende á desaparecer; se divide, se vuelve gelatinosa, después líquida, y por último, el pus está en estos momentos constituido por células y líquido seroso, mezclado con tejido conjuntivo. Tal es el modo de ver de Billroth.

Segun Gubler, quien llama la neumonía franca hemorrágica, la sangre será derramada *in natura* en las vesículas pulmonares y en los pequeños bronquios.

Este modo de ver viene hasta cierto punto en apoyo de la manera cómo me explico la aparición de la neumonía por enfriamiento: en los casos de derrame intravesicular *in natura*, la sangre ha hecho su llegada al pulmón con tanta fuerza, que ha sido suficiente para romper los vasos del tejido pulmonar: lo mismo que las contusiones hechas en un punto donde podemos verlas de una manera apreciable.

III

SINTOMATOLOGÍA.

Son muy variados los síntomas con que se nos puede revelar una neumonía aguda: sin embargo, tengo que hacer una gran división que relacione las alteraciones estáticas con las dinámicas; y por lo mismo tendré que considerar en primer lugar los síntomas generales, y después las alteraciones locales á que da lugar esta enfermedad.

El calosfrío es uno de los primeros datos que el enfermo nos da, nos asegura haberlo sentido y muchas veces es fácil cerciorarse uno mismo de este hecho.

Es importante que el médico haga una distinción entre el calosfrío y la simple horripilación que sufren los enfermos que llevan un padecimiento inflamatorio, ó simplemente una calentura que no depende de aquel: esta horripilación, que no

puede considerarse sino como un grado ínfimo del calosfrío, no tiene gran significacion cuando uno trata de orientarse en tal ó cual sentido; no es lo mismo con el verdadero calosfrío, en donde es necesario tener en cuenta el momento en que apareció.

Cuando se relaciona con un padecimiento inflamatorio no tiene hora fija, aparece desde el momento en que la inflamacion se produce y ésta puede comenzar indistintamente.

Otro dato que debe tenerse en cuenta es, que las enfermedades que comienzan con un fuerte calosfrío repentino y sin tener hora fija son un poco limitadas y que se puede en algunos casos seguir un interrogatorio en determinado sentido; se sabe, por otra parte, que la calentura de origen palustre presenta sus exacerbaciones en la primera mitad del día médico como le llama Jaccoud. Hay que tener en cuenta si el calosfrío ha sido único, ó si se ha repetido: el que anuncia una neumonía franca, cuando no falta, casi siempre es único.

Es necesario tener en cuenta cuál ha sido su duracion y la manera cómo termina. El calosfrío de una neumonía franca, dura por término medio dos horas, pudiendo ser desde un cuarto de hora hasta dos horas y media su duracion.

Es preciso cerciorarse cómo termina el calosfrío: relacionado con una neumonía es seguido de una sensacion rápida de calor que persiste durante toda su evolucion.

Tiene el calosfrío un gran valor cuando viene en un individuo en buen estado de salud ó despues de haber cometido alguna imprudencia que le expone á sufrir un enfriamiento.

El calosfrío puede venir en el momento de la aparicion de una neumonía como llevo dicho, durante el período de evolucion de ésta, como sucede en aquellas personas que están bajo la influencia del envenenamiento palustre, como he tenido oportunidad de estudiarlo en muchos individuos de la clase de tropa venidos á México y procedentes de las costas de Tampico: se ve cuando un nuevo foco pulmonar aparece en el mismo pulmon ó en el pulmon no afectado.

Tambien suele verse en los casos en que la enfermedad primitiva se complica de alguna otra afeccion inflamatoria, como pasó con un enfermo que ocupaba la cama núm. 17 de

la 1ª sala de medicina en donde repitió dos veces el calosfrío: la primera vez nos participaba la aparición de una neumonía en el pulmon del lado izquierdo que habia quedado bien; el tercer calosfrío se desarrolló cuando la neumonía secundaria iba á terminar, y nos indicaba la aparición de un flegmon de Retzius.

Se puede decir, en resúmen, que el calosfrío, siendo único, brusco en su aparición, de una duracion larga, viniendo en un individuo que no tenia ninguna enfermedad anterior y que ha sufrido un enfriamiento, es una fuerte presuncion en favor de una neumonía, y tanta más probabilidad hay de creerlo si se acompaña del cortejo de síntomas que comunmente aparecen en esa enfermedad.

CALENTURA.—La elevacion de temperatura es uno de los fenómenos constantes de la neumonía; los trastornos que le acompañan se circunscriben principalmente á la calorificacion, á los fenómenos nutritivos, á los circulatorios y de inervacion, como lo dice muy bien Jaccoud. En la neumonía es necesario nunca olvidar dos principales fenómenos: la elevacion de la temperatura y la frecuencia del pulso. La temperatura comienza á elevarse y llega á su máximo ántes de que ningun signo físico apreciable nos sea permitido oír en el pulmon, como pasa en muchísimos casos: desaparece tambien aun cuando los signos físicos persistan en el pulmon. La calentura comienza á descender desde el tercero al quinto dia poco á poco, ó de una manera brusca que es lo más comunmente observado.

Insistiré un poco más sobre este fenómeno cuando me ocupe de la marcha que sigue la neumonía franca. La mayor elevacion de temperatura que he podido observar en los casos de neumonía franca, sin complicacion, ha sido de 40-5, y ni en los casos en que he visto la neumonía ser doble, he observado un aumento mayor. El más grande aumento de calentura que he visto, ha sido de 41.5, pero habia una meningitis cerebral concomitante.

PULSO.—Los primeros caracteres que se le tienen que estudiar son: su frecuencia que nunca falta en la neumonía aguda: el ritmo, que puede indicarnos cuál es el estado del corazon, la amplitud, que nos indica cómo se encuentran los orifi-

cios y las válvulas cardíacas, la forma que nos indica cómo se encuentran los vasos. Las intermitencias del pulso en la neumonía como en cualquier estado patológico, son de un pronóstico desfavorable. Por último, tenemos que considerar el pulso en sus relaciones con la temperatura y la respiración; este enlace íntimo en estas tres manifestaciones funcionales nos detendrá más al tratar del pronóstico. Por de pronto me limitaré á decir, que en cuanto á frecuencia no hay una íntima relación entre la del pulso y la temperatura: en varios casos en que he podido seguir detalladamente este estudio he visto que no marchan en la mayor parte de los casos al unísono la frecuencia del pulso y la de la respiración, y que el pulso tiene más circunstancias que pueden influenciarla que la respiración. En cuanto á los demás caracteres del pulso, éstos se relacionan á una complicación, y su estudio solo en este sentido debía detenernos.

DOLOR.—En la neumonía es casi constante: es uno de los primeros signos racionales que el enfermo nos acusa: existe del mismo lado donde el pulmón padece: algunas veces puede existir del lado opuesto: yo nunca he observado un caso de esta naturaleza, y en caso de que éste exista en una neumonía *a frigore*, puede relacionarse á un padecimiento de origen reumatismal. Los movimientos le exacerban: la presión le despierta: la percusión aumenta su intensidad. Según algunos autores, entre otros Peter, este dolor se relaciona á una pleuritis concomitante; para otros, serán los nervios intercostales los que se encuentren atacados en esta enfermedad.

La existencia del dolor en aquellos puntos donde el nervio principal se ramifica y las alteraciones anatómicas que se encuentran en las autopsias, hablan en favor de esta opinión. El dolor es uno de los datos que el clínico aprovecha para ir hacer más directamente sus investigaciones hácia uno ú otro pulmón.

El dolor desaparece del tercero al quinto día: cede á la aplicación de un vejigatorio ó al uso de los narcóticos al interior. Al hablar del tratamiento recordaré estos pormenores.

DISPNEA.—Tan variable como los síntomas generales que

acompañan á la neumonía. Hay un hecho importante que debe tenerse en cuenta al hacer el reconocimiento de un enfermo que, bien sea por su aspecto, ó bien sea por los datos anteriormente recogidos ó en ese momento, nos haga sospechar un padecimiento torácico, y es que de las enfermedades que pueden causar dispnea, las que están situadas dentro del tórax, son las que con más frecuencia le provocan. En el estudio de la dispnea hay que considerar la frecuencia y la amplitud que siguen un orden enteramente inverso: cuando el pulmon agoniza la frecuencia de la respiracion toca á un grado elevado.

La amplitud es un fenómeno de significacion más benigna que la anterior. Hay casos de neumonía en los cuales la frecuencia de la respiracion, cuando ésta era amplia, no pasaba de veintitres á veinticuatro por minuto, como tuve oportunidad de observarlo en un enfermo que ocupaba la cama número 23 de la sala de Cirugía.

Tos.—Fenómeno reflejo que nos indica la excitacion que se produce por la presencia de un cuerpo extraño en el aparato respiratorio, y en la neumonía es el exudado inflamatorio el que la produce; se acompaña de expectoracion, ó ésta falta cuando las neumonías son de origen central, y es cuando se ve principalmente faltar el esputo.

Comienza con la enfermedad y puede existir despues que hayan desaparecido la mayor parte de los síntomas generales; el médico se ve muchas veces obligado á provocarla con objeto de reforzar los fenómenos sonoros que puede suministrar-nos la exploracion del pecho. La tos aumenta el dolor por los sacudimientos que imprime al pecho; los enfermos se cuidan de toser lo ménos posible, con objeto de evitar el dolor que les provoca.

ESPUTO.—Es uno de los signos más importantes: pone de manifiesto el trabajo inflamatorio que se verifica en el pulmon: sirve para el pronóstico cuando la neumonía ha pasado de cierta edad. Los caracteres que presenta son los siguientes: de un color rojo ó amarillo: en el primer caso nos revela el estado congestivo que en esos momentos reviste el pulmon. El color amarillento nos revela la mezcla íntima de la sangre con

los productos orgánicos de origen epitelial. Es espeso, finamente aereado, se adhiere íntimamente á la vasija en que se recoge. Todo esto viene á constituir el *esputo rubiginoso* considerado con justicia como patognomónico en la neumonía fibrinosa. Desgraciadamente el esputo falta en muchos casos de neumonía, principalmente en las de vértice, de la base, y en una y otras cuando son centrales. En estos casos, despues de un exámen el más atento del pecho, el médico se desespera por no encontrar ahí la explicacion de los síntomas generales que ha podido apreciar. Un caso de esta naturaleza pasaba en un enfermo que examinábamos en la Clínica del Sr. Montes de Oca en el Hospital Militar, el año de 1882 en la 1ª Sala de Medicina, en cuyo enfermo, despues de haber hecho con la más minuciosa escrupulosidad el exámen de los diversos aparatos, y principalmente del pulmonar, el alumno se retiraba descontento de su exámen físico. En estos momentos el enfermo tosió, arrojó un esputo que se recogió, se examinó, y se vió que tenia los caractéres de un esputo rubiginoso. Este dato bastó para poder sostener juiciosamente un diagnóstico de neumonía fibrinosa.

Cuando el esputo se manifiesta abundante y hemoptoico desde su origen, se cambia á los cuatro ó cinco dias en esputo catarral, y este cambio es favorable para el pronóstico.

Cuando el esputo se vuelve purulento, se relaciona con el tránsito de la neumonía del segundo al tercer período, y es desfavorable para el pronóstico.

Estudio de los signos físicos en la neumonía.

Por medio de los signos físicos podemos conocer el período de la enfermedad y el sitio de la lesion.

De los períodos clásicos que describen la mayor parte de los autores y que corresponden á tres alteraciones anátomo-patológicas distintas, ninguno tan difícil de diagnosticarse como el primero, el cual ha sido dividido por algunos autores en dos

fases distintas: la primera que corresponderia á la simple fluxion y que tendria como signos físicos un timpanismo, haciendo contraste con la tonalidad que da la percusion en puntos distintos del mismo pulmon, donde en el estado normal seria ménos exagerado. Esto, juntamente con una disminucion respiratoria y exageracion en otros puntos ó en el pulmon opuesto, nos hacen sospechar una flogosis pulmonar. Un caso que confirma esta asercion, hemos tenido oportunidad de observar en la clínica del Hospital Militar el año próximo pasado: se trataba de un individuo en quien por el estado actual y por los signos físicos, por la época del desarrollo de las neumonías en México, por la frecuencia con que se presentaban en el cuerpo á que pertenecia el individuo á quien me refiero, se podia nada más que sospechar, pero no demostrar, por la falta de signos físicos, la existencia de una neumonía.

El Sr. Montes de Oca se adhirió á la opinion del que reconocia al enfermo, sospecha que, más tarde fué confirmada por la marcha de la enfermedad y la aparicion de los signos que faltaban.

Las dificultades aumentan cuando la neumonía en lugar de ser superficial es central, ú ocupa un punto muy poco accesible á las explóraciones clínicas.

El aumento de vibraciones es uno de los datos adyuvantes de los demás signos físicos, pero éste no siempre se puede apreciar con la claridad apetecible, principalmente cuando la neumonía ocupa un foco de pequeña extension.

La percusion nos da datos de bastante importancia, que no solo dependen de quien los aprecia, sino de la mayor ó menor extension que ocupa el estado inflamatorio del pulmon: para una persona bastante ejercitada, este dato es de un gran valor: es conocido el perfeccionamiento á que Piorry ha llegado en materia de percusion, y entre nuestros grandes clínicos, es digno de notarse el Sr. M. Jimenez.

Por medio de la percusion descubrimos el estado de condensacion pulmonar, sus límites y su sitio.

Una vez tuve oportunidad de oir al Sr. Macías llamar la atencion sobre la importancia de este dato.

Se trataba de un enfermo alcohólico, viejo, y que presen-

taba un movimiento febril, sin acusar más datos que pudieran orientar en ningun sentido. Se percutieron las regiones claviculares, se notó matitez en una de ellas, se hizo la auscultacion, y se encontraron los signos pertenecientes á una neumonía de vértice.

La auscultacion es el dato más importante entre los signos físicos, muchas veces suficiente para establecer el diagnóstico de naturaleza, sitio y extension en casos semejantes.

En el primer período, encontramos por la auscultacion el estertor crepitante, comparado por algunos á la sensacion que da el tafetan al romperse, por otros á la sal marina proyectada en polvo fino sobre ascuas, ó al ruido que produce el frotamiento de un mechon de cabellos; pero la mejor comparacion por su sencillez, como por su claridad, es la que ha dado, entre nosotros, nuestro gran clínico el Dr. M. Jimenez, que consiste en meter una piedra pómez fina en una pequeña cantidad de agua, sacarla y oír el ruido que produce el aire al romper las burbujitas interpuestas entre las mallas porosas.

Este signo, muchas veces encuentra atenuado su valor en los casos en que la lesion pulmonar está complicada de otros padecimientos del mismo órgano.

Esta dificultad he podido pulsarla principalmente en dos casos de que conservo notas escritas y que no publico con mayores detalles por no hacer más difuso el pequeño trabajo que pongo á la consideracion del Jurado.

En un caso se trataba de un individuo que ocupaba la cama número 34 de la 1ª Sala de Medicina del Hospital Militar, que tenia una tisis pulmonar, se desarrolló una neumonía, despues una erisipela de la cara que le arrancó la vida.

El otro caso se refiere á un individuo que entró al mismo Hospital con una bronco-neumonía, donde era difícil hacer la distincion de los estertores que pertenecian á la bronquitis y los característicos de la neumonía que llevaba este enfermo.

Sin embargo, los caractéres asignados al estertor crepitante, y que, en la mayor parte de los casos son suficientes, cuando existen, para poder hacer su legítima distincion, son referentes al sitio donde se producen, que es la cavidad vesicular: se oyen al fin de la inspiracion en un extension que por lo re-

gular es pequeña, y cuyo reforzamiento se aumenta con las fuertes inspiraciones, y más particularmente cuando se hace toser al enfermo ó que se ausculta en los momentos en que éste lo verifica acosado por el exudado que se produce en el interior de las vesículas pulmonares.

En el segundo período, la auscultacion nos hace oír, haciendo hablar al enfermo, la broncofonía, la cual no consiste sino en una fuerte resonancia de voz, pero que puede uno formarse una idea exacta al oír el sonido que da una sordina aplicada á un clarín cuando se toca.

El soplo tubario se encuentra tanto en el período secundario como en el período terciario: para que este fenómeno pueda percibirse, es indispensable que la distancia que hay entre el pulmón y la oreja del que ausculta aplicada á la pared del pecho, sea insignificante.

Ese signo pierde su valor cuando la neumonía se complica con otras alteraciones patológicas que tengan como resultado traer su atenuacion.

Entre estos casos están colocados los derrames, que, algunas veces, vienen á complicar una neumonía que recorre sus períodos.

La auscultacion de la tos, lo mismo que la de la voz, sirve como medio de reforzamiento de los signos anteriormente indicados.

Como complemento al estudio de los signos físicos no se debe olvidar la exploracion de otros órganos que nos hagan sospechar algun padecimiento patológico concomitante de la neumonía; pero, como este estudio se liga al diagnóstico de la enfermedad en caso dudoso y de las complicaciones, me ocuparé con más detalles al tocar en particular cada uno de estos puntos.

En el tercer período no encontramos un signo que le pertenezca en propiedad; sin embargo, es bueno tener presentes datos que nos pueden orientar, tales son: el tiempo en primer lugar, pues es sabido que la neumonía es una enfermedad que tiene su ciclo definido, y que, pasado cierto tiempo, término medio, en la mayor parte de los casos, es de siete á ocho dias; hay que esperar, ó la terminacion por resolucion, ó el paso al

tercer período y las consecuencias á que esto expone. En segundo lugar, el estudio de los síntomas generales y de los síntomas locales: entre los primeros encontramos la persistencia de la calentura, ó su aumento más ó ménos notable, y muchas veces la postracion en que cae el enfermo, nos indican la nueva fase pulmonar: el esputo cuando existe sufre una alteracion que nos indica, junto con los demás signos físicos, el estado de supuracion pulmonar; tal es el aspecto de jugo de ciruela de España que reviste en semejantes casos; la persistencia de las vibraciones, la matitez, la broncofonía y el soplo tubario, vienen á completar la sintomatología del tercer período.

IV

FORMAS DE LA NEUMONÍA.

Son algo variadas las formas que puede revestir la neumonía: la forma cerebral ó sea atáxica de algunos autores, que se presenta algunas veces y que tanto puede embarazar el diagnóstico es una de ellas: he tenido oportunidad de ver casos en que se presenta esta forma, pues que, es sabido que el delirio se presenta casi siempre en la mayor parte de aquellos individuos que hacen uso frecuente de las bebidas alcohólicas; y siendo una inveterada costumbre en la mayor parte de las personas que componen las diversas clases de nuestro ejército, se comprende por qué el contingente de mortalidad que se presenta en las gentes de clase de tropa sea mucho mayor que en la clase civil; este hecho lo prueba el cuadro de mortalidad que en el presente trabajo expongo más adelante.

La forma adinámica es la que en segundo lugar se presenta con mucha frecuencia, y esto á primera vista parece debia ser lo contrario, conforme á las exigencias de nuestro Reglamento Sanitario, que admite solo en el ejército individuos de edad, talla y constitucion inmejorables, pero, no cabe duda

que sucede todo lo contrario, y en prueba de mi aserto basta ver el número de bajas que por causa de inutilidad tiene á cada paso, y esto porque en la mayor parte se desarrollan enfermedades que los inutilizan para el servicio de las armas. Por otra parte, el estado alarmante que presenta nuestra raza degenerada, principalmente tratándose de la indígena, en quien sin caer completamente en el error de Jourdanet, quien declara la anoxiemia como patrimonio en la raza mexicana; sin embargo, en vista de los resultados de nuestras estadísticas, y visto los malos éxitos de nuestros esfuerzos médicos, tenemos en parte que ser consecuentes y convenir en el estado de debilitamiento que se encuentra en nuestra raza, aun cuando la explicacion resida no en el clima, sino una gran parte encuentre su razon de sér en los hechos biológicos. . . .

Siendo, pues, un hecho real el estado de degeneracion de nuestros individuos, forzoso es admitir con Peter que las manifestaciones de la neumonía tienen que ser graves, y entre ellas encontramos la forma adinámica que se enlaza íntimamente con los malos estados generales.

La forma biliosa caracterizada por el estado que presentan los órganos digestivos y algunos que no están bajo su dependencia, sirven para indicarnos la forma de que nos ocupamos; la coloracion se encuentra en la conjuntiva esclerótica, en la base de la lengua, donde vemos al lado de un barniz blanquecino, manchas amarillentas, acompañadas de vómitos, mal sabor de boca, que en la mayor parte de los casos es amargo; encontramos diarrea más ó ménos biliosa. Algunas veces este estado oculta la mayor parte de los síntomas: á propósito de esto, creo útil recordar un caso que he tenido oportunidad de observar en el Hospital Militar: era un alumno del colegio Militar en quien el diagnóstico fué en su origen de tal manera oscuro que, médicos de notoria práctica pudieron creer, ántes de su ingreso al Hospital mencionado, y de ser reconocido por médicos del Establecimiento, en un tifo.

Los signos físicos aclararon más tarde el diagnóstico de una neumonía del pulmon del lado derecho.

El color amarillento era de tal manera intenso, que la descripcion más exacta que pudiera hacerse de esto, seria el re-

cordar á un individuo muerto de icteria grave: todo el cuerpo revestia un color amarillento sumamente intenso; queda la duda de saber si la neumonía al tomar la forma biliosa puede alcanzar un grado de intensidad tan desmedido.

La auptosía no fué hecha, porque así lo pidieron los interesados, y por lo mismo, no publico el caso con mayores detalles.

Estas diversas formas pueden combinarse entre sí, y no es raro ver á un individuo que despues de una grande excitacion nerviosa, caiga en una adinamia casi imposible de levantarse.

He visto un hecho de esta naturaleza en un enfermo que ocupaba uno de los números de la 2ª Sala de Medicina.

Este enfermo se encontraba atacado de *delirium tremens*, cuando accidentalmente atrapó una neumonía del vértice del pulmon del lado derecho, cayó en la adinamia más completa, y no hubo terapéutica que bastara para salvarle la vida.

El estado bilioso es otro de los que pueden combinarse con el estado adinámico y con el cerebral.

El caso ántes referido del alumno del Colegio Militar confirma este modo de ver.

Una forma descrita por el clínico del Hospital Juarez (Doctor Galan), y cuyos detalles existen en una Tesis publicada por el Sr. Cerda, llama la atencion por la marcha de la temperatura que presenta bruscas ascensiones y rápidos descensos en el mismo dia, por el estado catarral, cuya manifestacion se hace en la lengua, la cual se presenta blanca en casi la totalidad de su extension, por su descamacion que se hace tanto en los bordes como en la punta; en último resultado, por la benignidad que presenta, y, cosa digna de notarse, aun cuando se acompañe de alguna complicacion, de órgano cercano ó lejano, y cuya afeccion sea pericarditis, sea meningitis, etc., las bautiza con el mismo nombre de catarral: la complicacion es benigna.

V

MARCHA DE LA ENFERMEDAD.—DURACION
Y TERMINACIONES.

Otro dato tambien que no deja de tener su importancia bajo el punto de vista clínico, y en materia de pronóstico en la neumonía, es la marcha de la enfermedad.

Dos grandes distinciones tenemos que hacer al hablar del curso de la enfermedad, éstas son: los signos generales y los signos locales.

El pulso, la respiracion y la temperatura, pueden marchar al unísono, ó cada uno de ellos puede llevar una marcha diferente.

El calosfrío, único en la neumonía, puede repetirse varias veces al principio de la enfermedad, en su curso, ó en su declinacion.

Lo comun es que sea único: cuando se repite muchas veces seguidas, y muchas ocasiones, coincidiendo en su aparicion con una hora determinada, hay que sospechar que en el presente caso interviene la influencia palúdica.

Esta opinion, deducida de la experiencia y confirmada por la práctica, ha sido emitida muchas veces en pleno auditorio por el clínico de San Lúcas.

Testigos hemos sido, los que seguimos la marcha de las enfermedades en los hospitales, de este hecho, y basta recordar la epidemia del año antepasado, donde se vió estallar la neumonía á la llegada á México de cuerpos de tropas procedentes de las costas de Tampico, y cuya mortalidad espantosa deja un triste recuerdo de tan perniciosa influencia.

Otras veces, y esto es lo que he visto, excluida esta influencia y presentándose el calosfrío, ántes ó en el momento de anunciarse la convalecencia, nos indica, ó que otro órgano padece ó que el pulmon se inflama de nuevo.

En la actualidad existe en la 1ª Sala de Medicina un enfermo en quien la convalecencia se anunció por una fuerte diaforesis, descenso de temperatura, hechos que acaecían estando el enfermo dormido, cuando, estando bañado en sudor, por negligencia sufrió un enfriamiento brusco, causa de un nuevo foco de flegmasía pulmonar: se repitió el calosfrío y subió la temperatura.

El pulso sigue en la mayor parte de los casos la marcha de la temperatura, lo mismo que la respiración; pero dato importante y digno de tenerse presente para el pronóstico, la falta de uniformidad de estos signos, es de mal augurio, pues es un mal antecedente para el pronóstico; básteme solo citar un caso recientemente observado en la 2ª Sala de Medicina para confirmar esta opinión.

Este enfermo entró al hospital el 27 de Febrero de este año; sus temperaturas fueron altas 40. 5, su respiración hubo vez tocara 64 por minuto, el pulso 90: era de 45 años de edad, con antecedentes alcohólicos marcadísimos, la neumonía ocupaba el pulmón derecho en su vértice; murió á los 9 días, (día 6 de Marzo de 1883).

El dolor puede cesar de un día á otro: en la cama núm. 25, de la sala de Clínica, existe un enfermo en quien el dolor, la dispnea, la postración, todos síntomas que acompañaban un período secundario de neumonía, unos han mejorado y otros han desaparecido, entre los cuales contamos el dolor, notándose la transformación del esputo que de rubiginoso ha pasado á catarral, al siguiente día de la aplicación de un vejigatorio.

La inspección nos da un dato de bastante importancia, según Woillez, quien establece una íntima relación entre el estado congestivo del pulmón y la excursión torácica, nota que cuando la congestión persiste, la excursión está disminuida, y á medida que aquella va desapareciendo, la excursión aumenta.

Las vibraciones persisten durante toda la época de la condensación pulmonar, y muchas veces continúan más allá de la resolución de la neumonía, cuando aquella es incompleta.

La percusión que nos revela timpanismo en el momento de

invasión de la neumonía, oscuridad en el segundo y tercer período, tiene en semejante caso el valor de las vibraciones.

El estertor crepitante lo encontramos al principio y al fin de la neumonía, cuyo valor clínico es diferente: en su principio nos anuncia el estado de hiperhemia pulmonar; ésta puede existir en un solo pulmón ó en los dos, hecho digno de tenerse en cuenta, porque puede dar lugar á un error de diagnóstico, respecto del sitio donde se localiza la inflamación aguda del pulmón.

He tenido oportunidad de ver un caso, digno de llamar la atención:

El año próximo pasado vimos en Clínica un enfermo que tenía una neumonía en el pulmón del lado derecho: uno de los profesores del Establecimiento auscultó solamente el pulmón del lado opuesto, creyó que la neumonía se localizaba en ese pulmón.

Varios de los que percibieron este fenómeno, y yo entre ellos, creíamos que se trataba de una doble neumonía; pero la marcha de la enfermedad aclaró que solo existía en el pulmón del lado derecho.

El estertor puede existir durante el segundo y tercer período, y entónces nos indica la marcha invasora de la enfermedad á territorios sanos.

Al fin de la enfermedad, la vuelta de estos estertores nos revela que el pulmón vuelve á su estado primitivo.

El soplo tubario y la broncofonía puede existir aún cuando los síntomas generales hayan desaparecido, y esto nos anuncia que la resolución no es completa y que la elasticidad del pulmón se encuentra comprometida.

La pectoriloquia áfona, que casi nunca la he visto faltar en las observaciones que menciono y en otras muchas de que no hago mención, es compañera inseparable del soplo tubario y de la broncofonía.

Este signo, que no he visto descrito en los clásicos que he consultado, es verdaderamente digno de llamar la atención.

Como es fácil de comprender, no todas las neumonías tienen la misma marcha, ni la misma terminación, de la misma manera que no todos los individuos tienen idénticas condiciones

físicas, y sin embargo se parecen en el fondo, porque, como lo ha dicho muy bien Louis, *dos neumonías son tan desemejantes entre sí como las hojas de un mismo árbol.*

DURACION.—El primer período, período inicial, dura de veinticuatro á cuarenta y ocho horas.

El segundo período, ó período de estado, hasta los siete dias.

El tercer período lo podemos considerar como terminacion de los demás; sin embargo, la neumonía, cuando afecta una marcha galopante, vulgarmente designada entre nosotros con el nombre tan bien dicho de *pulmonía fulminante*, puede, segun la opinion de Peter, recorrer sus tres períodos y matar aún en tres dias.

¿La resolucíon puede ser lo mismo? Parece lógico creerlo.

Sin embargo, Woillez dice: “toda neumonía que cura, ántes de seis á siete dias, no es una neumonía franca;” entendiéndose por curacion la desaparicion de los síntomas tanto generales como locales.

LA TERMINACION.—Puede ser: por resolucíon, y esto se verifica en la mayor parte de los casos; esta terminacion se anuncia por ligeras oscilaciones de temperatura, que varian entre veinticuatro á cuarenta y ocho horas, contando desde el tercero al quinto dia: segun los observadores modernos, en las tres quintas partes la defervescencia tiene lugar entre el quinto y sétimo dia, y en una quinta parte entre el sétimo y noveno dia: á la última opinion se adhiere Woillez.

La neumonía en muchos casos puede pasar al estado crónico: la calentura, los calosfríos repetidos, el esputo que puede ser catarral ó bien teñido de sangre, los signos físicos pueden persistir por más ó ménos tiempo.

Esta neumonía puede considerarse como un punto de transición entre la neumonía franca y las terminaciones más graves á que conduce el estado patológico ántes citado.

La terminacion por supuracion algunas veces suele observarse despues de una neumonía franca; el enfermo que la ha padecido, presenta signos locales vagos, y que no dan ningun dato cierto respecto á la neoformacion que pasa en lo íntimo del tejido pulmonar.

El tejido celular que existe en el pulmon, bien sea en los

espacios que separa á cada uno de los lóbulos pulmonares ó en lo íntimo de cada una de las celdillas vesiculares que constituyen el tejido pulmonar, se funden, se forma una coleccion de pus que tiende á abrirse paso, bien sea por los bronquios, terminacion más favorable, ó bien en la pleura dando lugar á una complicacion pleural.

Este hecho se establece porque el enfermo, de un dia á otro, ó bien por espacio de mucho tiempo, está arrojando grandes cantidades de esputo purulento.

Existe en la 1ª Sala de Medicina, un enfermo de edad de 36 años, temperamento linfático, que entró al Hospital el dia 26 de Enero de 1883 á curarse de una neumonía —lóbulo medio del pulmon izquierdo;— esta neumonía despues de haber recorrido sus períodos, dejó al enfermo más ó ménos demacrado, presentando sus calosfríos, calentura elevada por las tardes, hasta que repentinamente llamó la atencion sobre la abundancia del esputo que era purulento y algo fétido. Habiendo hecho un nuevo reconocimiento de este enfermo, se encontraron todos los signos de una caverna pulmonar. En la actualidad el enfermo mejora y parece estar en vía de alivio.

La terminacion por induracion tiene lugar en el pulmon, segun la opinion del Dr. Montes de Oca, lo mismo que en cualquiera otra parte del cuerpo, viene la formacion de celdillas durante el trabajo inflamatorio: cuando termina por resolucion, este tejido se desorganiza, sufre diversas metamorfosis, se liquida, y en último resultado se reabsorbe; pero en el caso de esclerosis pulmonar, este tejido se endurece y constituye la terminacion de que me ocupo.

Los signos clínicos que en semejante caso se observan son: el aumento en la resonancia de todos los ruidos pulmonares coincidiendo con la oscuridad que se nota á la percusion.

Este proceso se establece de una manera silenciosa, no existe ningun signo general que nos indique su instalacion.

Un caso de esta naturaleza existe en una enferma que ha visto el Dr. Lugo, en quien la secuela de sus padecimientos ha sido de la manera siguiente:

Enferma enfisematosa, acompañando á su enfisema catarro pulmonar constante, neumonía del pulmon del lado derecho

en el mes de Febrero del año próximo pasado; terminacion por endurecimiento, persistencia del catarro pulmonar y su enfisema.

Al año gripa y aparicion de la tísis pulmonar.

La terminacion por gangrena, de la neumonía franca, convienen la mayor parte de los autores en considerarla como rara; sin embargo, en una estadística de dos años sobre neumonías observadas en el Hospital Militar, en donde figuran gran número de casos, puedo citar dos que he visto.

Uno de estos casos que se refiere á un enfermo que ocupaba el núm. 23 de la 2ª Sala de Medicina, y cuyos pormenores se pueden consultar en la Tésis del Sr. Larios.

El otro caso se refiere á un enfermo del cual me ocuparé más detenidamente á propósito del diagnóstico de la neumonía, y en el que se encontraron á la autopsia, las lesiones anatómicas, que confirmaban la terminacion necrobiótica de que me ocupo.

La terminacion por la muerte, considerada como natural por Peter en los viejos, en quienes la neumonía reviste una gravedad extraordinaria, es tambien una terminacion frecuente en el adulto: es la secuela de las demás terminaciones; es, en una palabra, la última expresion del proceso patológico de que me ocupo.

VI

COMPLICACIONES.

La neumonía puede complicar otros padecimientos ó ser complicada por ellos, la pleuresía es compañera casi inseparable de las neumonías superficiales, las cuales atacan de preferencia á individuos jóvenes, la bronquitis existe con mucha más frecuencia en los viejos y en los niños, la pericarditis complica á las neumonías cuando ocupan el lóbulo superior del pulmon del lado izquierdo.

Un caso de esta naturaleza existe en un enfermo que ocupa la cama núm. 19 de la Sala de Clínica.

Entró á curarse el dia 22 de Mayo de una neumonía del pulmon izquierdo, lóbulo superior; habiendo explorado el corazon encontramos soplo ocupando la mayor parte de la área cardíaca y que creimos se relacionaba con el segundo ruido del corazon, frotamientos pleurales y pericárdicos. En los antecedentes de este enfermo no encontrábamos datos que nos pudieran hacer sospechar alguna lesion antigua.

La neuritis del nervio frénico y neumogástrico que se observa principalmente cuando la neumonía ocupa el pedículo pulmonar ó alguno de los puntos donde el nervio se pone en contacto con el pulmon ó pleura, inflamados, hecho sobre el que el Dr. Macías ha llamado la atencion y que da cierta gravedad á la afeccion.

Una complicacion que merece la atencion de los prácticos, y con mucha más razon de los médicos militares, es la inflamacion de muchas serosas, á la vez que la inflamacion del pulmon.

En la actualidad (Marzo de 1883), se está presentando en los soldados de nuestro ejército una complicacion digna de estudio, y es una inflamacion generalizada de las serosas.

Solamente referiré tres casos por tener entre sí mucha analogía.

Se trata de tres individuos que ocupaban, dos la 2ª Sala de Medicina y uno la 1ª

En dos casos se trataba de individuos de unos diez y nueve años de edad, en quienes á la autopsia se encontró en el que ocupaba la 1ª de Medicina, neumonía del pulmon del lado izquierdo en el 2º período y meningitis craniana generalizada; en el segundo meningo-encefalitis supurada y neumonía del vértice del pulmon del lado izquierdo, adherencias pleurales en el mismo punto, infarto considerable del bazo y del hígado, adherencias del peritonéo con el bazo; este hecho me hace creer que la neumonía se ha desarrollado despues de la inflamacion de las serosas ántes citadas.

La neumonía como complicacion de las heridas penetrantes no es rara.

La neumonía suele tambien presentarse en aquellos estados que exigen una larga permanencia en la cama, como pasa

frecuentemente en los casos de fracturas del cuello del fémur, que es sabido exigen un decúbito dorsal prolongado y que en semejantes casos es preferible que un individuo se levante ántes de la completa consolidacion de la fractura, exponiéndolo más bien á una deformidad que á una neumonía que en tales circunstancias puede quitarle la vida si es un viejo.

La neumonía suele algunas veces observarse durante el desarrollo de la erisipela de la cara. Laveran insiste sobre casos observados por él.

Ya ántes he hablado de un caso que he tenido oportunidad de ver en el Hospital de San Lúcas en un individuo que llevaba una tísis en segundo período en quien se desarrolló una neumonía aguda, despues una erisipela de la cara que le ocasionó la muerte.

Despues de las intermitentes suele verse el estado de congestivo del pulmon; el cual si persiste, puede tocar el segundo período, y entóncees aun cuando el acceso desaparezca, la neumonía sigue su marcha progresiva.

VII

DIAGNÓSTICO.

Tenemos que considerarlo bajo tres puntos de vista.

Primero: diagnóstico positivo; segundo: diagnóstico diferencial, y tercero: diagnóstico relativo al sitio que ocupa la lesion.

DIAGNÓSTICO POSITIVO.—En muchos casos es fácil por el conjunto de datos que se recogen, tanto físicos como funcionales, sentar inmediatamente el diagnóstico de naturaleza.

El calosfrío cuando reviste los caracteres que ántes he indicado al tratar de este signo, es una fuerte presuncion en favor del diagnóstico de naturaleza.

Un caso semejante me confirma este modo de ver: se trataba de un oficial de alta graduacion, quien el dia 24 de Diciembre

del año próximo pasado, después de un enfriamiento fué atacado bruscamente de un calosfrío intenso acompañado de una reacción fuerte y un ligerísimo dolor en el costado izquierdo.

En vista de los caracteres que presentaba el calosfrío, sin ningún signo físico claro, pude sospechar la invasión de una neumonía; así expresé mi opinión á un compañero, y la secuela de los fenómenos físicos confirmó esta opinión.

Este enfermo curó, constituyendo la base del tratamiento el alcohol, porque en la historia de sus antecedentes figuran en grande escala los hábitos alcohólicos.

Tengo que advertir que el tratamiento que le instituí inmediatamente fué sudorífico —jaborandi— y que, á pesar de habersele aplicado con tanta oportunidad, la neumonía siguió su marcha invasora.

La calentura es compañera inseparable del calosfrío y existe cuando existe éste.

Rápidamente toca á 40° ó 40°, 5 para después seguir la marcha que ya he indicado.

El aumento de las vibraciones, el estertor crepitante, el sople tubario, etc., son suficientes para establecer un diagnóstico.

A este estudio debe relacionarse el apellido de la enfermedad que viene á ser verdaderamente el estudio de la forma que reviste, y tanto más valor toma este estudio cuanto que se relaciona con el tratamiento que tiene que instituirse.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.—Por desgracia no siempre la enfermedad de que me ocupó se presenta de una manera tan franca que podamos reconocerla tan luego como se presente: casos hay difíciles en que los signos por más cuidado que se ponga en recogerlos, cada uno puede conducir á un error, tal es por ejemplo el calosfrío con la calentura cuando aparecen, que pueden dar lugar á interpretaciones distintas.

Un caso de esta naturaleza aconteció un día que estaba de guardia: recibí dos enfermos, eran las cinco de la tarde, los dos tenían poco más ó menos la misma edad, habían comenzado por la mañana con un fuerte calosfrío, seguido de una fuerte reacción, en uno de ellos: habiendo hecho el examen físico del pecho, encontramos signos claros de neumonía,

en el otro ningun dato que nos hiciera sospechar que llevara un padecimiento torácico.

En este último solo encontramos un dolor á la presion en los apófisis espinosos cervicales y dorsales. A ambos se les dió el sulfato de quinina; uno de ellos, el que no presentaba ningun signo fisico cierto, al siguiente dia estaba mejorado, al tercer dia volvió á repetirse su acceso, se le siguió su tratamiento por la quinina, hasta que al fin sanó, miéntras que en el otro, la neumonía siguió su marcha, que terminó por resolucion. Ambos se creyó ser neumoniacos.

En otro caso que pasó, estando tambien de guardia, el año próximo pasado, se trataba de un individuo que tenia una calentura elevada, 40,° 5, y además dolor á la presion en los apófisis espinosos cervicales y dorsales; nada de signos físicos apreciables, ni de parte del bazo, ni de parte del pulmon: se creyó que se trataba ciertamente de un acceso de intermitentes; la marcha de la enfermedad reveló que no se trataba sino de una neumonía central.

El dolor de costado, puede tambien hacer creer en una neumonía cuando no existe ésta.

Tal puede suceder en los casos de pleurodinia cuando existen dolores vagos y que el enfermo nos cuenta en sus antecedentes haber comenzado la escena por un fuerte calosfrío.

En los casos de fractura de las costillas, cuando los fragmentos guardan cierta disposicion, que es difícil apreciar las salientes, en que el derrame de sangre hace muchas veces oír la crepitacion que ésta produce, y que esto coincide con un traumatismo, que hay una ligera reaccion febril, y que se trate de un viejo por ejemplo; muy fácil es cometer un error de esta naturaleza, como ha acontecido al gran Peter.

El dolor de costado lo encontramos en otra variedad de enfermedades que, bien sea por su sitio ó bien por las irradiaciones que presenta, pudiera conducirnos á error; así sucede en muchas manifestaciones reumatismales en donde son afectados los nervios ó los músculos peritorácicos: ya mencionamos la pleurodinia. Las neuralgías intercostales cuando presentan sus puntos dolorosos, alejan la creencia de que se trate de una afeccion inflamatoria del pulmon; no sucede lo mismo en los

casos de zona, cuando ésta se anuncia con síntomas generales y el dolor que precede á la erupcion vesiculosa, en estos casos el error es posible, pero por fortuna para el enfermo, la marcha de la enfermedad pronto aclara el diagnóstico.

El dolor del frénico con propagacion al cuello é irradiacion al brazo, se presenta algunas veces no solo en la neumonía, sino tambien en los padecimientos diafragmáticos de origen inflamatorio: en la simple neuritis del mismo nervio, en los padecimientos del hígado el dolor se presenta en el lado derecho; hecho digno de tenerse en cuenta, porque la confusion es fácil, y basta recordar la sintomatología que presenta el flegmon hepático, principalmente cuando ocupa la cara convexa, que empuja el pulmon hácia arriba y que los signos físicos dejan en vacilacion al médico. Es fácil confundir la neumonía de la base derecha con una hepatitis de la convexidad.

En el lado izquierdo, el dolor se presenta además de las causas ántes enumeradas, para el lado derecho, cuando se trata de un padecimiento cardíaco ó bien de una lesion esplénica, como lo he visto en el Hospital de San Andrés el año de 1880, en un enfermo que presentó un absceso esplénico y fué puncionado oportunamente por el Dr. Carmona y Valle.

Sin embargo, haciendo el análisis minucioso de cada uno de estos síntomas, estudiando sus caractéres y dándoles su valor respectivo, relacionándolos con los demás signos generales, es posible, aunque no siempre fácil, hacer de ellos una legítima apreciacion.

DIAGNÓSTICO DE SITIO.—Este punto interesante por mil títulos y oscuro en muchos casos para el médico, es de trascendentales consecuencias, porque se enlaza íntimamente con una de las cuestiones que ponen más á prueba la prevision del médico: El pronóstico.

Puede ocupar el centro ó la periferia, puede ocupar el vértice ó la base de cada uno de los pulmones, ó bien puede limitarse á alguno de los lóbulos pulmonares.

El diagnóstico de cada uno de estos sitios, ofrece sus dificultades: ántes me he ocupado de aquellas con que se tropieza cuando se tiene que tratar con casos de esta naturaleza; solo recordaré la gravedad que presentan estas neumonías cuando

se aproximan al pedículo pulmonar, por el estrago nervioso que producen en el organismo, como en muchísimos casos lo tiene demostrado el Dr. Macías.

Otro hecho que hace temible esta lesión, es la clase de individuos en quienes se desarrolla, que en regla general son viejos, como lo ha observado Durand-Fardel, y lo que hace decir con mucha justicia á Peter, que constituye un modo de morir de los viejos.

Las neumonías superficiales que en general se complican de pleuresía, son más frecuentes en los individuos jóvenes, ménos peligrosas que las anteriores y más francas en sus manifestaciones físicas, y son las que por regla general corresponden al cuadro clásico.

Se dice que la neumonía de vértice es la que corresponde á los alcohólicos; este es un hecho perfectamente averiguado y en el cuadro de mortalidad perteneciente al Hospital Militar figuran en mayor escala las neumonías del vértice, y llevando la analogía más adelante, acepto, aunque con algunas reservas, la idea de Peter, quien considera la neumonía de vértice como propia de las malas constituciones; pero si esta proposición fuera cierta, veríamos en casi todas las constituciones agotadas la predominancia de las neumonías de vértice, hecho que no es perfectamente demostrable.

Si la neumonía de vértice presenta sus dificultades por ese estado tifoso particular que algunas veces reviste, y además la dificultad en la apreciación de los signos físicos, cuando no se hace un exámen minucioso, una cosa parecida sucede en la base del pulmón, cuando la neumonía se localiza allí, que ocupa una extensión pequeña y que los signos de auscultación, palpación y percusión, se hacen más difíciles de apreciar, por la capa de tejido sano que se interpone entre la mano que trata de apreciar estos signos físicos y el punto donde el incendio pulmonar comienza á aparecer.

Aquí como en otras muchas partes se necesita tener presentes los recuerdos anatómicos y poder apreciar en cuanto es posible el punto de transición entre el pulmón y algún órgano que se encuentre mediatamente colocado debajo de él; tal es por ejemplo el hígado, en el lado derecho, donde es muy

fácil creer en el desarrollo de una neumonía de la base cuando no es sino una hepatitis de la convexidad y vice versa.

Error fácil de cometerse y digno de lamentarse, por las consecuencias que esto puede traer consigo.

Un hecho de esta naturaleza ha acontecido desgraciadamente en un enfermo que entró á ocupar una de las camas de medicina en el Hospital de San Lúcas, el cual presentaba su reaccion febril despues de un fuerte calosfrío, dolor de costado, tos: despues, haciendo su reconocimiento, no se encontraba más que una matitez ligera en el costado derecho al nivel del hipocondrio: se creyó en una hepatitis; y como la marcha de la calentura presentaba sus exacerbaciones por la tarde, llegando á 40.6 y otras veces tocando á 40.5, se creyó justificada la intervencion quirúrgica, tanto más, cuanto que se apreciaba fluctuacion en ese punto: se hizo la puncion, se extrajo una gran cantidad de líquido rojizo, que se creyó ser pus hepático. El enfermo siguió agotándose, y en sus últimos dos dias de vida, exhalaba un olor gangrenoso: el enfermo sucumbió, y en la autopsia se encontró el hígado sano, y las bases de los dos pulmones gangrenadas, como la última expresion de un trabajo inflamatorio de este órgano.

La neumonía puede ocupar los lóbulos pulmonares aisladamente ó varios á la vez: las neumonías, ocupando los dos pulmones simultáneamente, son raras, á tal grado, que nunca he llegado á ver la neumonía doble, sino despues de haber ocupado aisladamente uno de los pulmones.

VIII

PRONÓSTICO.

Es una de las cuestiones más interesantes y más difíciles de resolverse categóricamente á la cabecera del enfermo. Es necesario, dicen los positivistas, saber para prever, prever para obrar, y obrar por convicción: hablando en sentido médico, es necesario diagnosticar para tratar una enfermedad; diagnosticando y tratando metódicamente una enfermedad, se puede prever cuál será el éxito.

Las circunstancias siguientes son indispensables para resolver en un caso dado una cuestion de pronóstico:

1º El conocimiento de las circunstancias biológicas ó sea el estudio del individuo en quien se desarrolla una afeccion.

2º La gravedad de la enfermedad por relacion á la jerarquía que el órgano tiene en la economía.

3º Cuál es el valor de los medios empleados para curar esa misma enfermedad.

Muy fácil es plantear este problema; pero nada hay más difícil que resolverlo convenientemente, y tratándose de la neumonía, la cuestion quedará en pié por mucho tiempo: ligeras consideraciones me bastan para traer el convencimiento de esta verdad: refiriéndome á la primera cuestion, digo, ¿será lo mismo que la enfermedad venga en un niño, que en un adulto y un viejo? ¿Será lo mismo que un niño sea escrofuloso y otro sanguíneo, para juzgar del uno lo mismo que del otro? No, ciertamente. ¿En los viejos será lo mismo uno que esté gastado por los vicios á otro que lleve hasta entónces una vida morigerada? No, ciertamente. Los ejemplos se podrian multiplicar, pero básteme solamente estos casos para señalar que la primera condicion es un vacío en las ciencias médicas.

La segunda cuestion se relaciona con la importancia del órgano en sí mismo, y á la jerarquía que ocupa en la economía.

La importancia del aparato pulmonar es un hecho evidéntísimo; el pulmón ha llegado á ser considerado como uno de los tres piés de la vida: pero la cuestión más interesante en este punto, se relaciona más bien con la topografía pulmonar; porque no es lo mismo que una neumonía ocupe el vértice que la base; ni es el mismo temor el que despierta una neumonía cuando es central, que cuando es superficial, ni el diagnóstico se establece tan fácilmente en uno como en otro caso. No son las mismas reflexiones las que hacemos cuando la neumonía siendo central se acerca al pedículo, que cuando mucho se aleja de él; y si tomáramos las estadísticas como punto de mira para emitir un juicio, nada habria más inexacto que esto; porque las estadísticas no han tenido en cuenta el número de individuos afectados únicamente de neumonía de vértice, formar un agrupamiento natural y sacar deducciones aritméticas exactas. El día en que se lleguen á estudiar las neumonías de vértice con las de vértice, las de la base con las de la base, las centrales con las centrales, se habrá hecho un estudio como lo exige la sana razón y el buen sentido médico.

Otro agrupamiento natural que tiene que hacerse después del estudio de sitio, es el de las complicaciones, que son verdaderas circunstancias agravantes en el pronóstico de una enfermedad. La experiencia enseña que la neumonía en un viejo es grave, pero la gravedad aumenta en proporción al número de complicaciones: si este viejo en quien suponemos una neumonía es alcohólico inveterado, la gravedad de su padecimiento aumentará, y si la neumonía es de vértice, el pronóstico es eminentemente desfavorable: y ¿qué diríamos si este individuo fuera cardíaco y si su lesión estuviera descompensada? ¿Y si una lesión encefálica se desarrollara?

Pregunto ahora: ¿hay un trabajo en patología que llene estas exigencias? Volúmenes se han escrito, las monografías aumentan, y sin embargo, el estudio de la neumonía es un problema por resolver.

Y sin temor de equivocarme, creo que cuando el estudio de la neumonía se haga teniendo en cuenta en cada uno de los casos el sitio de la lesión, las circunstancias individuales, el número de complicaciones, y los resultados del tratamiento, en-

tónces nuestras descripciones médicas serán á los enfermos lo que las buenas fotografías á los individuos que representan, imágenes verdaderas de los hechos. Los resultados tienen que ser exactos, porque hemos ido agrupando los datos de tal manera, que hemos sumado hechos semejantes, hemos reunido individuos semejantes, hemos formado familias médicas.

La tercera cuestion se relaciona con el valor que los medios empleados tienen para curar la enfermedad. Nada hay más variado que el tratamiento; ha cambiado con el tiempo y con los autores; los datos no pueden ser más contradictorios: dése una ojeada al cuadro núm. 2º, y se verá la verdad de lo que acabo de exponer: ahí se ha tenido en cuenta únicamente dos datos: el tratamiento y los resultados: hacen falta las edades, el aclarar cuál ha sido el sitio, cuáles son las complicaciones, y por último, formar agrupamientos que se correspondan entre sí. Se olvida la gravedad que la neumonía reviste en las diversas estaciones del año.

En el cuadro núm. 1º, he tenido en cuenta el número de enfermos atacados de neumonía durante cada uno de los meses, así como el número de muertos: despues he tenido cuidado de ir uniendo las fracciones correspondientes á las estaciones de los años.

En el cuadro tercero existe el sitio; —he reunido los casos de neumonía de vértice, — tanto del lado derecho como del izquierdo: de las circunstancias biológicas he tenido en cuenta sólo la edad, que varia en casi todos los casos entre veinte y treinta años: todos estos individuos tienen una circunstancia que les es comun, el ser soldados; casi todos tomadores, y áun con aproximaciones se puede decir que sus circunstancias biológicas son iguales: se verá el tratamiento que casi les es comun y que denomino con el nombre de mixto, pero que podia decir mejor sintomático: no falta en casi la mayor parte el calomel y el uso de los vejigatorios. Las mismas consideraciones podemos aplicar á los grupos de neumonía de la base y de los diferentes lóbulos.

Conozco que el estudio que he hecho no satisface al plan que creo conveniente se debe seguir en el estudio de la neumonía, y por lo mismo me abstengo de sacar conclusiones: más tarde,

si las circunstancias me son propicias, completaré el trabajo, del cual solo creo presentar un embrion.

Pero á pesar de esto, se puede ver cuál ha sido la frecuencia durante los meses; cuál es la gravedad relativa en cuanto á su sitio, etc. : como el grupo de neumonías complicando otros estados constitucionales es muy pequeño, me abstengo de hacerlo figurar en el cuadro que presento.

CUADRO NÚMERO 1.

Quadro estadístico de Neumónicos, perteneciente al Ejército Nacional Mexicano.

Año de 1881.						Año de 1882.					
MESES.	EXISTIAN.	ENTRARON.	SALIERON.	MURIERON.	QUEDAN.	MESES.	EXISTIAN.	ENTRARON.	SALIERON.	MURIERON.	QUEDAN.
Enero..	7	17	8	4	12	Enero..	3	10	3	2	8
Febrero	12	9	12	6	3	Febrero	8	14	5	6	11
Marzo..	3	19	5	5	12	Marzo..	11	10	13	3	5
Abril...	12	21	14	7	12	Abril...	5	11	4	5	7
Mayo..	12	16	17	5	6	Mayo..	7	36	11	13	19
Junio..	6	12	9	5	4	Junio..	19	13	22	4	6
Julio...	4	12	4	5	7	Julio...	6	10	5	4	7
Agosto.	7	10	10	4	3	Agosto.	7	9	7	3	6
Setbre..	3	7	3	1	6	Setbre..	6	7	4	2	7
Octubre	6	6	2	4	6	Octubre	7	5	6	1	5
Novbre.	6	5	4	1	6	Novbre.	5	10	6	2	7
Dicbre..	6	5	4	4	3	Dicbre..	..	..	..	..	..

TERMINA EL CUADRO NÚM. 1.

Quadro estadístico de Neumónicos, perteneciente al Ejército Nacional Mexicano.

Año de 1881.						Año de 1882.							
ESTACIONES	MESES.	EXISTIAN.	ENTRARON.	SALIERON.	MURIERON.	QUEDAN.	ESTACIONES	MESES.	EXISTIAN.	ENTRARON.	SALIERON.	MURIERON.	QUEDAN.
Primavera.	Enero.....	7	17	8	4	12	Invierno.	Diciembre.	6	5	4	4	3
	Febrero...	12	9	12	6	3		Enero.....	3	10	3	2	8
	<i>Total.</i>	19	26	20	10	15		Febrero...	8	14	5	6	11
	Marzo	3	19	5	5	12	<i>Total.</i>	17	29	12	12	22	
	Abril.....	12	21	14	7	12	Primavera.	Marzo	11	10	13	3	5
Mayo.....	12	16	17	5	6	Abril.....		5	11	4	5	7	
<i>Total.</i>	27	56	36	17	30	Mayo.....		7	36	11	13	19	
Estío.	Junio.....	6	12	9	5	4	<i>Total.</i>	23	57	28	21	31	
	Julio	4	12	4	5	7	Estío.	Junio.....	19	13	22	4	6
	Agosto ...	7	10	10	4	3		Julio.....	6	10	5	4	7
	<i>Total.</i>	17	34	23	14	14		Agosto...	7	9	7	3	6
Otoño.	Setiembre.	3	7	3	1	6	<i>Total.</i>	32	32	34	11	19	
	Octubre...	6	6	2	4	6	Otoño.	Setiembre.	6	7	4	2	7
	Noviembre	6	5	4	1	6		Octubre...	7	5	6	1	5
	<i>Total.</i>	15	18	9	6	18		Noviembre	5	10	6	2	7
						<i>Total.</i>	18	22	16	5	19		

Estudio comparativo de la mortalidad en la neumonía, teniendo en cuenta el tratamiento (segun Leboeuf, de la obra de Dujardin).

AUTORES.	Mortalidad por ciento.	TRATAMIENTOS.	NOTAS.
Rambeau (Hospital Militar).....	0	.... Mixto.	
Grisolle (en el primer período.).....	10	..... id.	
Id. (en el 2º período.)	16	..... id.	
Brera (Italia).....	19	..... id.	De 2 á 3 sangrías.
Id.....	22	..... id.	De 3 á 9 id.
Id.....	68	..... id.	De más de 9 id.
Dielt (Viena, 1849)..	20,7	..... id.	
Routh (Lóndres 1855)	14 á 20	..... id.	
Laennec (Hospital de Caridad, 1826).	3,5	..... id.	
Louis.....	15	..... id.	
Rasory (Hospital Militar).....	14	..... id.	
Id. (Hospital Civil)..	22	..... id.	
Grisolle.....	10	Sangría y tártaro estibiado.	
Id.....	23	Sangría y óxido blanco de antimonio.	
Dielt (Viena 1849)...	20,7	Id. id. id.	
Benet (Edimburgo)...	en 65 3	(Sin sangría) alimentacion y tónicos.	
Laennec (1826).....	3	Con tártaro solo.	
Dielt (Viena 1849)...	20,7	id.	
Id.	8,20	Medicacion alcohólica.	
Skoda (Viena).....	13,7	Tratamiento espectante.	
Dielt (Viena).....	7,4	..... id.	
Brera (Italia).....	14	..... id.	
Teissier (homeópata, Paris).....	7	..... id.	

Dujardin.—En los meses de Enero, Febrero y Marzo de 1882 obtuvo 24 muertos por ciento siguiendo la indicacion sintomática.

Compárense todos estos resultados con los del cuadro número 1 que presentamos.

CUADRO NÚMERO 3.

Estadística relacionando la edad, sitio, tratamiento y éxitos en diversos casos de neumonía fibrinosa, por Casimiro Preciado.

EDAD.		SITIO.	EXITO.		TOTAL
AÑOS.					
TRATAMIENTO MIXTO.	30	Vértice.	Muerte.	
	30	..... " .....	"	.....
	30	..... " .....	"	.....
	30	..... " .....	.....	Curacion.
	24	..... " .....	Muerte.	.....
	31	..... " .....	.....	Curacion.
	24	..... " .....	.....	"
	20	..... " .....	.....	"
	44	..... " .....	.....	"
	20	..... " .....	.....	"
			4	6	10

TRATAMIENTO MIXTO.	21	Lóbulo superior.	Curacion.	
	25	..... " .....	.....	"
	22	..... " .....	.....	"
	21	..... " .....	Muerte.	.....
	30	..... " .....	"	.....
	35	..... " .....	.....	Curacion.
	32	..... " .....	Muerte.	.....
	48	..... " .....	"	.....
	28	..... " .....	.....	Curacion.
	55	..... " .....	.....	"
			4	6	10

TERMINA EL CUADRO NÚM. 3.

EDAD.		SITIO.	EXITO.		TOTAL
TRATAMIENTO MIXTO.	AÑOS. 25	Lóbulo medio.	Muerte.	
	26	..... ??	??	.....
	25	..... ??	??	.....
	50	..... ??	??	.....
	23	..... ??	.....	Curacion.
	18	..... ??	.....	??
	30	..... ??	.....	??
	36	..... ??	.....	??
	59	..... ??	.....	??
	36	..... ??	.....	??
			4	6	10
TRATAMENNO MIXTO.	35	Base.	Curacion.	
	28	..... ??	.....	??
	34	..... ??	.....	??
	20	..... ??	.....	??
	17	..... ??	.....	??
	28	..... ??	.....	??
	20	..... ??	.....	??
	25	..... ??	.....	??
	50	..... ??	Muerte.	.....
	42	..... ??	.....	Curacion.
	28	..... ??	.....	??
	24	..... ??	Muerte.	.....
	30	..... ??	.....	Curacion.
	26	..... ??	Muerte.	.....
	30	..... ??	.....	Curacion.
	46	..... ??	.....	??
	25	..... ??	.....	??
38	..... ??	.....	??
29	..... ??	Muerte.	.....	
25	..... ??	.....	Curacion.	
			4	16	20

CUADRO NÚMERO 4.

Quadro que marca la frecuencia de la mortalidad en la clase civil, y orden que guarda en el número de las enfermedades que más estragos hacen en la capital la neumonía.

Mortalidad producida por la neumonía en México
(clase civil).

Enero.....	131
Febrero.....	120
Marzo.....	142
Abril.....	186
Mayo.....	198
Junio.....	117
Julio.....	76
Agosto.....	68
Setiembre.....	46
Octubre.....	61
Noviembre.....	59
Diciembre.....	127

Clasificación de las enfermedades segun su frecuencia.

1º Pulmonías (muertos en el año 1878) 1,331.

2º Diarreas.	7º Congestion cerebral.
3º Tuberculosis.	8º Disenteria.
4º Viruela.	9º Lesiones traumáticas.
5º Tifo.	10º Meningitis.
6º Afecciones orgánicas del corazon.	11º Hepatitis.
	12º Asfixia.

NOTA.—Datos tomados del trabajo sobre mortalidad del Dr. Demetrio Mejía, suponiendo el censo de la poblacion de 225,000 habitantes.

IX

TRATAMIENTO.

En su Tesis inaugural el Dr. Luis E. Ruiz, así se expresa: “En las circunstancias complexas de un neumoniaco, solo la aplicacion rigurosa del Método Deductivo es la garantía positiva del éxito en su tratamiento.”

Al echar mano de una sustancia cualesquiera, es necesario tener en cuenta que la vamos á administrar á un individuo y que este individuo está enfermo. Ya hemos hecho el estudio de la enfermedad: conocemos su etiología, conocemos sus manifestaciones que son generales y locales; conocemos su marcha, sabemos que es cíclica: seamos sumisos á las leyes de la naturaleza que son bastante precisas. Una vez la enfermedad iniciada, nada habrá que la detenga, seguirá su marcha; cuidemos de emplear los métodos abortivos que son inútiles en semejantes casos.

El conocimiento del individuo es indispensable; es necesario adquirir nociones sobre lo que fué ántes de enfermarse, conocer su edad, conocer su temperamento, su constitucion, sus hábitos, porque en muchísimas circunstancias habrá que respetarlos, y si tal no sucede, habrémos olvidado que entre el médico y la enfermedad hay de por medio la vida de un enfermo.

Además de lo anteriormente dicho, es necesario conocer cuáles son los medios de que podemos disponer para acompañar á un enfermo que vuelve á recobrar su estabilidad interrumpida; aquí es necesario conocer lo que se ha hecho, y comparar entre sí los resultados y evitar los escollos si nos es posible.

Autores hay que han creído era mejor, no hacer nada en

la neumonía en vista de los resultados que obtenian, que algunas veces eran superiores á los que muchos hacian: véanse si no, los resultados entre Dielt (de Viena) y Brera en Italia; el uno perdiendo solamente 7. 4. por 100 expectando solamente, miéntras otro perdía 68 por 100, despues de haber sangrado más de nueve veces á un individuo.

No cabe duda que tan irracional es ver á todo individuo que lleva una neumonía con ojos expectantes, como quererlos sangrar á todos, y más si esto se hace como se dice lo hacia Bouilleaud, hasta producir efecto, es decir, hasta ver venir el síncope.

No cabe duda que la expectacion se puede hacer, y casos hay en que está indicado hacerlo: ya en el curso de mi tésis he hablado de un enfermo en quien la neumonía no habia traído ninguna perturbacion general alarmante; era un enfermo en quien la enfermedad marchaba tranquilamente. El Dr. San Juan me ha referido un caso semejante, en donde la enfermedad misma indicaba lo que habia de hacer. La expectacion estará en algunos casos indicada; pero por expectacion yo no entiendo la inercia absoluta, sino que en esos casos el médico es un maquinista que debe evitar el descarrilamiento de la máquina humana.

La sangría tiene su indicacion y ésta se deduce del pulso, cuando es amplio, fuerte, lleno, que el corazon late en un individuo robusto, que la dispnea es fuerte, que hay signos de gran congestion; entónces está indicado hacer el desagüe del pulmon.

El Dr. Lucio conserva el recuerdo de un enfermo en quien era casi indispensable sangrar cuando la neumonía le repetia, porque los casos anteriores le habian enseñado que su enfermedad marchaba bien cuando recurria á este medio.

Muy pocas veces he visto practicar la sangría, y solo recuerdo el caso de un individuo de constitucion robusta que tenia su pulso amplio, fuerte, que los síntomas generales eran exagerados y en quien el Dr. Cordero M., practicó la sangría, viendo coronada su pequeña operacion con un éxito maravilloso.

Los demás medios que se dirigen á aplacar la exageracion de los síntomas generales, como son el tártaro, la digital, el

sulfato de quinina, deben emplearse con moderacion y procurar en cuanto es posible medir su accion. El sulfato de quinina, bien sea solo ó mezclado al opio ó con la belladona, como lo recomienda el Dr. Montes de Oca, está perfectamente indicado cuando en el proceso inflamatorio del pulmon interviene la influencia palustre.

La forma de la enfermedad muchas veces nos indica cuál es el camino que debemos seguir. Ya más ántes he hablado de estas formas y sus maneras de aparecer. En la forma que se complica de un estado saburral de las vías gástricas, el emético y la ipeca serán un buen medio que podemos emplear. En la forma delirante es necesario conocer de qué depende el delirio: si es un individuo alcohólico, el alcohol, la verdadera medicacion de Todd, estará perfectamente indicada; el almizcle y la estriknina que es el remedio por excelencia de los alcohólicos; pero es necesario, como lo dice muy bien el profesor de Clínica del Hospital Militar, ver en esa sustancia un medicamento, no un veneno: se debe emplear á fuertes dosis, no se presentan accidentes en los neumónicos; he visto y he inyectado por el método hipodérmico hasta un centígramo de estriknina en un individuo, 5 miligramos por la mañana y 0.005 por la tarde; á otro enfermo se le han puesto en inyeccion hasta 15 miligramos repartidos en un dia, sin verse ninguna manifestacion de intolerancia. Otras veces será el opio el que ausente el delirio, principalmente cuando aquel dependa de un estado anémico ó la belladona si es congestion.

En la forma depresiva ó adinámica, el alcohol que, segun Peter, obra como alimento, medicamento económico y como tónico. Tambien Dujardin ha sostenido en el Congreso Médico de Bruxelas, que de todos los antitérmicos, el alcohol es el ménos peligroso. Al lado del alcohol está la estriknina, que es el remedio por excelencia de los estados adinámicos, y mucho más cuando son graves.

Se debe emplear en los tres estados de la neumonía: en el primer grado prevendrá la adinamia, en el segundo la combatirá, en el tercero, si es desesperado el caso, prolongará la vida. La estriknina, dice el Dr. Macías, es una sustancia de provenir en la terapéutica. Soy testigo de los resultados que he visto

obtener á los Dres. Macías, Escobar, y entre otros es digno de notarse el Sr. Dr. Regino Gonzalez, á quien he visto en un caso, francamente desesperado, ser la salvacion de un neumoniaco que estaba próximo á espirar.

La estriquina es una sustancia patrocinaada por los médicos militares, y el que la emplee no á dosis homeopáticas, sino como se ha dicho, no tendrá de que arrepentirse. La estriquina es la quina de los neumoniacos. Al lado del alcohol y la estriquina, está el fosforo de zinc: son conocidos los buenos resultados que han obtenido los Dres. Licéaga, Dominguez y Segura, quienes lo emplean en los tres períodos con magníficos resultados.

La lesion local, lo mismo que los síntomas generales reclaman nuestra atencion: en el pecho es donde pasa la escena; allí tenemos que dirigir nuestra atencion. Las lecciones anatómo-patológicas nos precisan cuál debe ser nuestro papel. El dolor, la tos, la dispnea y el estado congestivo reclaman una revulsion, ésta se puede hacer de diversas maneras, por medio de sinapismos, ventosas escarificadas y por el biyoduro de mercurio; pero la que más surte entre nosotros es el emplasto de cantáridas: éste se debe emplear tan luego como la neumonía se diagnostica: y como esto pasa en la mayor parte de los casos cuando está en su segundo período, se comprende por qué el Dr. Lucio lo recomienda en este período. Para Dujardin, los vejigatorios están indicados solo cuando la neumonía está en el período de defervescencia para favorecer la reabsorcion.

Hay tambien quien considere los vejigatorios como contraindicados en la neumonía; pero para destruir una creencia ligera bastará ver lo que pasa despues de la aplicacion de un vejigatorio en un neumoniaco: desaparece el dolor, disminuye la tos, cambia el esputo, y la dispnea molesta ménos; y esto se comprende: ya en el principio de esta tésis me ocupé de demostrar la accion que hay entre la circulacion cutánea y la pulmonar. Con los vejigatorios se llama la sangre hácia la superficie, afluye adonde se hace la irritacion, y el pulmon se encuentra ayudado por este medio para luchar con un fenómeno constante en la neumonía, cual es la congestion pul-

monar. Al lado de este medio encontramos el cuernecillo de centeno de que hace uso frecuente el Dr. Macías, sirviéndose del alcohol como vehículo. El calomel encuentra su razón de ser en este mismo lugar, obrará contra la calentura, y localmente disminuirá el estado congestivo. Hay momentos en que es necesario ocuparse de vaciar el pulmón de los productos que en su interior se hacen; en estos casos, la ipecacuana y el bicarbonato de sosa dan muy buen éxito como lo he visto emplear á mi maestro el Dr. Ildefonso Velasco. Al lado de estas sustancias encontramos el Kermes, la ipecacuana á dosis nauseosas, y otras muchas de que no hago mención. Cuando la resolución no es completa ó cuando se la quiere ayudar, el yoduro de potasio dará buenos resultados. Antes de terminar diré, que es necesario en materia de tratamiento de la neumonía juzgar la cuestión por hechos aislados y no por las estadísticas; y esto porque solo se ha tenido en último resultado uno solo de los factores para resolver el problema, y es el tratamiento y los éxitos, pero no se ha tenido el cuidado de ir comparando los resultados en casos análogos y de allí sacar deducciones: porque ¿cómo ha de ser lo mismo la sangría empleada en un niño que en un individuo robusto? ¿cómo ha de ser indiferente que la neumonía sea de vértice que de la base? ¿cómo ha de ser lo mismo que afecte una forma que otra, y en cada ciento de los que vemos que nos presentan los diversos autores que he citado, cuántos viejos habrán sido agrupados al lado de niños robustos y bien cuidados? ¿cuántos alcohólicos al lado de los que nunca lo han sido? ¿cuántas neumonías fulminantes al lado de las que han seguido su marcha silenciosa y reposada? ¿Cuántos casos habrá en donde el diagnóstico se haya hecho, como algunas veces lo he visto, doce ó veinticuatro horas ántes de morir, cuando ya todo recurso era inútil? ¿cuántos casos de neumonías agudas venidas en individuos tuberculosos, y cuántos casos de aquellos en que se han empleado tratamientos tan perniciosos como la misma enfermedad?

Véase á mi modo de ver la discrepancia que existe entre esa variedad de éxitos: se ha olvidado hacer comparaciones entre los hechos que tienen puntos comparables; en una pala-

bra, se ha olvidado la aritmética que previene sumar cantidades homogéneas.

Antes de terminar este pequeño trabajo, diré, Señores Jurados, que nunca he creído haber cumplido al pié de la letra con la ley, sí solo me queda la tranquilidad de haber hecho lo que podia, ya que no me fué posible hacer lo que debia.

México, Mayo 2 de 1883.

C. Preciado.



