

b) La *infiltración sanguínea difusa*, no sistemática, se presenta á veces en forma de focos pequeñitos, de manchas equimóticas, que recuerdan las de la púrpura (infiltración petequial de Walshe). A veces la sufusión sanguínea es mucho más extensa. Estas sufusiones, pequeñas ó grandes, son á menudo subpleurales, y es á lo que en Medicina legal se llama manchas de Tardieu. Se observan sobre todo en la asfixia, las enfermedades infecciosas, las apoplegias de origen nervioso.

Al lado de estas sufusiones, Renaut (de Lyon) ha descrito un *infarto difuso festoneado*, que es peculiar de las enfermedades del corazón. Son pequeños derrames sanguíneos en el interior de un lóbulo, que resultan de la rotura de los capilares alveolares bajo la influencia de la congestión cardíaca. El foco hemorrágico tiene parcialmente la forma festoneada del lobulillo y está rodeado de una zona de edema diapedésico de color de jalea de grosella. Se distingue del infarto hemoptóico, en la falta de coágulo en el vaso aferente, y que el foco no tiene forma piramidal; además, el corte no es negro y seco, como el del infarto.

II. *Focos sanguíneos por desgarradura*.—En general, son muy vastos y de límites borrosos, estando constituidas sus paredes irregulares y anfractuadas por el tejido pulmonar desgarrado é infiltrado de sangre; en el interior, se encuentran coágulos mezclados con restos de pulmón. La pleura está rota con mucha frecuencia, y se produce un derrame de sangre en su cavidad. Ya hemos mencionado, anteriormente, las causas probables de estos focos: aneurisma de Rasmussen, degeneración de una arteria de cierto calibre, rotura de un aneurisma aórtico.

SÍNTOMAS.—I. *Focos sanguíneos por infiltración*.—Ya hemos descrito los signos del infarto embólico: disnea súbita, dolor torácico, expectoración hemoptóica.

El único signo que puede revelar las demás formas de infarto, es la *hemoptisis*. La hemoptisis apoplética está formada, en general, por esputos pequeños de un rojo oscuro, casi negro. Sin embargo, puede presentar los caracteres de las hemoptisis francas, siendo la sangre expectorada rutilante, espumosa y abundante.

Pero la hemoptisis falta en muchas ocasiones, y entonces la lesión permanece latente. Como no se presenta la hemoptisis en la difteria, fiebre tifoidea, viruela y enfermedades cerebrales, pasa inadvertida la apoplegia. Esta falta de la hemoptisis es debida: ó á que la hemorragia se produce por trasudación lenta, ó porque los bronquios están obstruidos casi siempre, ó, finalmente, porque las partes declives del pulmón, que es donde se verifica principalmente la hemorragia, cesan de funcionar bajo la influencia de la adinamia y del decúbito dorsal.

Cuanto á los *signos físicos*, son los de una condensación del pulmón, más ó menos limitada: soplo, submacicez. Estos signos en nada ayudan al diagnóstico, puesto que, si falta la hemoptisis, no se puede comprender su verdadera significación.

En suma, desde el punto de vista clínico, la apoplegia es ordinariamente un incidente de importancia secundaria en el curso de una enfermedad grave, cuyos síntomas más principales son los únicos que llaman la atención del médico.

II. *Focos sanguíneos por desgarradura*.—Los síntomas siguen, por lo común, una marcha fulminante; los enfermos se ven acometidos de una intensa disnea, escupen sangre á bocanadas, y mueren, generalmente, asfixiados. A veces se rompe la pleura, y entonces se observan, con los fenómenos de anemia propios de las grandes hemorragias, los signos de un derrame pleural que asciende rápidamente (Jaccoud).

DIAGNÓSTICO.—No hay más que un signo característico de la apoplegia pulmonar, y es la hemoptisis. Si ésta falta, el diagnóstico es casi imposible.

Cuando se produce la hemoptisis, presenta, por lo común caracteres bastante marcados para que pueda haber la menor duda acerca de su origen apoplético: la expectoración sanguínea es fraccionada, poco abundante, y se continúa por espacio de varios días; los esputos son oscuros y negruzcos. Estos caracteres distinguen la hemoptisis apoplética de la hemoptisis franca, en que la sangre es roja, espumosa y sale á bocanadas. Pero es menester no olvidar que, en la apoplegia, puede la hemoptisis presentar exactamente los últimos caracteres, aunque esto sea bastante raro. En este caso, que se observa sobre todo en las jóvenes afectadas de estrechez mitral, la hemoptisis puede engañarnos y hacernos creer en una *tuberculosis*, pudiendo únicamente aclarar el diagnóstico la auscultación atenta del corazón y del pulmón.

Cuando los esputos de la *pneumonía* presentan el aspecto del jugo de regaliz, se asemejan un poco á los de la apoplegia. Pero esta semejanza no es origen de dificultades, más que cuando la *pneumonía* se desarrolla alrededor de un infarto. Recuérdese que la *fiebre* que acompaña á esta *pneumonía* secundaria es precedida de los signos de apoplegia, y no aparece hasta del día sexto al noveno (Duguet).

Una vez averiguado que la hemoptisis depende de la apoplegia pulmonar, falta reconocer de qué variedad de apoplegia se trata. Si los accidentes se han producido en un sujeto notoriamente cardíaco, ya en un ataque de asistolia, ó en buen estado de salud aparente, se podrá diagnosticar un infarto embólico. Si han sobrevenido en el curso de un estado adinámico, infeccioso ó cerebral, se podrá diagnosticar un foco de infiltración difusa.

Los focos sanguíneos por desgarradura, acompañados de una irrupción de sangre en la pleura, pueden tomarse por una pleuresía sobreaguda, que permitirán sospechar la naturaleza del mal, la anemia profunda y rápida, y la hemoptisis.

PRONÓSTICO.—Si prescindimos de los focos sanguíneos por desgarradura, es excepcional que la hemoptisis apoplética sea bastante abundante para poner en peligro los días del enfermo. La apoplegia puede ser mortal por el número y extensión de los infartos, ó por los accidentes secundarios, como gangrena, *pneumonía*, pleuresía ó *pneumotórax*, que pueden acompañarla; pero estas eventualidades, son raras. En suma; el infarto no tiene generalmente gravedad por sí mismo; lo que le da una significación grave, es que representa el indicio de una adinamia profunda en las enfermedades infecciosas ó cerebrales.

TRATAMIENTO.—Todas las formas de apoplegia reclaman, en primer lugar, el conjunto de precauciones que se acostumbra á prescribir á todo enfermo que escupe sangre: reposo absoluto, silencio, temple fresco de la habitación, ingestión de trocitos de hielo, bebidas heladas y acidulas; limonada sulfúrica ó agua de Rabel.

En el caso de que sea abundante la hemoptisis, se podrá administrar la ipecacuana á la dosis de 10 centigramos cada cuarto de hora, y aplicar revulsivos al tórax, y hasta practicar la sangría, si el sujeto es robusto.

Las demás indicaciones terapéuticas, se desprenden de la causa misma de la apoplejía. Ya hemos dicho cuál es el tratamiento que conviene en el infarto embólico. En las enfermedades generales, la medicación á que se debe recurrir, es la estimulante y tónica.

CAPITULO IV

ENFISEMA PULMONAR (1)

El enfisema pulmonar se puede definir: un estado de dilatación excesiva y permanente de los alvéolos pulmonares, acompañado de atrofia de las paredes alveolares.

A Laënnec se debe la descripción primera y fundamental de este estado morboso. Antes del invento de la auscultación, puede decirse que era desconocido, aunque, según el mismo Laënnec, algunos observadores, como Ruysch, Valsalva y Baillie, hubiesen visto algunos casos de esta dolencia. Andral, Bouillaud, Louis, G. Sée y otros muchos autores, que hemos de citar en lo sucesivo, han añadido algunos detalles á la descripción de Laënnec, pero sin modificarla en sus rasgos esenciales.

Laënnec describe dos variedades de enfisema: el *enfisema vesicular*, en el cual las cavidades aéreas están distendidas, ensanchadas y confundidas, pero no rotas; y el *enfisema intersticial ó interlobulillar*, en el cual están rotas las cavidades aéreas, y el aire se infiltra en el tejido conjuntivo *interlobulillar, subpleural, mediastínico ó subcutáneo*.

Trataremos especialmente del enfisema vesicular; el intersticial, no es más que una complicación bastante rara del mismo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Para comprender bien la naturaleza del enfisema, lo mejor es describir ante todo las lesiones, tales como se presentan en un caso típico.

Al examinar el cadáver, choca la distensión considerable del tórax. Si se abre la caja torácica, se ve que el pulmón, en lugar de hundirse como en el estado normal, sale fuera del pecho, demasiado reducido para contenerle; sus bordes anteriores, en vez de ser delgados y afilados, son gruesos y romos, y recubren más ó menos completamente el saco pericardiaco.

Si se extrae el pulmón, se nota que está muy aumentado de volumen: el pulmón enfisematoso, se parece á un pulmón muy insuflado. A veces se ven, en

(1) Villemin, *Archives de médecine*, Octubre y Noviembre, 1860. — Rindfleisch, *Manuel d'histologie pathologique* (traducción francesa). — Homolle, *Emphysème pulmonaire*, en *Dict. Jaccoud*, 1877. — Clermont, *Emphysème pulmonaire*, en *Dict. Dechambre*, artículo *Pulmón*, 1889. — G. Sée, *Maladies simples du poumon*, artículo *Asthme*, 1886. — Strümpell, *Traité de pathologie spéciale et de ihéráp.*, traducción francesa, 1888.

su superficie, unas vesiculares pulmonares tan dilatadas, que se parecen á una ampolla próxima á romperse; pinchadas estas ampollas con un alfiler, sólo se aplastan de un modo incompleto. Si se pasa el dedo sobre la superficie del pulmón, se nota una sensación, que Laënnec compara á la que da un edredón. Si se aprieta el parénquima entre los dedos, el tejido queda hundido y no vuelve sobre sí; también se observa, que la crepitación es menor que en estado normal. El mosaico que en la superficie del pulmón dibujan los contornos de los lobulillos, es mucho más marcado que de ordinario. El color del órgano es pálido, y esto proviene de dos causas: por una parte, de cierto grado de anemia, debido á las obliteraciones vasculares, y por otra, de la falta ó de un ligero grado de la antracosis, carácter del cual volveremos á tratar.

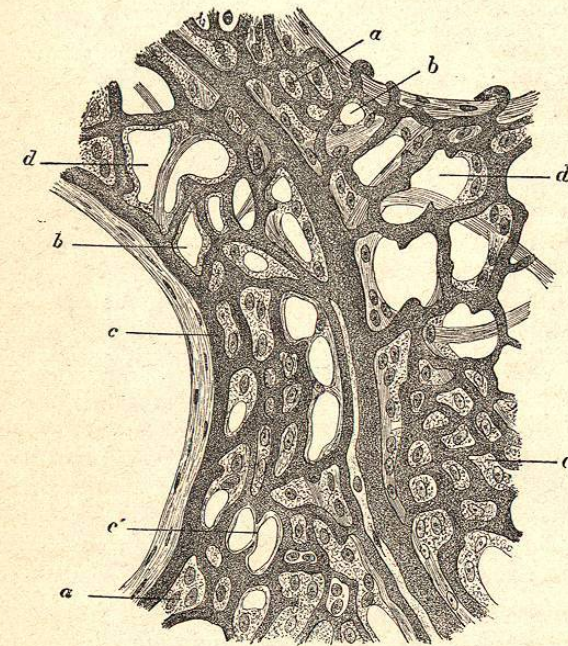


Fig. 14. — Corte de un pulmón enfisematoso, inyectado con carmin y montado en el bálsamo de Canadá (según Ziegler). — Aumento: 200 diámetros.

a. Espacio intercapilar dilatado, con células epiteliales. — b. Rasgadura en la pared alveolar (dehiscencia primaria de Eppinger). — c. Vaso capilar. — c'. Vaso capilar obliterado. — d. Rasgadura considerable en la pared alveolar (dehiscencia secundaria), con desaparición de los capilares.

Las lesiones del enfisema, son ordinariamente difusas y ocupan la casi totalidad de los dos pulmones. Sin embargo, tienen predilección por ciertos sitios; son mucho más marcadas en la superficie del pulmón, que en su profundidad; á menudo el enfisema se limita á los vértices y bordes anteriores, sobre todo en la lengüeta cardíaca del pulmón izquierdo. El enfisema suele ser más marcado en la base izquierda que en la derecha, quizá porque en el lado izquierdo no está sostenido el pulmón por el hígado.

Cuando se da un corte en el pulmón, se derrama poca sangre, y el aire se