

gular. En el primer caso, la alteración del pulmón lo constituye en « lugar de menor resistencia » y favorece la invasión por el bacilo de Koch.

La terminación de la pulmonía por *gangrena pulmonar*, aceptada por Laënnec, Andral, Béhier, Graves, Leyden, etc., es combatida por numerosos autores, tales como Grisolle, Woillez, Lépine y Germán Sée. El principio frecuentemente agudo de la gangrena pulmonar, la importancia de la fiebre y la presencia de lesiones inflamatorias en la periferia del foco esfacelado, han sido causa muchas veces de confusión, y hecho aceptar un origen pneumónico para las gangrenas pulmonares primitivas.

V

Formas y variedades de la pneumonía.

En la pneumonía, quizá más que en cualquiera otra enfermedad, la observación clínica demuestra, lo difícil que es dar un cuadro general aplicable á todos los casos.

Las formas de la pneumonía son múltiples y diversas, y después de haber dado una descripción general común de la enfermedad, debemos pasar al estudio de aquellas.

Estas formas han sido multiplicadas hasta lo infinito, y no podríamos describirlas todas.

De un modo general, nos parece que pueden ser ordenadas en tres grupos principales, que corresponden precisamente á los que nos han servido de base para nuestra clasificación etiológica.

a. Formas en relación con las cualidades del pneumococo.

- 1.º Forma clásica inflamatoria ;
- 2.º Forma adinámica, tifoidea, infecciosa ;
- 3.º Forma abortiva.

b. Variedades en relación con las condiciones anatómicas.

- Pneumonía central ;
 — de vértice ;
 — doble ;
 — maciza ;

c. Influencia del terreno :

- | | |
|---|---|
| Condiciones fisiológicas..... | { Niños.
Ancianos.
Mujeres en cinta.
Nodrizas. |
| Condiciones patológicas: Intoxicaciones.. | { Alcoholismo.
Diabetes.
Albuminuria.
Fiebre tifoidea. |
| — Enfermedades infecciosas. | { Gripe.
Reumatismo.
Infección palúdica.
Tuberculosis. |
| — Lesiones locales... .. | { Afecciones cerebrales.
Enajenación mental.
Caquexia. |

Al lado de la pulmonía de tipo francamente inflamatorio que hemos descrito desde luego, conviene colocar un número considerable de *casos en los cuales domina la astenia, la adinamia*. Sabido es en qué consiste ese estado frecuentemente conocido con el nombre de estado tifoideo, caracterizado en primer lugar por la debilitación de las fuerzas, la indiferencia y postración, la sequedad de las narices y la lengua, las fuliginosidades de las encías y la elevación notable y continua de la fiebre. Estas modificaciones del estado general, aparecen en primera línea, y pueden obscurecer completamente los síntomas funcionales. El dolor de costado falta, hay poca tos y las inspiraciones no son muy frecuentes.

El principio de estas pneumonías, muy rara vez es brusco. Hay un período prodrómico, de duración variable entre cuatro y diez días, caracterizado por una alteración progresiva de la salud, una debilidad creciente, y con frecuencia diarrea. El escalofrío puede faltar desde luego, y entonces es muy difícil fijar la fecha inicial del proceso pneumónico. El escalofrío intenso y único, es excepcional y es reemplazado por escalofríos pequeños y repetidos.

El bazo está, ordinariamente, aumentado de volumen. Hay con frecuencia ictericia. La albuminuria es muy común.

Estas pneumonías adinámicas, atacan sobre todo á los sujetos debilitados por la miseria, los excesos ó las privaciones. Se ha dicho, sin fundamento, que son más comunes en el verano, pero se presentan en todas las estaciones. Afectan, á menudo, un carácter epidémico.

La pulmonía asténica, va acompañada más veces que la inflamatoria, de complicaciones en diversos órganos y aparatos muy distantes del pulmón.

Sée propone, que se dé á esta pneumonía el nombre de pulmonía de tendencia invasora é infectante.

La pneumonía adinámica es debida, como la pulmonía más simple, á la localización del pneumococo en el pulmón, pero el microbio no queda confinado en el foco, sino que pasa á la sangre y después se fija en los más diversos órganos.

La pulmonía puede, en cierto número de casos, presentar una *duración inferior á la media* de cinco á nueve días, que es la regular. Se reserva el nombre de *pulmonía abortiva*, á las pneumonías que duran menos de cuatro días.

Estas pulmonías abortivas principian tan bruscamente y con la misma violencia que las ordinarias; el termómetro llega á la misma altura que en éstas; los signos físicos no difieren en nada, si bien, por lo regular, es menos intenso el soplo y afecta rara vez el carácter tubario; los esputos son coloreados y la defervescencia es igualmente rápida y completa. Estas formas abortivas, van acompañadas á menudo de herpes. A estos casos les aplica Marotte la expresión de *synoque pneumonique*, Wunderlich la de *pneumonía efímera* y Bernheim la de *febrícula pneumónica*. Estos casos, no son raros en los ancianos y en los niños. Algunas veces, es muy difícil distinguirlos de la congestión pulmonar aguda. En el estado actual de nuestros conocimientos bacteriológicos, los límites de esta última enfermedad no están aún bastante determinados.

No daremos mucha extensión á las variedades de la pneumonía en relación con las condiciones físicas de sitio, de extensión y de participación más ó menos notable de los bronquios ó de la pleura.

Estas son, en todo caso, simples variedades, á las que no conviene conceder la denominación de formas, como se hace frecuentemente.

No deberá sorprender en la *pneumonía central* que transcurran muchos días, antes que sean perceptibles los signos físicos, encubiertos al principio por la porción de pulmón sano que los aleja de la superficie pleural. En el diagnóstico de estas pulmonías, es donde se aprecia la importancia de los síntomas generales, y donde se puede sacar partido de un esputo pneumónico, y de las señales de una erupción de herpes.

La *pulmonía de vértice*, no merece que se la considere como una forma. No tiene caracteres especiales, sino cuando ataca á un viejo, á un bebedor, á un debilitado, en los que la localización en el vértice es la más común. Pero los caracteres de esta pneumonía, se deben á la calidad del sujeto, y no al sitio de la enfermedad, así es que la pulmonía del niño conserva toda su benignidad cuando ocupa el vértice, lo que es frecuente en tal edad.

La *pneumonía doble*, en la que los dos pulmones se afectan sucesivamente, tiene mayor duración y gravedad; pero cada uno de los focos se comporta como si estuviera solo, y casi no hay lugar á la creación de una forma.

La pulmonía *erisipelato-flemonosa* de Trousseau, *pneumonía emigrante* ó *de focos sucesivos*, no es ciertamente una pulmonía verdadera; se refiere, sin duda, á una bronco-pneumonía de estreptococos.

La *pulmonía maciza* de Grancher, está caracterizada anatómicamente por el desarrollo de concreciones fibrinosas en los gruesos bronquios, las que, obliterándolos, modifican por completo los signos físicos. No sólo faltan la expectoración, los soplos y los estertores, sino que las vibraciones torácicas están abolidas, es verdaderamente absoluta la macidez, y, como en los casos de pleuresía con derrame, coincide con la carencia completa de la elasticidad á la percusión. En esta variedad son frecuentísimos los errores de diagnóstico, y no podrán evitarse, sino en los casos raros en que las concreciones brónquicas lleguen á ser expulsadas mediante la expectoración, permitiendo así la aparición de los signos ordinarios de la pneumonía.

La *edad* de los sujetos imprime, en muchos casos, su marca, en la manera de ser las pulmonías.

La *pneumonía del niño*, no se distingue solo por la falta de esputos, que nos priva en este caso de un dato precioso. La pulmonía de los niños, se caracteriza por la notable intensidad de los fenómenos generales, y sobre todo, de los fenómenos nerviosos. Rilliet y Barthez han dado á conocer, con el nombre de *pneumonías cerebrales*, las pneumonías en las que los trastornos nerviosos predominan sobre las manifestaciones respiratorias, y distinguen dos formas: la *eclámpsica* y la *meningítica*. Estos epítetos, hacen presentir los principales caracteres. En la primera, las convulsiones son ya generales, ya parciales. En la forma meningítica, se notan los signos principales de la meningitis: cefalalgia, delirio, vómitos y estreñimiento. La elevación notable de la temperatura, la aceleración de los movimientos respiratorios, impedirán creer en una meningitis tuberculosa. La falta de rigidez en la nuca y del estrabismo, permitirán, por otra parte, rechazar el diagnóstico de meningitis aguda. Los signos físicos, que faltan en los primeros días, no tardarán en ser apreciados, investigándolos bien.

La pulmonía franca de los niños es esencialmente benigna, pero d'Espine ha dicho, con razón, que no hay que ir muy lejos en este sentido, pues hay casos mortales, habiendo, por su parte, observado dos en su clínica. En estos casos, la muerte corresponde casi siempre á una infección muy intensa.

La *edad avanzada* imprime con frecuencia, á su vez, caracteres especiales á la pneumonía. Gillete ha hecho notar que, en el viejo como en el niño, puede haber falta de relación entre la lesión local y los fenómenos generales; exagerada al máximo en la infancia, la reacción se halla en la vejez disminuída al mínimo. De ahí, las formas insidiosas ó latentes. Hourman y Dechambre han llamado la atención acerca de las ancianas de la Salpêtrière que se levantan, hacen su cama, se pasean, comen como de costumbre, después se sienten un poco fatigadas, se echan sobre el lecho, y expiran, y en su autopsia se encuentra una hepatización gris muy marcada. En otra serie de casos, la pulmonía se presenta con el aspecto de una apoplejía cerebral, con resolución completa de coma ó bajo el de una hemiplegia sin contracciones ó con ellas. En estas pneumonías de forma apoplética y hemipléjica, hay anemia cerebral localizada, y esta anemia llega á menudo hasta el reblandecimiento. Lépine, ha dedicado su tesis al estudio de la hemiplegia pneumónica.

Grisolle ha procurado determinar la influencia de la pulmonía en la marcha de la *gestación* y el análisis de siete observaciones personales y de once recogidas de las revistas científicas, le lleva á la conclusión de que la pneumonía es muy peligrosa en las mujeres embarazadas.

Estas han sucumbido en la proporción de 8 por 18, y en la mitad de los casos, hubo aborto ó parto prematuro.

Grisolle, sin embargo, cree que estas cifras son muy altas; las *Revistas*, apenas relatan más que los casos graves. Las publicaciones ulteriores, han tenido por principal objeto, el demostrar la benignidad relativa de la pulmonía en el curso de la preñez, para la madre y para el niño. Nosotros citaremos con este objeto á Gusserow, quien relata la historia de dos casos de pulmonía sobrevenidas, una al séptimo mes, otra en el último del embarazo, terminadas por la curación. En uno de estos casos, el alumbramiento de un niño vivo, ocurrió después de la crisis; en el otro, el curso de la gestación no fue perturbado. Fasbender, en la clínica de Mannkopff, ha observado, en siete casos, un solo fallecimiento del niño y curación de todas las madres.

Brieger, por último, ha observado seis casos de pulmonía, en épocas que variaban de las seis semanas á los nueve meses, y en todos ellos curaron las madres. El embarazo siguió su curso en los casos en que estaba poco avanzado, y en los otros, el niño vino al mundo con vida.

Las nociones sobre la naturaleza parasitaria de la pneumonía, debían llamar la atención hacia un aspecto particular del asunto: la *posibilidad de la trasmisión de la madre al feto*. La patología experimental ha suministrado á Netter y á Foá y Uffredozzi la primera prueba de esta trasmisibilidad. Poseemos actualmente hechos comprobantes, en la patología humana. El primero, muy completo, lo publicamos en 1889 (1). Una madre afectada de pulmonía, que terminó por curación, dió á luz un niño de término, que falleció al cuarto día,

(1) Netter, Transmission intra-utérine de la pneumonie et de l'infection pneumococcique, Société de biologie, 9 Marzo, 1889

presentando una pulmonía con pleuresía, pericarditis y meningitis cerebro-espinal supurada, encontrándose el pneumococo en todos los órganos lesionados. Yo he citado, en mis trabajos, hechos análogos menos completamente estudiados, desde el punto de vista bacteriológico, por Strachan, Thorner y Marchand. Después, nuestra observación ha sido seguida de otras análogas publicadas por Lévy (1) (tres días). Viti (2) (sesenta y seis horas), y Birsch Hirschfeld (cuarenta y ocho horas).

En ciertos casos en que ha habido aborto de fetos menos desarrollados, Foà y Uffredozi y Birsch Hirschfeld han apreciado la existencia de una infección por pneumococos.

La trasmisión de la pulmonía al feto está, por lo tanto, perfectamente comprobada.

Pero hemos observado, que está lejos de ser constante. Sólo es posible cuando, en el caso de infección general, circulan pneumococos con la sangre; y la pulmonía del hombre, es generalmente local.

La pulmonía tiene por efecto, dice Grisolle, disminuir y hasta suprimir por completo la secreción mamaria; cuatro *nodrizas*, de cinco, observadas por él, se quedaron enteramente sin leche. Grisolle cree que no hay inconveniente en dejarlas lactar, siempre que se supla la insuficiencia de la nutrición que suministran, y aconseja recurrir á esta práctica, porque sucede algunas veces, si la enfermedad no dura mucho, que reaparece la secreción, y basta como antes para nutrir al niño.

Foà y Uffredozi, Bozzolo y Chambrelent, han observado que en los animales, y también en las mujeres, la leche puede contener pneumococos. Conviene no perder de vista esta posibilidad. Una observación recogida en la clínica del Dr. Pinard, establece la trasmisión de la pulmonía al niño por el amamantamiento (3). En este caso, encontramos en el niño peritonitis y meningitis cerebro-espinal supuradas, debidas á los pneumococos.

La *pneumonía de los bebedores*, presenta una gravedad considerable: las estadísticas de Basilea indican una mortalidad de 55 por 100. Mágnus Huss, ha dado de estas pulmonías una descripción notable. El principio, generalmente brusco, se anuncia por un violento escalofrío; el enfermo presenta fiebre intensa, la cara inyectada, los ojos brillantes, bien pronto agitación con temblor de los brazos y manos, voz chillona, pero gangosa, y á los tres ó cuatro días, con las alucinaciones visuales y auditivas, el cuadro completo del *delirium tremens*. En estas pulmonías no hay disnea aparente, faltan la tos y los esputos y el diagnóstico sólo puede hacerse por la auscultación y la percusión. En otros enfermos, en vez del aspecto vultuoso, la fisonomía es indiferente, abatida, de prostración, los movimientos son más inciertos, y el temblor menos acentuado. En vez del violento delirio de palabra y de acción, el enfermo tiene un tartamudeo ligero é ininteligible acompañado de carfología. La lengua adquiere una sequedad extrema.

(1) Lévy, U. intra-utérine Infection mit Pneumonia crouposa: *Arch. f. experim. Pathologie*, 1889, tomo xxvi.

(2) Viti, C. allostudio della infezione pneumonica congenita: *Riforma medica*, 1890.

(3) Aymard, R. sur le passage des micro-organismes (et en particulier du pneumocoque) de la mère à l'enfant par le lait. Thèse Paris, 1891.

Al lado de estos tipos bien acentuados, hay, en los bebedores, pneumonías que presentan una sintomatología menos clara; una locuacidad exagerada y cierto grado de temblor. La pulmonía de los bebedores pasa con mucha rapidez á la hepatización gris y va acompañada muy á menudo de meningitis supurada.

La pneumonía, no es rara en los *diabéticos*. Aparece, por lo regular, en un período avanzado, cuando la desnutrición general ha hecho grandes progresos. Estas pulmonías tienen, como carácter distintivo, su gravedad excesiva y su marcha extremadamente rápida, *fulminante*. La muerte, que es casi inevitable, no se hace esperar más de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, y este corto tiempo basta para que el pulmón pase á la hepatización gris ó á la infiltración purulenta.

Bouchardat cree que esta pneumonía es fatalmente mortal, salvo en los sujetos que siguen escrupulosamente el régimen. Marchal de Calvi y Leudet, conformes respecto á la gravedad, señalan la posibilidad de curaciones.

Rayer señala la frecuencia de la pulmonía en la *nefritis*. Ha observado la inflamación del pulmón casi en la dozava parte de sus enfermos, proporción sensiblemente igual á la indicada por Bright y Gregory. La pneumonía en estos enfermos es muchas veces latente, pero puede, no obstante, manifestarse por los síntomas ordinarios. Puede terminar por curación, pero las más de las veces es mortal. Mac Dowell ha insistido especialmente sobre la frecuencia de la supuración y hasta de la gangrena. Este médico irlandés se cree en el deber de asegurar, que la pulmonía no supura, ni se vuelve gangrenosa, si no existe al mismo tiempo lesión renal.

Se ha notado la frecuencia relativamente menor de la pneumonía en el grande riñón blanco. Las inflamaciones que complican el pequeño riñón granuloso se localizarían, por el contrario, más á menudo, en las serosas.

La *pulmonía lobular*, puede complicar á la *fiebre tifoidea* en sus diferentes períodos. Su aparición agrava ciertamente el pronóstico, agregando una nueva causa de debilitación á la ya originada por la enfermedad primera. La mortalidad sería de 7/8, según Grisolle, y de 56 por 100 según Betke. Griesinger insiste sobre el hecho de que muchas de estas pneumonías, terminan favorablemente. La evolución en este caso, es en todo semejante á la de la pulmonía primitiva, con la sola particularidad de que la expectoración falta por lo general.

En ciertos casos, bien descritos por Stokes, la pneumonía se presenta al fin de la primera semana, ó á principios de la segunda. Desde su aparición, ocupa el primer lugar y se ven desaparecer los signos de la infección tífica. La pulmonía hace su evolución de una manera regular y termina por la defervescencia clásica. Parece que la infección sobreañadida, viene al terminar la primera infección. El antagonismo de los microbios, ha sido objeto de trabajos diversos que, si no son directamente aplicables á estos casos, indican al menos una interpretación posible.

Los que han motivado más discusiones, son aquellos en que la pulmonía aparece al mismo tiempo que los primeros síntomas de la fiebre tifoidea y fueron bien descritos en 1855 por Dietl, en los términos siguientes:

«Hay fiebres tifoideas que desde los primeros días, del tercero al quinto, se

presentan con el aspecto de pneumonías, con fenómenos intestinales y cutáneos insignificantes ó nulos. Estas pulmonías ocupan casi siempre los lóbulos inferiores; sus lesiones y sus signos físicos, son los de la pneumonía fibrinosa.

»Estas son las verdaderas pneumo-tifoideas, cuyo diagnóstico sólo puede establecerse por la presencia de un exantema, por el estado del bazo y por los fenómenos típicos y aún puede quedar en suspenso hasta el momento de la autopsia».

Gerhardt en 1878, llamó la atención sobre estos hechos y demostró que la pulmonía, en vez de terminar por crisis, era seguida de los signos ordinarios de la dotienteria.

Esta *pneumo-tifoidea* ha sido considerada por algunos autores, como una enfermedad resultante de la localización primera del bacilo tífico sobre el pulmón, pero ya hemos visto que los trabajos recientes no permiten esta interpretación.

En la pneumo-tifoidea, hay pulmonía por pneumococos. Estos determinan una infección nueva que, se concibe muy bien, puede preceder, acompañar y seguir á la infección por el bacilo de Eberth.

Lo que hemos dicho de la pneumonía en la fiebre tifoidea, puede igualmente aplicarse á la pulmonía lobular de las otras afecciones tíficas: *tifus exantemático* y *tifus recurrente*. En estas dos enfermedades, la pneumonía lobular es más frecuente que en la fiebre tifoidea y el examen microbiológico ha demostrado también, que se trata de una infección pneumocócica sobreañadida.

La pulmonía lobular, puede complicar frecuentemente á la *grippe*. Las investigaciones de Nonat y la tesis reciente de Ménétrier (1), suministran la más evidente prueba.

En el curso de las epidemias de *grippe*, se observan tres órdenes de inflamaciones pulmonares; pneumonías lobulares primitivas, pneumonías lobulares en sujetos atacados de *grippe* y bronco-pneumonías.

Las pulmonías lobulares primitivas se presentan con más frecuencia en el curso de las epidemias de *grippe*, y son muy parecidas á las que aparecen en cualquier tiempo; sólo tienen mayor intensidad y van acompañadas casi siempre de manifestaciones pneumocócicas extra-pulmonares (pleuresías, meningitis, endocarditis). Los moldes fibrinosos de los bronquios, son más comunes y más extensos. Esta frecuencia de las pulmonías durante las epidemias de *grippe*, se debe á que las condiciones que favorecen á ésta, actúan también sobre la virulencia y propagación de los pneumococos.

Estas pneumonías simples, durante aquellas epidemias, indican que serán frecuentes en los sujetos que ya padecen la *grippe*. En tal caso, se trata de una pulmonía lobular, en la que á los signos de ella hay que añadir los síntomas de la *grippe*. La inflamación catarral tan común en estos enfermos, podrá modificar un poco los caracteres de la pneumonía. La expectoración será más abundante, y las mucosidades espumosas diluirán los esputos fibrinosos que provienen de los alvéolos. El aspecto será, el de una pulmonía con bronquitis. Se ha señalado para estos casos una temperatura menos continua, una duración mayor y una convalecencia más lenta y menos franca.

(1) Ménétrier, Grippe et pneumonie en 1886: Thèse Paris, 1887.

Puede, en fin, la *grippe* ir acompañada de bronco-pneumonía debida tanto al estreptococo, como al pneumococo. Conviene saber distinguir estas bronco-pneumonías de las pneumonías verdaderas; por no haber hecho esta distinción, muchos autores han discutido la naturaleza pneumónica de la pulmonía grippal y el valor exacto de este término no es el mismo para todo el mundo.

La *infección palúdica* presenta condiciones favorables al desarrollo de la pneumonía y Kelsch y Kiener confirman, en su notable tratado, la noción de que la *pulmonía es la causa de la muerte más común en las fiebres palúdicas*. Estas pulmonías aparecen á menudo al mismo tiempo que el acceso febril y el influjo de la enfermedad primera no es suprimido por el hecho de la complicación. Si el tipo intermitente existía antes de la pneumonía, los accesos paroxísticos, se destacarán muchas veces aun en la curva termométrica, pero sólo excepcionalmente estarán separados por períodos apiréticos; habrá una simple remisión.

En los casos de que hablamos, puede haber exageración de las alteraciones locales y funcionales en el momento de los paroxismos, pero la pulmonía prosigue su evolución como una pulmonía primitiva. Se trata en efecto, aquí, sin duda, de una verdadera pneumonía por pneumococos, como lo atestigua el examen bacteriológico de los esputos (Massalongo), y sobre todo, el examen del jugo pulmonar (Marchiafava y Guarneri).

La pneumonía de los maláricos presenta, según Kelsch y Kiener y Hadji Costa, algunos caracteres particulares. Su principio es, por lo regular, insidioso y su duración mayor. La fiebre presenta el tipo remitente y la pulmonía afecta la forma tifoidea. Las complicaciones inflamatorias de las serosas y de las meninges, son relativamente comunes.

La pneumonía es, las más de las veces, mortal. Ataca, en efecto, á los sujetos debilitados por una infección antigua, productora de las alteraciones viscerales de la caquexia palúdica.

Estas pulmonías en los maláricos, pulmonías proporcionadas á los accesos de fiebre (Kelsch y Kiener), son muy diferentes de la *fiebre concomitante pneumónica, perniciosa pneumónica de Morton*. En esta forma, puesta en duda por Colin y Vallin, pero establecida por los autores antiguos y confirmada por las observaciones más recientes de Armaingault y Jaccoud, las alteraciones funcionales y los signos físicos de la pulmonía, sólo aparecen durante el curso de los paroxismos febriles, para desaparecer completamente en los intervalos. En los casos de este género, no se trata, sin duda, de la pneumonía verdadera, sino de una simple congestión pulmonar, cuyos signos se parecen á los de aquélla. Esta congestión no tiene ciertamente nada que ver con el pneumococo, pero está en relación directa con el proceso de la infección palúdica.

La distinción que acabamos de hacer, ha sido ya formulada por Baccelli.

En los *caquéticos*, la pulmonía se presenta por lo común con un aspecto particular. No da origen á alteraciones funcionales, es más, no provoca elevación apreciable de la temperatura y pasaría completamente inadvertida, sin la exploración sistemática del pecho. Lépine ha dado á esta forma el nombre de *pneumonie de starvation*.

Ragni y numerosos autores italianos, han señalado igualmente la falta de