

Las oscilaciones que presentan en un corto número de individuos las cifras de la dilatación progresiva estacionaria ó decreciente, son producidas, sea por la presencia accidental de gases en los órganos digestivos sea por oscilaciones de la congestión pulmonal misma.

El adelgazamiento produce en ciertos casos un retroceso torácico muy lento é irregular que no puede confundirse con el retroceso de la ampliación torácica de las enfermedades agudas.

La ampliación creciente anuncia en general los progresos de la enfermedad y el decrecimiento de la ampliación su resolución. El retroceso torácico del tercer período indica con frecuencia la resolución de la enfermedad antes de la disminución de sus síntomas ó signos locales.

ARTÍCULO II.

APOPLEGIA PULMONAR.

§ II.—Definición, sinonimia y frecuencia.

Se da el nombre de *apoplegia pulmonal* á una infiltración sanguínea en el tejido del pulmón con ó sin desgarradura del parenquima.

Se han dado á la apoplegia pulmonar diversos nombres, según que se ha atendido á la lesión del pulmón ó á los síntomas de la enfermedad. Así ha recibido las denominaciones de *hemotisis fulminante*, *asfixia*, *hemorragia intersticial del pulmón* y *neumorragia*.

No puede apreciarse rigurosamente la frecuencia de la apoplegia pulmonar por los hechos que poseemos. Según Laennec, esta enfermedad es menos rara de lo que generalmente se cree. Es cierto que han podido escaparse á una exploración demasiado rápida muchos núcleos apopléticos, y que con frecuencia se han encontrado en el cadáver infartos hemorrágicos no sospechados durante la vida.

§ II.—Causas.

I.º Causas predisponentes.

Se ha dicho que favorecían la aparición de la hemorragia intersticial la existencia de *tubérculos en los pulmones*, de *núcleos*, de *hepatización*, la *respiración habitualmente difícil*, y por último, una *alteración de los vasos pulmonares* que los hace más friables y favorece su rotura; pero estas aseveraciones no se hallan apoyadas en bastante número de hechos. Hemos observado un caso en que la apoplegia pulmonal coincidía con tubérculos pulmonales y ulceraciones tuberculosas del intestino (1). Hay otra causa que en nuestro juicio merece mucha más atención: tal es la *hipertrofia del corazón*, que se ha hallado en la mayor

(1) Valleix, *Leçons cliniques, hôpital de la Pitié* (*Union médicale*, 8 abril 1852).

parte de los casos de apoplegia pulmonar que se han publicado, y que se encuentran también en muchas observaciones de Laennec, Bayle, Bouillaud (1), Rousset (2), Cruveilhier (3) y Bricheteau (4), llevada á un grado considerable y afectando principalmente las cavidades derechas del corazón. Stanhope Templeman Speer (5) cita un caso de apoplegia pulmonal coincidiendo con la transformación grasienta del corazón sin enfermedad de las válvulas ni de los grandes vasos. El enfermo pereció súbitamente. En la autopsia se encontró una desgarradura en la pleura de dos pulgadas de largo, por la que se vertió una cuarta parte de litro de sangre en la cavidad de la pleura. Finalmente, según Bouillaud, predispone á la apoplegia pulmonar una *hemotisis anterior*.

Gueneau de Mussy (6) ha hecho investigaciones interesantes, de las que resulta que la apoplegia pulmonar rara vez es idiopática, y que se desarrolla principalmente á consecuencia de *calenturas graves*, ó de enfermedades que ocasionan un trastorno considerable en la circulación pulmonar; por ejemplo, las desorganizaciones valvulares y el escorbuto.

2.º Causas ocasionales.

Nada se halla en las observaciones que anuncie la existencia de una causa ocasional evidente. Muy á menudo se observan individuos que de repente, sin ningún prodromo y en medio de un estado aparente de buena salud, presentan todos los síntomas de la apoplegia pulmonar, y sucumben con la mayor rapidez, como ha sucedido en el caso observado por Bayle (7) y por Bricheteau. R. Paterson (8) ha observado un caso de apoplegia pulmonar producida por *contusiones* recibidas en el pecho.

A falta de causas evidentes, Laennec recurrió á una hipótesis: supuso la existencia de una *dilatación rápida de la sangre*, que no permitiendo que este líquido permaneciese más en los conductos circulatorios, le empujaba con violencia hácia las vesículas bronquiales y el parenquima pulmonar.

Hervieux (9) en una Memoria leída en la Sociedad médica de los hospitales, ha invocado el enfriamiento como causa de la apoplegia de los recién nacidos: en 12 niños 8 fueron atacados del tercero al noveno día del nacimiento y 4 del segundo al vigésimo. Todos estos niños estaban en condiciones deplorables y la mayoría afectados de esclerema.

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du coeur*, Paris, 1841, t. II, p. 473.

(2) Rousset, *Rech. sur les hém.*, tésis, Paris, 1827.

(3) Cruveilhier, *Dicc. de med. y ciruj. prácticas*, art. APOPLEGIA.

(4) Bricheteau, *Obs. de apoplexie pulm.* (*Arch. gén. de méd.*, t. XII, p. 400).

(5) Speer, *London Journal of med.*, octubre, 1851.

(6) Gueneau de Mussy, *Thèse de Paris*, 1845.

(7) Bayle, *Apoplexie pulmonaire fondrogante* (*Revue médicale*, abril, 1828, p. 60).

(8) R. Paterson, *Edinburgh. med. and surg. Journ.*, enero, 1846.

(9) Hervieux, *De l'apoplexie pulmonaire des nouveaux-nés et du sclerème* (*Gazette hebdomadaire de med. et de chir.*, 1863, p. 489).

§ III.—Síntomas.

Apoplejía pulmonar repentina ó fulminante. Hemos dicho ya que se ha observado cierto número de casos en que la enfermedad ha tenido un curso rápido y hasta ha ocasionado la muerte repentina. En estos casos los únicos síntomas que se pueden apreciar son una alteración profunda del semblante, una ansiedad extrema y una sufocación que llega á su más alto grado, á lo que se agrega algunas veces una *hemotisis*, que en unos sujetos es muy considerable y en otros, por el contrario, poco abundante.

Apoplejía progresiva. En los casos en que la enfermedad corre sus períodos con menos rapidez, se observa cierto número de síntomas. Una *sensación de opresión* al pecho más ó menos manifiesta, á veces un *calor* extraño, y finalmente en algunos casos verdaderos *dolores torácicos*, como lo ha observado Laennec, aunque en las observaciones que tengo á la vista no se dice absolutamente nada de este síntoma. Muy pronto la *respiración* se hace *difícil*, profunda y entrecortada, y puede ser tan considerable esta dificultad, que haya una verdadera *ortofnea*, como se halla en las observaciones de Bouillaud (1).

Laennec ha notado una *opresión* muy fuerte, y además una *irritación* en una extensión más ó menos considerable del pecho. En los casos en que es muy intensa la dificultad de respirar, se percibe una *contracción excesiva de los músculos inspiradores*, que tienden á elevar fuertemente los hombros, pudiendo entonces oírse á gran distancia la *respiración traqueal*, y si hay cierta cantidad de líquido sanguinolento en los bronquios, la respiración es con hervidero como en los casos que cita Bouillaud. Ordinariamente acompaña á estos síntomas una *tos* más ó menos fuerte, y producida principalmente, según Laennec, por la irritación de pecho, que ha indicado este autor.

Según Laennec, la *hemotisis* es uno de los síntomas más importantes de la apoplejía pulmonar; la pérdida de sangre es ordinariamente muy abundante y en extremo grave; puede llegar hasta 5 quilógramos, y este líquido sale puro y rutilante; pero algunas veces sale en muy corta cantidad. Bricheteau, por el contrario, cree que la hemotisis de ningún modo pertenece á la apoplejía pulmonar, y según él, cuando la sangre sale por los bronquios es ordinariamente después de la muerte. Estas dos opiniones son exageradas y se explican por la naturaleza particular de los hechos observados por estos dos autores. En efecto, para que Laennec admitiese la existencia de una apoplejía pulmonar, bastaba hallar una acumulación de sangre en las vesículas bronquiales, aun en los casos en que el líquido había salido por una simple exhalación; y claro está que en toda hemotisis un poco abundante,

(1) Bouillaud, *Obs. pour servir à l'hist. de l'apopl. pul.* (Arch. gén. de méd., t. XII, p. 392).

había de hallar cierta cantidad de sangre en las vesículas, lo cual es evidente que no constituye la verdadera apoplejía pulmonar. En cuanto á Bricheteau tuvo principalmente presentes los casos en que ha ocurrido la muerte repentinamente á consecuencia de la irrupción de sangre en el parenquima pulmonar.

Entre estas dos opiniones hay una intermedia, la única que según los hechos publicados debe adoptarse. En los casos que citan Bouillaud, Rousset y Andral, y en los que se hallan en los diversos periódicos científicos, se observa que con mucha frecuencia tan solo ha habido una simple escreción de esputos sanguinolentos; que algunas veces ha sido la hemorragia más abundante, y que por último puede faltar completamente sin que la enfermedad pierda nada de sus caracteres.

Rousset ha observado algunas veces esputos difusos de color de zumo de regaliz, que atribuye á la apoplejía pulmonar; pero como este autor admite una complicación de pulmonía, falta saber si esta expectoración dependía de esta última enfermedad, y según veremos en el artículo PULMONÍA, todo induce á creerlo así.

Ordinariamente cuando hay sangre en los esputos, no está mezclada con ellos, es más ó menos roja y á veces tiene cierta tendencia á coagularse. Esta expectoración sanguinolenta se verifica después de los esfuerzos de tos. En resumen, la hemotisis no es un síntoma tan importante como lo creía Laennec; pero sin embargo, merece una gran consideración, y es muy de desear que nuevas investigaciones nos hagan conocer exactamente su valor.

La *percusión* y la *auscultación* han dado poca luz al diagnóstico de esta enfermedad, y según Laennec la primera solo tiene un valor limitado, al paso que la segunda suministra signos positivos. Este autor señala dos caracteres como esenciales á la afección que nos ocupa. El primero es la falta del ruido respiratorio en una porción poco estensa del órgano pulmonar, y el segundo un *estertor crepitante*, que se percibe en las inmediaciones del punto en que falta el ruido respiratorio, y que según Laennec, indica una ligera infiltración sanguínea al rededor del foco apoplético. Este estertor se nota siempre en el principio de la enfermedad, y más tarde cesa por lo común de percibirse.

El primer signo, es decir, la falta del ruido respiratorio está muy lejos de ser constante como se concibe fácilmente, porque para que esto sucediese sería preciso que el foco apoplético estuviese próximo á la superficie del pulmón y fuese bastante considerable para obstruir una porción estensa de las estremidades bronquiales, lo cual dista mucho de suceder siempre, pues algunas veces se hallan diseminados los focos apopléticos, y es bastante frecuente que tengan su asiento en las partes profundas del pulmón. En cuanto al estertor crepitante, pronto se advierte por la descripción de Laennec que es el mismo estertor de que hemos hablado en la hemotisis simple, y que depende de la presencia de cierta cantidad de sangre en las estremidades bronquiales. Este estertor es el mismo que hácia la raíz del pulmón, es decir,

en los bronquios mayores, se convierte en estertor mucoso de burbujas gruesas, cuya materia, segun las espresiones de Laennec, parece mas liquida y las burbujas mayores que las que están formadas por las mucosidades. «Sus paredes, añade este autor, parecen mas delgadas, y muy á menudo se rompen por un exceso de distension.»

Por otra parte, Piorry (1) asegura que solo ha obtenido de la auscultacion resultados muy equivocados, al paso que por la percusion ha percibido la falta de sonoridad en un punto circunscrito del pecho, tanto mas manifesta cuanto mas roja era la sangre espectorada, que disminuía cuando este liquido tomaba un color negruzco y se disipaba con la hemotisis. En el párrafo *Diagnóstico* diremos lo que vale esta opinion, que ofrece proposiciones contradictorias, y que hasta el mismo autor parece que despues ha abandonado casi completamente.

Cuando los síntomas que acabamos de enumerar han llegado á adquirir una intensidad notable, la cara está pálida y livida, y á veces, como en las observaciones que cita Bouillaud, la mirada es huraña y espresa el espanto; el cuerpo se cubre de un sudor frio, y el pulso por lo comun frecuente, blando y débil, se presenta en algunos casos dilatado y con una vibracion particular, de lo que ha visto Laennec algunos ejemplos.

En los niños de pecho (Hervieux, *loc. cit.*) los síntomas porque se manifesta esta enfermedad son de dos órdenes, unos se refieren al aparato respiratorio, y otros al estado general.

Entre los primeros es menester considerar la alteracion del grito que es débil y velado, la dificultad de la respiracion, va acompañada de contraccion convulsiva del diafragma y de los músculos abdominales. La espulsion por la boca de mucosidades espumosas es un signo de gran valor, pero solo aparece *in extremis*.

Los fenómenos generales son todavia mas notables; corresponden á los de algidez progresiva con ó sin esclerema.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion de la enfermedad.

Hemos citado ya cierto número de casos en que la muerte ha ocurrido de repente ó casi repentinamente. En el mayor número de casos, aunque es rápida la enfermedad, no termina tan de repente, sino que sigue su curso de un modo continuo, y van en aumento todos los síntomas hasta que al fin se presenta una verdadera asfixia que arrebató al enfermo.

La *duracion* de la enfermedad es por lo comun de pocos dias. Laennec ha citado ejemplos en que ha sido mas larga, pero no debemos olvidar que para este autor era suficiente una simple acumulacion de sangre en las vesículas bronquiales para constituir una verdadera apoplejia.

(1) Piorry, *De la percusion médiate*, Paris, 1828, er 8.º

¿La muerte es la *terminacion* mas comun de esta enfermedad? ¿Esta terminacion es inevitable? Segun Bricheteau, sí; pero ya he dicho que este observador solo ha fijado su atencion en los casos mas graves, lo cual nos hace creer que su opinion es exagerada. Por el contrario, segun Laennec, es posible la resolucion del derrame sanguineo, y ha citado dos casos para poner este hecho fuera de duda.

§ V.—Lesiones anatómicas.

En algunos casos solo se ha hallado una congestion sanguinea en gran estension del órgano pulmonar; los vasos estaban distendidos considerablemente; los pulmones rojos, voluminosos y pesados, y si se hacian incisiones en su sustancia salía la sangre con dificultad (1). Pero por lo comun se han hallado lesiones mucho mas profundas, de las cuales vamos á presentar un sucinto resumen.

En un punto mas ó menos estenso del pulmon se encuentra un núcleo consistente, de color oscuro, por lo comun circunscrito, y cuya dureza termina de repente, de modo que hay una línea manifesta de demarcacion entre el punto endurecido y las porciones de tejido sano. Esta lesion, como lo ha notado Bouillaud, puede ocupar á veces una estension bastante considerable de un lóbulo pulmonar, y Laennec ha visto dos ó tres focos apopléticos circunscritos en diferentes puntos del pulmon.

Cuando se corta el tejido alterado, se nota que la superficie de la incision es negruzca y presenta un aspecto granuloso debido á la acumulacion de sangre en las vesículas bronquiales; tal es á lo menos lo que han comprobado Laennec y Bouillaud. El primero de estos dos autores ha hallado estas granulaciones mas gruesas que las de la hepaticacion roja en la pulmonia. Cuando se comprimen estas partes alteradas se hace salir con dificultad una corta cantidad de sangre espesa, seca, segun Laennec, y semejante á sangre cocida, valiéndonos de la espresion de Bouillaud. No es raro encontrar en el centro de estos focos sangre coagulada en mas ó menos abundancia, y Laennec ha contado en estos núcleos hasta tres capas diferentes, debidas sin duda á irrupciones sucesivas de sangre.

El tejido inmediato está ordinariamente sano, flexible, crepitante, ó presenta á veces una ligera infiltracion sanguinea. En un caso ha encontrado Bouillaud un quiste lardáceo bastante grueso, cuya descripcion ha hecho, y Cruveilhier y Rousset han citado ejemplos semejantes. Sin embargo, no se puede dudar que este último autor ha descrito como núcleos de apoplejia pulmonar verdaderos quistes tuberculosos, en los que se habia verificado un derrame de sangre, de lo que tal vez dependa que haya atribuido á la enfermedad que nos ocu-

(1) Ollivier, *Mort subite causée par lesion spontanée des poumons*. (*Arch. gén. de méd.* t. 1, 2.ª série, p. 233, etc.)

pa las cicatrices que halló á veces en el vértice del pulmon. No obstante, esta no es una razon para negar con Bricheteau la existencia del quiste, puesto que Bouillaud ha dado una descripción detallada del que ha encontrado.

Laennec, Corvirart, Corrigan, Pingrenon, Ferguson (1) y R. Paterson han citado ejemplos de rotura del parénquima pulmonar y de irrupcion de sangre en la pléura, lesion que existia tambien en el sugeto que ha observado Bayle. En tales casos han sucumbido casi siempre los enfermos de una apoplegia fulminante. Segun Rousset y Cruveilhier la enfermedad puede terminar por inflamacion, y entonces se halla una cavidad llena de un líquido sanguinolento, y cuyas paredes están infiltradas de un pus sanioso. Si la inflamacion invade el foco apoplético, solo es muy raras veces porque en general ocurre la muerte en muy poco tiempo. Finalmente, ya hemos hablado de lesiones mas ó menos considerables que se hallan en el corazon, particularmente la hipertrofia, y de los obstáculos al curso de la sangre que se encuentran en los orificios de este órgano.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico. La falta del ruido respiratorio señalada por Laennec y hallada por Bouillaud, solo se observa en circunstancias particulares, y que el estertor crepitante que ha descrito el primero de estos dos autores pertenece pura y simplemente á la hemotisis. Sin embargo, estos signos tienen cierta importancia cuando están bien circunscritos en un punto del pulmon. En cuanto al sonido á macizo que indica Piorry, no tiene todo el valor que en su principio este autor le atribuía, puesto que mas tarde (2) ha reconocido que la sangre que sale de los bronquios ocasiona los mismos signos que la que procede del pulmon mismo. Por otra parte, ¿cómo concebir, segun lo ha hecho notar Meriadec Laennec, que pueda existir un sonido á macizo notable de una parte bastante considerable del tórax, sin que haya al mismo tiempo una alteracion mas ó menos profunda del ruido respiratorio?

Estas dificultades han dado motivo á Bouillaud para decir que puede adivinarse mas bien que diagnosticarse una apoplegia pulmonar. Hay sin embargo ciertos casos en los que se encuentran reunidos los signos que acabo de indicar, y permiten formar un diagnóstico bastante preciso. Así pues se puede creer que existe una apoplegia pulmonar, cuando en un punto limitado del pecho existe un sonido á macizo manifesto, falta en el mismo sitio el murmullo respiratorio, los esputos que arroja el enfermo salen teñidos de sangre, sin que esta esté íntimamente mezclada con ellos, hay grande ansiedad, la respira-

(1) *Med. Transactions of Dublin*, t. 1.

(2) Piorry, *Traité de diagnostic. et de séméiologie*, Paris 1840, t. I, p. 359.

cion es muy difícil, y finalmente, han aparecido todos estos síntomas con mucha rapidez.

¿Y con qué otra afeccion pudiera confundirse? Cuando presenta los signos que quedan enumerados, apenas se la puede equivocar mas que con una pulmonia; pero será fácil evitar el error, si se atiende á que faltan la respiracion bronquial, la broncofonía, los síntomas febriles y el trastorno de las vias digestivas, y si se tiene presente la diferencia de los esputos, que en la pulmonia son herrumbrosos ó presentan otro color que indique la combinacion íntima de la sangre con el moco.

Cuando existen reunidas estas dos afecciones, parece imposible el diagnóstico: sin embargo, Laennec ha creído que en un caso habia logrado formarlos; pero seria necesario cierto número de observaciones semejantes para poner el hecho fuera de duda.

Si faltan completamente los síntomas en que con preferencia hemos insistido, es inútil tratar de hacer un diagnóstico positivo.

Pronóstico. Lo que ya hemos dicho de la terminacion de la enfermedad prueba que su pronóstico es sumamente grave. La dificultad de respirar, la ansiedad extrema del enfermo, el ponerse las estremidades frias, el pulso acelerado y pequeño, y finalmente, los síntomas de una afeccion del corazon en un grado muy avanzado, anuncian una muerte cierta.

§ VII.—Tratamiento.

Emisiones sanguíneas. Segun Laennec nunca se debe omitir la sangría, que es preciso hacerla abundante y dejar correr la sangre hasta la lipotimia. Bouillaud ha visto al principio salir la sangre con dificultad cuando la afeccion presentaba una intensidad manifesta; pero á poco tiempo ya sale bien, y se puede prolongar la sangría hasta el grado que se quiera.

Tambien se han usado las *sanguijuelas*, y Laennec aconseja ponerlas al ano ó á la vulva cuando ha sobrevenido la apoplegia pulmonar, despues de la supresion de un flujo sanguíneo de estas partes. En un caso que ha observado Bouillaud, se aplicaron *ventosas escarificadas* al pecho mismo. Mas á pesar de la energia de estos medios, no es raro ver que progresa la enfermedad hasta que al fin sucumbe el enfermo; pero debe decirse que las evacuaciones sanguíneas, y sobre todo la sangría general, parece que todavía están mas indicadas en esta afeccion que en la hemotisis simple.

Revulsivos y derivativos. Laennec ha hecho uso de *ventosas secas* aplicadas al tronco y á las estremidades, y en uno de los casos que ha observado Bouillaud, se puso un *vejigatorio* en el pecho; pero estos medios no han pasado de un recurso débil, y así Laennec solo tiene una mediana confianza en los vejigatorios y en los *sinapismos*.

Vomitivos y purgantes. El *tártaro emético á alta dosis* se ha prescrito por Laennec en los casos de apoplegia pulmonar. Hé aquí cómo este

autor se espresa respecto á este particular. «En dos casos desesperados he ensayado el tártaro estibiado á alta dosis, siguiendo el mismo método que para la pulmonia, y no he observado ningun mal resultado, y hasta me ha parecido que habia moderado mucho la hemorragia; pero no le he hallado heróico, como en las enfermedades inflamatorias.» No es posible, por estas palabras de Laennec, formarse una idea un poco exacta de la accion del tártaro estibiado á alta dosis en esta enfermedad, y solo la observacion será la que podrá decirnos, si en casos menos graves produciria tal vez este medicamento un efecto mas manifiesto. En cuanto á los *purgantes*, aconseja Laennec que se usen los drásticos con preferencia. La *tintura de colchico* se ha empleado inútilmente en uno de los casos que ha observado Bouillaud.

El doctor Arnal (1) ha referido un caso muy grave de apoplejía pulmonar, que habia resistido á tres sangrias, á las aplicaciones de sanguijuelas y al uso de astringentes enérgicos, y se curó muy pronto con el cornezuelo de centeno.

T. Agua de lechuga.	120 gram.
Estracto de cornezuelo de centeno.	1 gram.
Jarabe de diacodion.	40 gram.

Se toma una cucharada cada dos horas.

Diuréticos. Gendrin (2) despues de haber recomendado todos los medios que pueden favorecer las diversas secreciones, añade que de todos estos medios los que producen mejores resultados contra los accidentes de la apoplejía pulmonar, son los diuréticos activos, y principalmente el *nitrate de potasa*, medicamento propuesto por T. Dickson, y que Gendrin administra á altas dosis del modo siguiente:

T. Cocimiento ligero de grama.	1000 á 1500 gram.
Nitrato de potasa.	de 15 á 30 y 45 gram.

Se toma á vasos en las veinticuatro horas.

Se administra esta bebida desde la invasion de la enfermedad, y se continúa usando hasta que desaparezcan todos los accidentes.

Segun Gendrin, este medicamento tiene grande eficacia, pero desgraciadamente esta asercion no se funda en ningun hecho bien detallado.

Afusiones. Segun Laennec, son por lo comun muy útiles las *afusiones*, primero templadas, luego casi frescas, y en seguida completamente frias. Este medio, al que daba este autor el nombre de *baños de ola*, parece que se ha empleado en simples hemotisis, valiéndose para ello de una regadera.

Por último, se han administrado otra porcion de remedios que

(1) Arnal, *De l'accion du seigle ergoté sur la circulation general.—Bous effets de cette substance dans un cas d'apoplejia pulmonaire.* (Bull. gen. de Thera. Junio 1849.)

(2) Gendrin, *Traité phil. de méd. prat.*, Paris, 1838, t. I, p. 699.

casi todos se han dirigido contra la hemotisis, como son los *ácidos vegetales y minerales*, la accion del *frio* interior y esteriormen- te, etc., etc., medios que hemos espuesto y analizado en el artículo *Hemotisis*, y sería incurrir en repeticiones inútiles el volver á ocuparnos de ellos.

Tratamiento de la apoplejía pulmonar de los recién nacidos. La primera indicacion terapéutica corresponde á la misma etiologia de la enfermedad: es menester combatir la algidez y restablecer el calor. Con este objeto puede rodearse el niño en una manta de algodón cardado ó en una franela cubierta de hule. El calor producido por la misma madre es aun preferible. El remedio soberano es la lactancia natural por una nodriza sana. Como se ve el tratamiento se dirige mas bien contra la algidez que contra la apoplejía.

PRESCRIPCION.

1.° Para bebida:
Hidromel (Bouillaud).
O bien

Cocimiento de grama con una dosis considerable de nitro (véase la página anterior.)

2.° Una sangria de 400 á 500 gramos, y se dejará salir la sangre hasta que produzca lipotimias.

3.° T. Agua destilada de tilo.	200 gram.
Tártaro emético.	30 centigram.
Agua destilada de laurel real.	2 gram.
Jarabe de goma.	35 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas de hora en hora (Laennec).

4.° Cornezuelo de centeno en pocion (Arnal).

5.° Afusiones, al principio frescas, luego frias (Laennec).

6.° Dieta absoluta.

Quando haya hemotisis, el práctico debe obrar como en los casos de hemorragia pulmonar grave, y cuando no exista la escrecion de sangre, los sintomas graves que se observen en la cavidad torácica le indicarán que debe emplear medios enérgicos para hacer desaparecer el obstáculo evidente que se opone al ejercicio de la respiracion y de la circulacion pulmonar.

Breve resúmen del tratamiento.

Sangria, revulsivos, derivativos, vomitivos, purgantes, tártaro emético á altas dosis, cornezuelo de centeno, diuréticos, afusiones frias, y los medios que se emplean contra la hemotisis.