

ARTÍCULO III.

PULMONÍA AGUDA.

Los antiguos no admitieron mas que ligerísimas diferencias de asiento y estension entre estas dos afecciones, y basta leer lo que dice Hipócrates (1) acerca de este asunto para convencerse de que la idea que se formaba entonces de estas inflamaciones era sumamente vaga. La descripción de la pleuresía que hace Galeno, y que es perfectamente aplicable á la pulmonía, prueba que la ciencia no habia hecho ningun progreso respecto á esta enfermedad. En la misma vaguedad ha continuado Areteo (2), observador mas exacto por lo general. Para ellos los espútos teñidos de sangre pertenecen á la pulmonía lo mismo que á la pleuresía.

Segun Fed. Hoffmann (3), la pulmonía ocupa las dos partes profundas del pulmon, y la pleuresía las partes superficiales. En cuanto á Borsieri (4), creia que el asiento es el mismo, y que toda la diferencia está en los síntomas. Algunas observaciones de Valsalva, de Morgagni y de Huxham parece que debian hacer cesar esta confusion; pero no se las ha comprendido bastante bien para que pudieran fijar la opinion de los médicos y de estos mismos autores.

Los trabajos de Bichat pusieron al fin en camino á los observadores, y Pinel ya distinguió muy bien la pleuresía de la pulmonía (5), aun cuando los únicos signos de estas enfermedades que pudo apreciar dejaban las mas veces incierto su diagnóstico. Laennec hizo cesar todas las dudas, y abrió la senda á un gran número de autores, que tendré ocasion de citar en este artículo, cuyas investigaciones han llegado á dar al diagnóstico de la pulmonía una precision y exactitud.

Recientemente ha publicado Grisolles (6) un trabajo de los mas importantes acerca de la pulmonía, y que facilitará nuestra tarea en todos sus puntos. Asi, pues, tomaremos de Grisolles la mayor parte de los pormenores de nuestra descripción.

Hallamos primero la *pulmonía aguda* y la *crónica*, que no es posible prescindir de describirlas por separado; despues la *primiliva* y la *consecutiva*, que bajo ciertos puntos de vista merecen que se haga una distincion entre ellas; sigue la *traumática*, de la cual diremos dos palabras, y por último, las *pulmonías biliosa, tifoidea, catarral, intermitente ó remitente, latente, reumática, artrítica, puerperal, metastática* y hasta

(1) Obras de Hipócrates, traducidas por Littre, Paris, 1849, t. VI, p. 277; *De locis in homine*, 24, etc.

(2) Areteo, lib. I, cap. X.

(3) Fed. Hoffmann, *Op. omni.*, t. I, sec. II, cap. II, Ginebra, 1761, *De febre pneum.*

(4) Borsieri, *Instit. med. prat.*, t. IV, Lips., 1826, *De morb. pect.*, p. 85.

(5) Pinel, *Nosografía filosófica*, t. II.

(6) Grisolles, *Traité prat. de la pneum.*, etc.: Paris, 1844.

la *verminosa*. Creo que bastará una simple ojeada para demostrar el valor de estas variedades fundadas en circunstancias generalmente de importancia secundaria, y algunas de las cuales no pueden de ningun modo admitirse. Pero hay una especie de pulmonía caracterizada por su asiento y en la que debemos detenernos un poco mas: hablamos de la *pulmonía lobular*, tan frecuente en los niños, y cuyo diagnóstico es tan difícil.

§ I.—Definicion, especies, sinonimia y frecuencia.

En la actualidad se reserva esclusivamente el nombre de *pulmonía* para la inflamacion del parenquima pulmonar.

Se ha designado frecuentemente á esta afeccion con los nombres de *perineumonía*, *peripleumonía*, *neumonía*, *fiebre neumónica* ó *perineumónica*, y *fluxion de pecho*, nombre que aun vulgarmente se emplea. Pero el que mejor conviene á la enfermedad y el que debe adoptarse es el de *neumonía* ó *pulmonía*.

Esta afeccion es una de las flegmasias agudas mas frecuentes, sobre todo en ciertas épocas del año.

§ II.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

La pulmonía invade en todas las *edades*, aunque hasta hace muy poco tiempo se ha creido, bajo la palabra de los autores antiguos, que solo afectaba á los adultos, y sobre todo á los jóvenes. No han faltado consideraciones fisiológicas para esplicar esta preferencia, pero las observaciones las ha reducido á la nada, desmintiendo los hechos. Delaberge (1), Burnet (2), Gherard, Ruz (3), Rilliet y Barthez (4) y Hache (5) han demostrado con el apoyo de los hechos la mayor frecuencia de la pulmonía en los niños mayores de dos años, y en cuanto á los recién nacidos, están todavía mas predispuestos, como lo prueban las observaciones de Billard (6) y las que nosotros hemos recogido (7). Se han suscitado algunas discusiones relativamente á la frecuencia de la pulmonía en los ancianos, y se ha dicho que la padecian con menos frecuencia que los jóvenes, en razon á que se halla en los hospitales menos número de ancianos atacados de esta enfermedad. Pero como ha hecho notar muy bien Grisolles, primero, hay muchos

(1) Delaberge, *Journ. hebdom.*, 1834.

(2) Burnet, *Journ. hebdom.*, 1833.

(3) Ruz, *The Americ. Journ.*, 1834.

(4) Barthez y Rilliet, *Mal. des enfants, Pneumonie*, Paris, 1838.

(5) Hache, *Tesis*, Paris, 1835.

(6) Billard, *Traité des mal. des enf.*, 2.ª edicion, Paris, 1833.

(7) Valleix, *Clinique des mal. des enf. nouveaux-nés*, Paris, 1838.

menos ancianos que adultos, y segundo, la mayor parte de los ancianos que padecen pulmonía son asistidos en los hospicios, donde como han observado Prus (1), Hourmann y Dechambre (2), y como hemos podido convencernos así mismo durante dos años, la pulmonía hace un número considerable de víctimas. Convengamos, pues, con Grisolle, que esta enfermedad es sumamente frecuente en la primera infancia, que disminuye hasta los veinte años, que aumenta entonces de un modo sensible para volver á disminuir despues de los cuarenta años, y que, por último, vuelve á recobrar de nuevo su primitiva frecuencia pasados los sesenta años, época de la vida en que el hombre vuelve á entrar en la debilidad de la infancia.

No todas las especies de pulmonías son igualmente frecuentes en las diversas edades. Las *pulmonías consecutivas* se observan mas á menudo en los niños que en las demás épocas de la vida, y la llamada *catarral*, es decir, la que se desarrolla en el curso de un catarro pulmonar, invade mas particularmente á los ancianos. Por último, la *lobular* es casi esclusiva de los niños.

Se ha reconocido desde muy antiguo la influencia del *sexo*, que hoy está perfectamente fundada en datos estadísticos considerables, de los que resulta que la pulmonía es mas frecuente en los hombres que en las mujeres, en la proporción próximamente de dos á uno; mas segun resulta de las investigaciones de Grisolle, la verdadera causa de esta diferencia no está tanto en el sexo como en los diferentes hábitos que tienen los dos sexos. Así, en los países en que las mujeres tienen los mismos hábitos que los hombres (3), y en los niños cuya higiene es uniforme, la frecuencia de la pulmonía no difiere de un modo sensible en los dos sexos, como terminantemente lo ha indicado el profesor J. Frank (4). Hache, Rilliet y Barthéz han hecho la misma observación, y las investigaciones de Vernois y las nuestras, nos han conducido á los mismos resultados (5). Las mujeres están *relativamente* mas predispuestas á padecer *pulmonías consecutivas* que primitivas, al contrario de lo que sucede en los hombres.

Nada prueba mejor la incertidumbre en que nos hallamos respecto á la influencia de la *constitucion* y del *temperamento* en las enfermedades, que la vaguedad que todavia reina acerca de este punto en la historia de la pulmonía, á pesar de los esfuerzos que se han hecho para averiguar la verdad. Todo cuanto se puede decir es que la pulmonía se desarrolla con mas facilidad en los sujetos debilitados y cuya constitucion se halla deteriorada por una causa cualquiera, como lo

(1) Prus, *Rech. sur les mal. de la vieillesse* (Memoires de l' Acad. de med., 1840, t. VIII).

(2) Hourmann y Dechambre, *Rech. cliniq., Mal. des org. resp.* (Arch. gen. de med., 2.^a série, 1835, t. VIII, p. 405).

(3) Ruel, *Medicinische Annalen*, t. II, 1836.

(4) J. Frank, *Patol. interna, Enferm. de las pared. torác., etc.*, cap. II, *Perineum*.

(5) Valleix, *Cliniq. des en. nouv.-nés*, p. 437.

prueban la frecuencia de las *pulmonías consecutivas*. La influencia de la gordura y del temperamento sanguíneo ó sanguíneolinfático, no se halla bastante establecida.

Quarin (1) creía que los *jorobados* padecían mas comunmente la pulmonía que los sujetos cuyo pecho está bien conformado; pero la observación sucesiva ha demostrado lo poco fundada que era esta opinión.

Grisolle, despues de haber analizado muchos datos interesantes, ha llegado á establecer que las comodidades, y por consecuencia las buenas condiciones higiénicas, hacen á los sujetos menos aptos para contraer la pulmonía, lo cual ya podía preverse de antemano, recordando que son los cuidados higiénicos los que hacen que las mujeres gocen de esta misma prerrogativa.

La reflexion que acabamos de hacer respecto á la influencia de la constitucion, es tambien igualmente aplicable á las *profesiones*. El problema es sumamente difícil de resolver, porque: 1.^o no conocemos con exactitud la proporción de los sujetos en las diversas profesiones, y 2.^o pudiendo ser varias las influencias que pueden obrar sobre el mismo sujeto, sería necesario respecto á este particular poseer un gran número de datos severamente analizados. Las profesiones que esponen mas al individuo á las intemperies atmosféricas, como la de albañil y jornalero, ó á variaciones continuas de temperatura, como la de panadero, parece que predisponen á contraer la pulmonía. En la misma categoría se han colocado las que esponen á las *emanaciones de tabaco* ó de *vapores fétidos y estupefacientes*; pero Darcet y Parent-Duchatelet (2) han probado que era errónea esta opinión. El último de estos dos autores (3) ha refutado tambien la opinión de Ramazzini, que se ha adelantado á decir que los sujetos que estaban obligados por su profesion á tener habitualmente las piernas en el agua padecían con frecuencia pulmonías. La observación exacta ha hecho igualmente justicia á otra creencia errónea, probando que la inspiración de partículas minerales no es una causa evidente de inflamación pulmonar. Segun las investigaciones de Grisolle, los marinos padecen con mucha menos frecuencia esta enfermedad en alta mar que en las costas ó en tierra. Por último, los trabajos duros, las fatigas excesivas y la mala higiene, son las circunstancias que favorecen el desarrollo de la pulmonía en las diversas profesiones.

La población militar (4) se vé atacada con mas frecuencia y mayor gravedad que la población civil de la misma edad y sexo, puesto que de 1000 defunciones de población civil, 50 corresponden á la pulmonía, correspondiendo á los militares 59 en igual número.

(1) Quarin, *Traité des fièvres et des inflammations*, Paris, año VIII, t. II, p. 150.

(2) Parent Duchatelet, *Annales d'hygiène*, 1829, t. II, p. 558.

(3) Idem, *Hygiène publ.*, t. II, p. 607.

(4) Laveran, *Des causes de la mortalité de l'armée servant à l'intérieur* (Annales de hygiène, 1860, t. XIII, p. 269).

Esta enfermedad ataca en todos los climas, pero es mas comun en las regiones septentrionales y en los climas templados que en las regiones intertropicales.

En los climas extremos en que el termómetro apenas se eleva de 0 y desciende con frecuencia á — 50 grados, la neumonia es rara (1), comenzando á hacerse frecuente á medida que la temperatura se eleva y aparece humedad. Grisolle, utilizando los trabajos y datos suministrados por J. Rochard y Le Roy de Mericourt, y aprovechándose de las estadísticas inglesas, ha hecho conocer que no se habia establecido antes de él la topografía médica de la neumonia. Recuerda segun J. Rochard, que la última expedición inglesa investigadora del paso del N. O., no presentó ni un solo caso de neumonia, á pesar de las temperaturas estremadamente bajas á que estuvo sometida. En Islandia, la inflamación parenquimatosa de los pulmones es tan poco frecuente, que de trescientos pescadores trabajando toda la estación de la pesca, no presentó ninguno neumonia (Le Roy de Mericourt). Hacia el 60 grado de latitud se hace comun esta afección. En 1854 hizo muchas víctimas en el Báltico entre los soldados franceses y rusos. En Europa es una de las enfermedades mas mortíferas. En Africa es rara y poco grave, al menos que no ataque constituciones empobrecidas por las enfermedades epidémicas. En la inmensa estension del continente asiático se estiende con mucha desigualdad. Los buques ingleses navegando en los mares de la Indo-China (J. Rochard y Le Roy de Mericourt) sufren pocas pulmonías.

En el Ecuador es tan poco mortífera, que de 11,805 muertos, la neumonia y la pleuresia reunidas no figuran en la tesis de Godineau (2), sino en la cifra de 76 (hospitales de la Guadalupe, de la Martinica y sus dependencias de 1816 á 1842).

Cuando se eleva uno en la atmósfera, aun en el Ecuador, las enfermedades inflamatorias del pulmon se hacen predominantes. La neumonia es comun en Méjico (3). Conrado Gessner ha observado en los Alpes, y descrito en 1854, una perineumonia de forma maligna (*pleuritis pestilens maligna y contagiosa*). Esta afección es tambien vulgar en Suiza y conocida con el nombre de *alpenstich* (4).

Las estaciones tienen una influencia manifiesta en su desarrollo, y así se observa el mayor número en la primavera, por los meses de marzo y abril, y á los que siguen por orden de frecuencia los de invierno y luego los de otoño.

Se han dado tambien como causas predisponentes la *menstruacion*, la *lactancia* (5), las *variaciones barométricas* y el habitar en *puntos pan-*

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 1864, p. 120.

(2) Godineau, *De l'hygiène publique aux Antilles françaises*, Tesis del Doctorado, Montpellier, 1844.

(3) Jourdanet, *Les altitudes de l'Amerique tropicale*, Paris, 1861, p. 174.

(4) Lombard, *Climats des montagnes*, 1858, p. 75.

(5) Baillon, *Opera medica, Epid. et. ephed.*, lib. 1.

tanos; pero estas aserciones carecen completamente de pruebas.

Finalmente, Grisolle ha demostrado que el haber padecido *una ó mas pulmonías anteriores*, indicaba una gran predisposición para lo sucesivo.

Las *pulmonías consecutivas* ó secundarias, que pueden considerarse como complicaciones, pero complicaciones graves y que merecen llamar la atención del médico, tienen tambien sus causas particulares. Las enfermedades que producen *una gran calentura* y una *debilidad notable*, pero con particularidad las fiebres eruptivas, y entre ellas el sarampion, se complican muy á menudo con pulmonía. En el mismo caso se hallan el crup y el muermo agudo. Las neumonías secundarias son muy frecuentes en la caquexia palúdica (1), etc.; pero no insistiremos mas en estos pormenores, porque por grande que sea el interés que presenten estas complicaciones, no debemos tratar de ellas ahora, sino dejarlas para cuando nos ocupemos de cada una de las enfermedades en que se observan.

2.º Causas ocasionales.

La primera causa que debemos citar es una *violencia exterior* ó una *herida del pulmon*, en una palabra, una *causa traumática*. Las pulmonías dependientes de estas causas no son tan frecuentes, y en general ofrecen mucho menos peligro que las que se desarrollan espontáneamente. La acción de los *vapores irritantes* no se halla perfectamente demostrada, á lo menos en la mayoría de los casos; solo produce una bronquitis ó una apoplejía pulmonar, y los hechos que se han citado en favor de la opinión contraria carecen de muchos pormenores que serian indispensables para producir la convicción.

La *acción del frio*, sobre todo cuando el sugeto se halla acalorado, es una causa tan general y antiguamente admitida, que hay bien pocos casos en que el vulgo no atribuya la enfermedad á la acción de esta influencia; pero si se estudian detenidamente las observaciones, no tardará en notarse que es mas difícil resolver esta cuestión de lo que generalmente se cree. Los enfermos confunden, en efecto, el escalofrio inicial de la afección con el verdadero enfriamiento de causa atmosférica. La acción del frio debe tomarse, sin embargo, en consideración, sobre todo para los individuos colocados en los dos extremos de la vida; pues sabido es que en la infancia y en la vejez se produce menos calor que en el resto de la existencia, y que por lo tanto se reacciona con menos energía contra las diversas causas de enfriamiento (2).

Laennec ha notado que la *acción prolongada* del frio producía mas efecto que la impresión repentina de este agente sobre el cuerpo aca-

(1) Catteloup, *De la pneumonie d'Afrique* (Recueil de memoires de medecine militaire, t. XI, p. 268).

(2) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 1864, p. 151.

lorado, y viene en apoyo de esta opinion la facilidad con que los pueblos septentrionales soportan el paso repentino del calor al frio.

Se han señalado tambien como causas ocasionales de la pulmonia los grandes esfuerzos de la voz y de la respiracion, como el canto, los gritos, una carrera contra el viento, etc.; pero segun las observaciones mas exactas, dista mucho de estar probada la existencia de estas causas, porque se han tomado como regla general algunas coincidencias ó escepciones sumamente raras.

Lo mismo debemos decir de los *grandes esfuerzos musculares* y de las *emociones morales*, aun cuando se han citado varios hechos de este género bastante interesantes. En cuanto á los *escesos alcohólicos*, Grisolle ha observado tres casos en los que todo induce á creer que efectivamente ha obrado esta causa.

Despues de haber estudiado detenidamente las numerosas observaciones que ha reunido, deduce Grisolle la conclusion siguiente: «Que apenas se ha podido apreciar la accion de una causa ocasional mas que en una cuarta parte de sugetos, y que en casi todos ha sido un enfriamiento, y que en los demás, no es posible hallar la accion de ninguna causa escitante.»

Se ha observado algunas veces la pulmonia bajo la forma *epidémica*, y en el siglo XVI sobre todo se presentaron el mayor número de estas epidemias. Es cierto que respecto á algunas de ellas, quedan ciertas dudas, efecto de la insuficiencia del diagnóstico; pero de la lectura de las prescripciones se deduce con frecuencia que realmente observaron los autores esta especie de pulmonia. La gran cuestion está en saber si en estos casos toma la enfermedad caracteres especiales, de lo cual nos ocuparemos al tratar del diagnóstico y del método curativo.

§ III.—Síntomas.

En el estudio de los síntomas es cuando principalmente conviene distinguir la pulmonia en *aguda* y *crónica* y en *primitiva* y *consecutiva*, en razon á que estas diversas especies presentan diferencias que es necesario notar para la exactitud del diagnóstico y eleccion del tratamiento.

Pulmonia aguda primitiva. Invasion. Unas veces aparecen primero los síntomas locales, y otras, por el contrario, les preceden fenómenos generales mas ó menos intensos. De los datos de Grisolle resulta que se observa este último modo de invasion en las tres cuartas partes próximamente de los enfermos. En general consisten estos *prodromos* en una sensacion de malestar, disminucion mayor ó menor del apetito y de las fuerzas, abatimiento, dolores lumbares, una sensibilidad mayor á la accion del frio y escalofrios vagos, cuyos síntomas no se hallan ordinariamente reunidos, pero existen muchos á la vez. En otros casos, aunque menos frecuentes, esta invasion por síntomas generales es mucho mas marcada y hay un movimiento febril

intenso, cuando todavía el exámen mas minucioso no puede describir ninguna lesion pulmonar. ¿Será porque esta lesion se halle demasiado profunda para ser accesible á nuestros medios de exploracion? Mas esto no pasa de una suposicion gratuita, puesto que en las flegmasias en que se pueden ver las alteraciones locales, se hallan igualmente casos que empiezan por los fenómenos generales. Las pulmonias de este género son las que han dado motivo á la denominacion de *fiebres perineumónicas*, empleada por Fed. Hoffmann y otros autores, y que hoy que se han observado bien los hechos no parecerá ciertamente tan ridicula como se suponía hace pocos años. En casos de esta naturaleza ha sucedido á Andral que al examinar la sangre de una sangría, habiéndola hallado mas rica de fibrina que en el estado normal, ha anunciado la aparicion de una flegmasia, cuyo asiento no podia sospechar.

En los casos en que no se presentan estos síntomas precursores de larga duracion, hay sin embargo en la invasion un fenómeno muy notable, que consiste en un escalofrio mas ó menos intenso, que sin embargo falta algunas veces. Segun Hoffmann, Dechambre y Grisolle, este escalofrio falta principalmente en las pulmonias de otoño y de verano. Tampoco se puede comprobar su existencia en los niños. Este escalofrio varia desde una simple horripilacion hasta una sensacion de frio intenso con castañeteo de dientes. Algunas veces acusan tambien los enfermos, poco tiempo antes de la aparicion de los síntomas torácicos, una cefalalgia mas ó menos intensa, dolores contusivos en las estremidades, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y en casos muy raros delirio.

Otras veces, en los ancianos principalmente, se verifica la invasion de la enfermedad de un modo *latente*, apenas manifestado mas que por una sensacion de malestar y de debilidad. En los niños solo anuncian la invasion de la pulmonia, la calentura, la agitacion y la rapidez de la respiracion.

Síntomas de la pulmonia confirmada. El dolor del pecho que ocupa por lo comun la region mamaria y la base del tórax, pero que puede existir en otros muchos puntos, varia en los diversos sugetos y segun la época de la enfermedad: al principio es ordinariamente pungitivo y lancinante, y mas tarde es profundo y contusivo, presentando siempre estos últimos caracteres en un número bastante considerable de enfermos. Su estension es variable. En la mayoría de los casos se halla bastante distante del punto que ocupa la inflamacion, aumenta comunmente por la inspiracion y la tos, é impide los movimientos de las paredes del pecho. En mas de la mitad de los enfermos la presion exaspera este dolor de un modo notable, y en los ancianos y los adultos se presenta con la misma frecuencia, mientras que segun Rilliet y Barthez es menos comun en los niños.

Al mismo tiempo se acelera la *respiracion*, siendo escepciones sumamente raras los casos en que no sucede esto. El número de las ins-

piraciones suele variar en los adultos de 30 á 50 y aun exceder de este número algunas veces, aunque pocas, llegando hasta 80, lo cual constituye una escepcion. En los recién nacidos el número de inspiraciones es ordinariamente de 30 á 36; pero en algunos casos la anhelación es extrema y la respiración irregular; de los dos á los cinco años se pueden contar de 30 á 80 inspiraciones y de los seis á los quince de 24 á 68 (Rilliet y Barthez). Según las investigaciones de Griso lleno se pueden considerar como causas de la mayor ó menor frecuencia de la inspiración, la intensidad del dolor de costado, el asiento de la pulmonía en el vértice de los pulmones, ni la gravedad de la enfermedad. No puede decirse otro tanto de la extensión de la flegmasia, que está en relación directa con el síntoma que analizamos, y cuya intensidad aumenta también el estado de preñez, un vicio de conformación del pecho, y en una palabra, todo cuanto sea susceptible de dificultar la respiración, aun en un sujeto cuyos pulmones están completamente sanos.

La *dificultad de respirar* puede ser escesaiva, y hay veces en que los enfermos experimentan una sensación de sufocación; mas este fenómeno apenas se observa mas que cuando la pulmonía se ha desarrollado y extendido con mucha rapidez. Pero por lo común la dificultad de respirar es moderada. Sucede bastantes veces que la sensación que experimentan los enfermos no guarda proporción con lo que observa el médico: así se ven sujetos que parece que tienen una gran disnea y en los que se cuentan mas de 40 inspiraciones, que no se quejan de ninguna dificultad de respirar, tienen los movimientos fáciles y la palabra espedita; y otros por el contrario, que experimentan gran dificultad de respirar, con un número corto de inspiraciones.

Por lo común se agregan á los síntomas precedentes una sensación de *opresión*, y á veces de *constricción* en el pecho.

La *tos* es un síntoma constante que en la gran mayoría de casos se presenta en la invasión misma de la enfermedad. Esta tos rara vez aparece por golpes, es menos penosa y dislacerante que en el catarro pulmonar, y no aumenta su frecuencia de un modo tan sensible por la tarde y durante la noche. En general su frecuencia en relación con la extensión de la flegmasia, y su intensidad es menor en los ancianos y en los niños que en los adultos.

La tos produce pronto la expectoración de *esputos*, que no siempre son característicos desde el primer día, aun cuando muchas veces sucede así. En el mayor número de casos aparecen estos esputos en los tres primeros días, son viscosos, semitransparentes, contienen burbujas finas de aire, y presentan sobre todo el color que los distingue. Las mas veces tienen un tinte como de *tadrillo molido*, ó un color de *orin*, y otras son *anaranjados*, *amarillos de limon*, *azafranados*, de color de *jalea de albaricoque*, *azúcar de cebada*, de *ágata*, etc., y en fin, pueden presentar varios matices, porque todo depende de la mayor ó menor cantidad de sangre que se mezcla con el moco segregado. En algunos

enfermos tienen los esputos un color *verde* mas ó menos oscuro, y en otros se parecen al *zumo de regaliz* ó de *ciruelas*. Se debe notar con el mayor cuidado todas especies, porque estos esputos, escepto los que presentan un color verde, son patognomónicos de la pulmonía; y si bien es cierto que su falta no prueba absolutamente que no exista esta enfermedad, su presencia nos indica que existe. Este era el único signo de gran valor que poseían los antiguos para diagnosticar la pulmonía.

La *cantidad* de los esputos varia mucho, y así á veces no se hallan mas que uno ó dos pegados al fondo de la vasija, y que los ha espectorado el enfermo con mas ó menos dificultad, y otras son abundantes y cubren el fondo de la escupidera de una capa semi-transparente, *viscosa*, que no se desprende en el instante cuando se pone boca abajo la vasija, que en seguida se va separando por varios puntos, dejando prolongaciones adherentes debidas á la viscosidad de la materia, y que por último se desprende algunas veces en masa luego que ha sido vencida la fuerza de cohesión. No es muy raro observar una expectoración abundante de un líquido análogo á la saliva batida, en medio del cual se descubren algunos esputos característicos, que presentan los colores particulares y la semi-transparencia que mas arriba hemos indicado.

Según las investigaciones de Grisolle, los esputos herrumbrosos, anaranjados y amarillentos son los primeros que se espectoran, á estos siguen los verdes, y los últimos que se presentan son los parecidos al zumo de regaliz ó de ciruelas.

Hemos dicho ya antes de ahora que no siempre existen estos esputos característicos, y en efecto se observan enfermos en quienes no presenta la materia de la expectoración durante todo el curso de la enfermedad mas caracteres que los de un simple catarro, y aun en algunos, aunque es mas raro, falta completamente esta expectoración. Esta escepcion es mas frecuente en los ancianos que en los adultos, y es casi constante la falta de expectoración en los niños, pues lo mas común es que apenas se presenta hasta despues de los seis años, á cuya época es sanguinolenta ó *herrumbrosa*, lo mismo que en el adulto. Sin embargo, he tenido ocasion de observar en niños recién nacidos (1) la existencia de una *espuma sanguinolenta* muy perceptible, y el doctor Morris (2) ha observado el mismo síntoma en dos gemelos de tres meses, de los cuales el uno murió, lo que ha permitido que se hallasen en el cadáver las lesiones de la pulmonía. Así pues algunos autores han negado sin razon la existencia de este síntoma, cuya importancia es tan grande que nunca podrán estudiarse demasiado.

El doctor Remak, de Berlin (3), ha hecho estudios sobre los esputos de la pulmonía, que le han conducido á resultados sumamente cu-

(1) Valleix, *Clin. des mal. des enf. nouv.-nés.* art. PNEUMONIE, 1838, p. 40.

(2) Morris, *Philad. med. Examiner*, 1846.

(3) Remak, *Diagnostiche und pathogenetische Huter suchungen*, etc., Berlin, 1845.