

riosos. En cincuenta casos que ha observado detenidamente halló en los esputos *concreciones bronquiales* pequeñas, ramificadas y fibrosas, perceptibles á veces sin ninguna preparacion, pero que para verlas bien es necesario echar los esputos en agua y dejarlos en este liquido por algun tiempo, poniéndolos despues en una placa de vidrio pintado de negro. Segun Remak, este sería un signo patognomónico de la pulmonia, que ha llegado al periodo que él llama periodo de exudacion. Es decir, que existiria siempre en cierta época una especie de bronquitis pseudo-membranosa ligera, y así se podria admitir que en los casos, como por ejemplo en la epidemia de la gripe de 1837, en que se han hallado grandes concreciones pseudo-membranosas obstruyendo los bronquios, solo habia un aumento de este estado ordinario de los pulmones en la pulmonia.

Segun Bamberger (1) los esputos de la neumonia toman el carácter del tipo *exudativo*; tres diferencias les separan de los esputos del catarro: 1.º no tienen fosfatos alcalinos ó solo presentan indicios mientras que los del catarro oscilan entre 10 y 14 por 100 de la masa de sales minerales; 2.º en el catarro la sosa es á la potasa :: 5 : 20; en la neumonia la sosa es á la potasa :: 15 : 41. La proporcion de las sales de potasa y sosa es pues inversa en ambas enfermedades; 3.º el sulfato que en los catarros presenta por término medio 2 por 100 se eleva en la neumonia á 8 por 100 de la masa total de sales.

Cuando la neumonia entra en el periodo de resolucion los esputos se aproximan al tipo catarral perdiendo las diferencias que hemos indicado.

No se obtiene ningun signo que valga algo por la *inspeccion* y la *medicion* del pecho; pero no sucede lo mismo por la *percusion*, y sobre todo por la *auscultacion*.

La *percusion* empleada en los primeros dias, dá á veces resultados muy poco manifiestos; pero muy pronto se presenta un sonido á macizo mas ó menos marcado en el punto que ocupa la inflamacion. Segun Grisolle (*loc. cit.*, pág. 229), la sensacion de resistencia que percibe el dedo que percute es cuando menos tan útil para el diagnóstico como la oscuridad del sonido, en atencion á que hace que se descubra un estado patológico del pulmon, en el que el sonido solo se diferencia en ligeros matices sumamente dificiles de apreciar. El práctico debe pues poner gran cuidado en poder apreciar esta sensacion. Cuando el pulmon está muy hepatizado, es tan diferente el sonido del pecho en el punto enfermo del de las inmediaciones, que no es posible engañarse; pero en una pulmonia incipiente no hay mas que una oscuridad de este sonido, la cual es mas difícil de apreciar, y se hace entonces indispensable la precaucion de percudir comparativamente el pecho en los puntos correspondientes, precaucion por lo demás sumamente útil en todos los casos. Este es el único medio que hay para poder distin-

(1) Bamberger. *Würzburger medicinische Zeitschrift*, t. II, n.º 5 y 6, 1864.

guir los cambios de sonido sumamente ligeros, y que sin embargo es muy útil sean conocidos para dirigir el tratamiento. Cuando la lesion es muy profunda, la percusion puede dar resultados negativos; pero son sumamente raros los casos en que sucede esto durante todo el curso de la enfermedad. Es bastante frecuente que la percusion solo ofrezca en los niños signos ligeros; pero teniendo cuidado de percudir comparativamente en los dos lados del pecho, hemos logrado Vernois y yo obtener resultados casi semejantes á los que se consiguen en el adulto. No es del todo inútil la percusion mas que en la pulmonia lobular, pero no en todas las de los niños, como se creia hace veinte años.

La *auscultacion* tiene todavia mas importancia. Si el médico es llamado desde el principio, cuando acaba de presentarse la calentura y cuando aun la percusion no dá ningun signo positivo, ya entonces mismo, aplicando el oido al pecho, se percibe una alteracion del ruido respiratorio en el lado afectado; este ruido es menos claro y mas áspero que en el lado opuesto. A este signo se agrega pronto el *estertor crepitante*, fino, muy seco, de burbujas iguales y que se percibe al terminar la inspiracion. Es preciso tener cuidado de no confundir este estertor con un ruido análogo que se percibe en las primeras inspiraciones en los sugetos que han permanecido mucho tiempo acostados y en un reposo absoluto, cuyo último ruido depende al parecer de la simple accion de desplegarse las vesiculas, y ya no vuelve á reproducirse. El estertor crepitante es con bastante frecuencia menos seco y sus burbujas menos iguales y en general mas gruesas, de modo que en estos casos hay una diferencia bien perceptible entre este ruido anormal y el estertor subcrepitante del catarro pulmonar, del que solo se distingue en que no se presenta mas que en un lado, circunstancia importante y que volveremos á recordar al ocuparnos del diagnóstico.

Muy pronto sustituye á este estertor la *respiracion bronquial*, y al mismo tiempo la voz, que hasta entonces no habia presentado mas que una resonancia algo mas marcada, toma igualmente el carácter bronquial, es decir, que hay *broncofonia*. Cuando el observador ausculta la respiracion y la voz, le parece que desde el pecho del enfermo salen un soplo seco y una voz vibrante que llegan á su oido despues de atravesar un tubo de paredes resistentes. Sin embargo, la voz sonora es difusa, no articulada, y no atraviesa por el estetoscopio como en la verdadera pectoriloquia. Laennec dividió el soplo bronquial en *soplo en el oido* y *soplo velado*, segun que este ruido atraviesa con mas ó menos facilidad las paredes torácicas: pero esta es una ligera variacion que depende, segun este autor, de que en el segundo caso se interpone una capa mas ó menos gruesa de tejido no hepatizado entre el punto en que se efectúa el soplo y el oido del observador. Cuando el soplo es muy intenso y metálico recibe el nombre de *soplo tubario*.

Jackson, de Boston, ha sido el primero que atendiendo á los dos tiempos de la respiracion, la *inspiracion* y la *expiracion*, ha notado que la respiracion bronquial se percibe al principio en este último tiempo; que la expiracion va haciéndose mas fuerte y aumenta de duracion sin que la inspiracion presente todavía ninguna particularidad.

En los límites de los puntos que ocupan la respiracion bronquial y la broncofonia, se percibe con mucha frecuencia este mismo estertor crepitante ó subcrepitante que habia precedido á estos signos, lo cual indica que ha sido invadida una nueva porcion del pulmon, y que va á pasar por los mismos grados de inflamacion. En algunos enfermos que observó Grisolle, no se verificaba de un modo tan sencillo el paso de la crepitacion á la respiracion bronquial, sino que se efectuaba por la aparicion de un ruido particular que este autor ha comparado al que produce un pedazo de tafetan nuevo cuando se le rasga. Conviene tener noticia de la existencia de este *ruido de tafetan*, á fin de no creer, cuando se perciba, que hay otra enfermedad diferente de la pulmonia.

Muchas circunstancias hacen difícil la manifestacion de estos fenómenos. Algunos enfermos respiran mal y contienen el aliento sin que sea posible lograr que no lo hagan. En estos casos hay que mandarlos toser, porque durante las grandes inspiraciones que preceden y siguen á la tos, se efectúa fácilmente el ruido anormal, y á veces hasta por este medio se hace evidente un estertor que no se produce cuando el sujeto respira bien. En los niños, la respiracion precipitada que produce el temor, hace mas notable la alteracion del ruido respiratorio y relativamente á la resonancia de la voz, no es posible estudiarla en los niños muy tiernos, á no ser por medio del *grito* que conviene notar siempre.

En un corto número de enfermos no hay respiracion bronquial, ni broncofonia, sino que mas bien *falla* el ruido respiratorio y la resonancia de la voz en los puntos que ocupa el sonido á macizo. Se ha tratado en vano de esplicar esta especie de anomalia, que Grisolle ha observado repetidas veces en los adultos, y que yo he percibido en los recién nacidos. Stokes (*loc. cit.*, pág. 526) cree que este fenómeno depende de hallarse invadido el pulmon en toda su estension, lo cual priva al órgano de la facultad de dilatarse para admitir el aire: pero Grisolle ha hallado la respiracion bronquial en casos de esta especie, al paso que ha coincidido muchas veces la falta del ruido respiratorio con una hepatizacion de mediana estension.

Si se ha de creer á W. Boding (1), hay un signo particular de la *pulmonia del vértice*, que consiste en un estertor mucoso ó crepitante muy fuerte, que se oye á tres ó cuatro piés de distancia, y que parece que procede de la laringe, sin efectuarse en este punto, sino mas bien en el vértice del pulmon. Todos los enfermos en que Boding ha obser-

(1) Boding, *The Amer. Journal of the med. sc.*, julio de 1847.

vado este signo, han muerto; pero es necesario creer que ha habido alguna cosa escepcional en los casos que refiere este autor, porque todos los dias estamos viendo pulmonias del vértice que no presentan este signo.

En los *niños* y en los *ancianos* se percibe una crepitacion menos seca y no tan fina ni igual como en los adultos. En los recién nacidos parece que en cierto número de casos reemplaza á la respiracion bronquial una disminucion del ruido respiratorio, que en una edad mas avanzada no suele percibirse mas que en la expiracion. Por último, hay casos bien comprobados en que la auscultacion no ofrece ningun signo, y entonces los medios de diagnóstico son los mismos que poseian los antiguos y que el práctico no debe desatender.

Mencionaremos el *aumento de las vibraciones torácicas* al nivel de los puntos hepatizados. Monneret (1) en sus interesantes trabajos acerca del valor de este signo, ha hecho ver todo el partido que de él se puede sacar.

Al mismo tiempo que se manifiestan los fenómenos que acabamos de describir, continúan los sintomas generales que existen desde el principio, y hasta pueden presentarse otros nuevos. La *calentura* es igual ó hace progresos, el pulso se presenta por lo comun dilatado y poco depresible, y cuando es muy frecuente se halla tambien menos desarrollado. Su frecuencia está por lo comun en razon directa con el número de inspiraciones, y en los niños y en los ancianos se necesita á veces mas atencion que en los adultos para poder apreciar la aceleracion del pulso.

No se observa en el corazon ningun fenómeno notable. El *calor* de la piel se halla mas ó menos aumentado, á veces es ácre y urente, y mas á menudo húmedo, y coincidiendo con sudores mas ó menos abundantes. El *apetito* está abolido, y la *lengua* blanca, pastosa, cubierta de una capa mas ó menos gruesa, y en los casos mas graves se presenta seca, áspera, dura en su superficie, roja, pardusca y como quemada, cuya variacion de estado, segun las investigaciones de Hourmann, Dechambre y Grisolle, se presenta con mucha mas frecuencia en los ancianos que en los adultos, y así la pulmonia es tambien mas grave en los primeros que en los segundos. La *sed* casi siempre es intensa, y rara vez persisten los *vómitos* de la invasion, aun cuando en algunos casos se observan *náuseas*. Solo en el menor número de enfermos aparece la *diarrea*, y es por lo comun ligera y acompañada de dolores de vientre poco molestos. La *cefalalgia*, sintoma que existe desde la invasion, se prolonga durante muchos dias, y á veces es muy intensa, ocupa principalmente la frente y se estiende en algunos casos á toda la cabeza. A veces hay *insomnio* y *agitacion* durante la noche y algunos *desvanecimientos*, pero rara vez se presenta el delirio y menos el coma. Algunos enfermos tienen una ó mas *epistaxis*, y en todos hay

(1) Monneret, *Mem. sur l'ondulation pectorale*, etc. (*Revue méd.-chir. de Paris*).

disminución de *fuerzas*, presentándose en varios una debilidad mucho mas considerable de la que al parecer corresponde á la estension de la flegmasia. En un gran número la *cara* está encendida y animada, y hay aumento de coloracion, sobre todo en las megillas. Sin embargo, no debe darse una importancia escesiva á este sintoma como lo hacian los antiguos, porque primero hay muchos enfermos en los que permanece la cara pálida durante todo el curso de la enfermedad, y segundo, cuando la afeccion hace progresos suceden á la rubicundez una coloracion lívida y pálida, ó amarillenta y térrea, como se observa principalmente en los casos en que la terminacion es funesta. Los observadores que se han ocupado últimamente de esta enfermedad, no han podido notar en la cara de los niños que padecian pulmonía los rasgos que Jadelot habia indicado como propios de esta enfermedad.

Entre los signos de la neumonía hay uno que conocido desde largo tiempo hace se ha hecho objeto de la particular atencion de los médicos fisiólogos, desde los trabajos de Cl. Bernard sobre los efectos de la seccion del filete cervical superior del gran simpático (1), queremos hablar del *rubor y aumento de calor del lado correspondiente de la cara*. Gubler tomó este signo como base de un trabajo cuyas conclusiones son las siguientes:

1.º El rubor de las megillas, que coincide ordinariamente con las inflamaciones pulmonales, no es, como generalmente se cree, un accidente fortuito, sino una alteracion funcional en relacion con la afeccion de los órganos respiratorios.

2.º Este rubor no es necesariamente proporcional á la estension ó grado mas ó menos abanzado de la lesion anatómica; sigue en su intensidad y su marcha las vicisitudes del trabajo inflamatorio.

3.º Una elevacion siempre sensible y á veces considerable de la temperatura (0,50 á 5°,40), acompaña á la hiperemia y la imprime carácter de congestion activa.

4.º La megilla congestionada corresponde al pulmon que es asiento de la flegmasia, ó al menos del que está mas congestionado. Si la inflamacion es doble los dos pómulos están hiperemiados, y el rubor será desigual si los dos pulmones no están invadidos por igual.

5.º La congestion malar se presenta, no solo en la pulmonía, sino en la mayor parte de las flegmasias pulmonales, en las que van acompañadas de tuberculizacion como en las neumonías tifoideas y aun en las bronquitis capilares, pareciendo llegar á su máximun en las neumonías del vértice.

6.º La produccion de otros estados morbosos puede favorecerse por la hiperemia habitual de la cara; de esta manera puede reproducirse una erisipela en la megilla del lado afecto. Lo mismo podemos referir la produccion algunas veces observada de un grupo de herpes en el lado correspondiente á la pulmonía.

(1) Claudio Bernard, *Cours de medecine au college de France*.

7.º Para explicar el rubor de las megillas en las enfermedades agudas de los pulmones, puede invocarse una escitacion parcial de los plexos nerviosos afectando el encéfalo y reflejándose por los nervios respiratorios de la cara (1).

Se ha notado tambien la frecuencia del *herpes labialis* en los enfermos atacados de neumonía, atribuyéndose á este signo un carácter pronóstico favorable. El *herpes labialis*, considerado por algunos autores como fenómeno critico, no suele aparecer antes del tercero ó cuarto dia de la enfermedad.

Los enfermos permanecen casi siempre echados de espaldas, especialmente cuando los sintomas, y en particular el dolor, son muy intensos y la enfermedad ha hecho grandes progresos.

Los sintomas que acabo de esponer son comunes á los dos primeros de los tres periodos que admiten muchos autores, y de que hablaré al tratar del curso de la enfermedad. Mas al llegar al segundo de estos dos grados, la pulmonía presenta fenómenos diferentes, segun que deba efectuarse la curacion, sobrevenir la muerte del enfermo ó pasar la afeccion al tercer período.

En el primer caso empiezan por calmar notablemente los síntomas febriles; remite el pulso y el calor, desaparece la agitacion, el sueño es mas tranquilo, la tos se hace mas húmeda y mas fácil la expectoracion; los esputos dejan por lo comun de ser sanguinolentos, y se presentan blancos, agrisados, con mas mezcla de aire, y desaparece el dolor de costado. Si se hace diariamente la auscultacion torácica, se nota que va disminuyendo la respiracion bronquial, que primero se hace perfecta la inspiracion y despues la espiracion, de modo que el soplo tubario persiste por mas tiempo en el segundo tiempo de la respiracion, que es por donde ha empezado. Por lo comun se percibe en las partes que han sido últimamente invadidas un estertor crepitante ó sub-crepitante mas húmedo que el que se oia en el principio, y que se ha llamado *estertor crepitante de regreso*. Este ruido va estendiéndose sucesivamente y abandonando los puntos que primero habia ocupado y en los que vuelve á su estado normal el ruido respiratorio, de modo que los últimos puntos que ha invadido la inflamacion son los primeros que se curan, y la pulmonía se disipa de un modo inverso al con que se ha desarrollado, cuyo curso es digno de notarse, y ya le hallaremos en las demás flegmasias. Por último, el semblante recobra su expresion natural y el enfermo entra en convalecencia.

Cuando ocurre la muerte en el curso de este segundo período, los sintomas que hemos descrito mas arriba conservan su intensidad, excepto el dolor, que por lo comun desaparece. La dificultad de respirar aumenta, se hace menos fácil la expectoracion, y los esputos que salen son pequeños, de color gris sucio, á veces estriados y hasta en-

(1) Gubler, *De la rougeur des pommetes comme signe d'inflammation pulmonaire*. (*Union medicale*, abril y mayo 1857, p. 99).

teramente purulentos. Al soplo bronquial se agrega un estertor mucoso grueso; la cara se pone lívida, térrea, se descompone el semblante, la piel se cubre de un sudor viscoso, se enfrían las extremidades y el pulso pierde parte de su fuerza, aumenta su frecuencia y se hace irregular. Por último, aparece el *estertor traqueal* algun tiempo antes de la muerte, y en medio de estos síntomas terribles la inteligencia permanece casi siempre íntegra.

2.º *Pulmonia consecutiva*. Esta especie de pulmonía está caracterizada por síntomas semejantes á los que acabamos de describir, pero de los cuales suelen á menudo faltar algunos, y otros están notablemente modificados. Así sucede que el dolor de costado es mucho menos frecuente y en general menos intenso; la disnea no guarda proporcion con la estension de la flegmasia, como en la pulmonía primitiva. La tos es menos violenta y casi nunca falta; pero por el contrario, solo se observan los esputos característicos en un corto número de casos. Los signos estetoscópicos son los mas importantes; por lo comun la crepitacion es mas gruesa y mas húmeda, y cuando los enfermos no están escesivamente debilitados, se percibe el soplo tubario. Por último, hay calentura mas ó menos intensa.

Las neumonías *secundarias* ó *consecutivas* cuya historia pertenece mas bien á la patología general que á un tratado especial de patología interna tienen una grande importancia á causa de su frecuencia, los caracteres insidiosos que presentan y las modificaciones que imprimen á las enfermedades, de las que son una dependencia. Se consultará con ventaja sobre este particular el *Tratado de neumonía* (1) y tesis de Vulpian (2) de los que tomamos las siguientes conclusiones:

1.º Estas afecciones presentan con frecuencia asociados los signos de la bronquitis y de la neumonía. En la mayoría de los casos son neumonías bastardas y bronco-neumonías.

2.º Son frecuentemente dobles.

3.º Suelen ser latentes.

4.º Los signos físicos presentan en la mayoría de los casos mucha movilidad.

5.º Tienen gran tendencia á tomar la forma adinámica ó tifoidea.

6.º Su resolucion es generalmente lenta.

3.º *Formas diversas de la pulmonía primitiva*. La forma principal, y á la que es mas especialmente aplicable la descripcion que precede, es la pulmonía puramente inflamatoria, la *pulmonía franca*. Pero en ciertos casos se observan, bien sea en los síntomas, en el curso de la enfermedad, ó en las circunstancias que han acompañado á su desarrollo, ciertas particularidades que á los ojos de muchos médicos le imprimen un carácter nuevo. Así, pues, cuando la cara está amarillenta hay pesadez de cabeza, poca sed, la lengua se presenta amarilla ó ver-

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 1861.

(2) Vulpian, *Des pneumonies secondaires*, tesis de agregacion, 1860, p. 73.

dosa y la boca amarga, con sensacion de plenitud en el estómago, y cuando hay evacuaciones biliosas, se dice que la *pulmonía es biliosa*.

Stoll (1) ha fijado con especialidad su atencion en esta forma, que como lo hace notar Grisolle, ya habia sido indicada por Bianchi (2). Pero Laennec, cuyos elementos de diagnóstico valian mucho mas que los de Stoll, halló que la pulmonía biliosa habia llegado á ser sumamente rara, y desde entonces todos los buenos observadores han comprobado la verdad de esta asercion de Laennec. ¿Seria esta forma una modificacion tan solo de la constitucion médica? ¿Quién podria creerlo? Martin Solon (3) considera como un signo precioso de esta forma de la pulmonía la presencia de la bilis en la orina, que se descubre por el color verde que toma cuando se la trata por el ácido nítrico.

Cuando los síntomas generales son sumamente intensos relativamente á la estension de la flegmasia, cuando hay una gran postracion, desvanecimientos, agitacion viva, delirio, etc., se dice que la pulmonía presenta la *forma tifoidea*, y se le dán los nombres de *atáxica*, *adinámica*, etc., segun los síntomas que predominan.

Si la enfermedad aparece en el curso de un catarro pulmonar, y sobre todo si reina una epidemia de bronquitis ó de gripe, la pulmonía toma el nombre de *catarral*. La que sobreviene en las mujeres durante el puerperio, se ha llamado *pulmonía puerperal*.

Se ha observado tambien una *pulmonía intermitente y remitente*, de las cuales hablaré al tratar del curso de la enfermedad. La que sucede á una violencia exterior y particularmente á la introduccion de un cuerpo extraño en los pulmones, se llama *pulmonía traumática*.

Por último, se ha llegado hasta describir pulmonías *reumáticas*, *artríticas* y *verminosas*; pero como dice Grisolle, en la actualidad no se admite, y con razon, la existencia de estas formas, fundadas tan solo en hechos que no tienen un valor positivo.

Ahora bien: ¿qué importancia debe darse á todas estas distinciones? ¿Estas particularidades tienen por sí tan gran valor, que el práctico deba dejarse guiar enteramente por ellas? No lo creo. Indudablemente que si las diversas circunstancias que acabo de enumerar diesen un nuevo carácter á la enfermedad, seria necesario considerarlas como otras tantas indicaciones que habia que llenar. ¿Pero sucede realmente así? ¿Qué presenta de notable la pulmonía biliosa que no se halle, aunque en menor grado, en las demás? ¿Y no pasa otre tanto con la tifoidea? ¿No es cierto que en todas las pulmonías hay una agitacion y un abatimiento y debilidad mas ó menos manifiesta? ¿Y no sucede lo mismo en las demás flegmasias, sin que se le dé tanta importancia como en esta? ¿La pulmonía catarral se diferencia esencialmente de la pulmonía franca, como lo cree Grisolle? Es cierto que este autor ha hallado en la epidemia de gripe de 1837 algunas particularidades

(1) Stoll, *Rat. med.*, pars. I, p. 6.

(2) Bianchi, *Histor. hepática*, Ginebra, 1725, t. I, p. 235.

(3) Martin Solon, *De l'albuminurie*, Paris, 1838, p. 432.

bastante interesantes; pero al mismo tiempo aseguraba Louis, que las pulmonías que habia observado no se diferenciaban de un modo sensible de las pulmonías ordinarias.

No creemos que las diversas formas de la pulmonía primitiva tengan, bajo el punto de vista patológico, tanta importancia como se ha querido darles; veremos si sucede lo mismo respecto al tratamiento, que es la cuestion mas interesante.

Fiebre sinoca perineumónica. Marotte (1) en una Memoria demostró que existe una enfermedad idéntica por sus causas, su principio, sus síntomas generales, su tipo, duracion, terminaciones críticas, y aun por su tratamiento, con la fiebre sinoca simple, no difiriendo sino por la presencia de una afeccion local accesoria, la *neumonía*, que juega durante todo su curso el papel de simple epifenómeno. Existen sinocas con otras enfermedades locales segun las constituciones (anginas, erisipelas, etc.) Esta neumonia es esencialmente benigna, en semejante caso las medicaciones activas son inútiles por lo general, y aun peligrosas, tendiendo mas bien á debilitar los enfermos que á modificar la marcha del mal.

La sinoca perineumónica no es rara. Marotte ha visto veintisiete casos en 1853; seis del 1.º de enero á 1.º de marzo en 1855. Ataca especialmente á los jóvenes, y reconoce como causa habitual un enfriamiento, escesos y alteraciones en el régimen. Rara vez va precedida de prodromos. Por lo general comienza por escalofrios prolongados seguidos de sudores. Cefalalgia intensa, estado saburral marcado; durante los primeros dias fuerzas considerablemente abatidas. La fiebre suele ser poco intensa, y las pulsaciones llegan rara vez á 120. El máximun de intensidad es una vez el segundo, otras el cuarto dia, despues del cual comienza el descenso. Hay siempre fenómenos críticos, que son herpes, sudores y orines sedimentosos, diarreas, epistaxis, manchas eritemóideas. Estas crisis se verifican en el cuarto ó en el sétimo dia. Las lesiones pulmonales suelen no pasar del primer grado. En general la macidez, el soplo y la broncofonia no adquieren el aspecto, la resonancia metálica que indica una obstruccion absoluta del parenquima pulmonal. Los signos de la flegmasia del pulmon desaparecen á veces con rapidez. El pronóstico es de los mas benignos.

4.º *Formas de la pulmonía consecutiva.* Solo hay dos que merezcan una mencion especial, y son la *pulmonía lobular* y la *metastática*. La primera, que ataca casi exclusivamente á los niños, debe sus caracteres particulares al sitio que ocupa. En efecto, está constituida por núcleos de hepatizacion diseminados en los pulmones, de donde resulta que por la percusion no se nota ningun sonido á macizo, y por la auscultacion no se percibe mas ruido que un estertor subcrepitante diseminado lo mismo que lo están los núcleos de hepatizacion. La

(1) Marotte, *De la fièvre synoque peripneumonique*. (Arch. gen. de méd., Paris, 1855, 5.ª série, t. VI, p. 1 y 160).

pulmonía metastática carece todavía mas de síntomas propios, mas no me detendré en ella, puesto que solo constituye una complicacion.

Esta falta de signos diagnósticos me conduce á decir dos palabras de las *pulmonías latentes*. Los antiguos, que estaban privados de la auscultacion y de la percusion, debian hallar muchas mas pulmonías latentes que nosotros. En efecto, estos dos medios de exploracion nos sirven, no tan solo para que podamos diagnosticar la pulmonía, sino tambien para apreciar el valor de algunos síntomas oscuros, como la tos poco intensa, la disnea ligera, etc., que sin ellos hubieran pasado desapercibidos. Mas en los casos de pulmonía lobular, en que faltan casi enteramente los signos físicos, la pulmonía puede en la actualidad permanecer latente en toda la estension de la palabra. En los enfermos que tienen delirio y en los locos puede igualmente desarrollarse, lo mismo que cualquiera otra flegmasia, sin dar signos bien manifiestos; así, pues, se debe á la menor sospecha emplear inmediatamente la percusion y la auscultacion, que son las únicas que pueden suministrarnos datos útiles.

Puede suceder tambien que los enfermos, ó porque solo sientan un malestar soportable, ó porque temen ser conducidos al hospital, continúen entregados por muchos dias á sus ocupaciones con una pulmonía bastante considerable, como lo ha observado Saucerotte (1) en los militares, y se nota todos los años en la Salitreria. Pero en estos casos no es la pulmonía latente, propiamente hablando, puesto que el médico puede descubrirla fácilmente, sino que la oculta el enfermo, porque todavia tiene bastante fuerza para ello.

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

Esta enfermedad sigue un *curso* rápido, presentando por lo comun exacerbaciones mas ó menos manifiestas por la noche. En algunos casos hay una *remitencia* y hasta una *intermitencia* bien caracterizadas, como lo prueban el *escalofrio* con que empiezan las accesiones y la regularidad de estas. Por lo regular solo en los países pantanosos ó en ciertas epidemias toma la pulmonía la *forma intermitente*, que por lo comun es la de cotidiana ó terciana: sin embargo, conviene no perder de vista la posibilidad de su existencia, porque de su conocimiento puede depender quizá la vida del enfermo. Por otra parte, es un precepto que nunca debe olvidarse el tener siempre presente la intermitencia posible de la enfermedad que se observa.

La *duracion* total de la enfermedad no escede por lo comun de veinte dias, y es muy raro tambien que baje de siete, y así se debe desconfiar de esas historias de pulmonías curadas en dos ó tres dias, y que á pesar de ser casi siempre dobles, no llegan, sin embargo, al segundo periodo. En el párrafo *diagnóstico* veremos que en estos casos se ha

(1) Saucerotte, *Gaz. médicale de Paris*, 1846, p. 961.
VALLEIX.—TOMO II.