

confundido con frecuencia el estertor subcrepitante de la bronquitis con el propio de la pulmonía. El paso del primero al segundo grado, y de este al tercero no dura ordinariamente mas de tres ó cuatro dias, y á veces se efectúa en menos tiempo.

En el mayor número de casos la pulmonía termina por la curacion, y entonces hay *resolucion* de la flegmasia, dando lugar á los fenómenos que mas arriba hemos indicado. Por lo comun continúan por mucho tiempo los signos suministrados por la auscultacion y la percusion, despues de haber desaparecido todos los demás síntomas. Rara vez se verifica esta *terminacion* durante el primer grado, sino que ordinariamente se efectúa en el segundo y á veces en el tercero. Tambien es muy raro que la enfermedad pase al estado crónico. La pulmonía es una de las inflamaciones que con mas frecuencia termina por la muerte, cuya terminacion fatal ocurre igualmente en el curso del segundo y tercer periodo.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Se admiten generalmente tres grados en la pulmonía: el *primero* consiste en una simple ingurgitacion del pulmon; el *segundo* en la hepatizacion roja (induracion roja de Laennec, reblandecimiento rojo de Andral), y el *tercero* en la hepatizacion gris (reblandecimiento gris de Andral, induracion gris de Laennec), Stokes (1) ha descrito dos nuevos grados de que hablaremos mas adelante. Vamos ahora á esponer los que acabamos de indicar.

La *ingurgitacion*, nombre que ha dado Bayle (2) al primer grado de la flegmasia del pulmon, está caracterizada por un color livido ó de heces de vino, por el aumento de peso, la falta completa de crepitacion, la pérdida de la elasticidad propia del órgano, la mayor cohesion, la salida, cuando se corta, de un liquido sero-sanguinolento espumoso y un principio de friabilidad; sin embargo, no se ha destruido aun la testura celulosa del pulmon, y las porciones de tejido ingurgitado sobrenadan aun si se echan en el agua. En este caso, segun Barthez (3) si se sopla el pulmon todas ó la mayor parte de las vesículas se llenan de aire.

En el primer grado de la *hepatizacion*, el color del órgano es rojo, por lo comun marimóreo interiormente y los tabiques interlobulares manifestos. El tejido hepatizado es pesado, compacto y muy friable, y los pedazos echados en el agua se van al fondo. Si se corta este tejido, sale una mediana cantidad de liquido espeso, rojo, y sin mezcla de aire, y en la superficie que resulta de la incision se perciben una multitud de granulaciones pequeñas, casi todas de un mismo grosor, re-

- (1) Stokes, *A treatise on the diagn. and treatment of dis of chest*, parte I. p. 314.
 (2) Bayle, *Rech. sur le phth. pulm.*, obs. XLVII.
 (3) Barthez, *Seances de la Société med. des hop. de Paris (Un. med., 1851.)*

dondeadas, ligeramente aplanadas, y que se ven aun mejor cuando se rasga el tejido inflamado.

Barthez (1) ha demostrado que cuando existe hepatizacion hay resistencia entera ó completa á la insuflacion, á menos que el tejido no esté reblandecido ó que no se rompa bajo la influencia de un soplo vigoroso, en cuyo caso las vesículas no se llenan de aire. Gairdner ha encontrado el *colapso* del pulmon unido á la hepatizacion, y en este estado el tejido se insufla con facilidad.

Los mismos caractéres se presentan en el segundo grado, es decir, en la *hepatizacion gris*, ó mejor dicho, *infiltracion purulenta*. La diferencia mas notable consiste en que el tejido enfermo ha tomado un color gris ó amarillento, que al principio se presenta en puntos diseminados y llegan al fin á reunirse. Si se hace una incision en los puntos que ocupa esta alteracion, sale un liquido espeso, opaco, y de olor fétido, que es pus mas ó menos mezclado con la sangre y el moco que infiltran el órgano. La friabilidad es mayor en este grado, y basta una ligera presion para reducir el tejido ó una pulpa.

Hay una cuarta especie de lesion acerca de cuya naturaleza se han suscitado algunas dudas, y es la que ha recibido el nombre de *esplenizacion*. El tejido en esta alteracion tiene un color rojo vinoso, está flácido, muy friable, se precipita al fondo de la vasija, deja salir una gran cantidad de un liquido rojo oscuro, y no presenta por lo comun granulaciones. Meriadec Laennec (2) considera á este estado del pulmon como el resultado de una congestion hemorrágica, pero Grisolle le ha hallado en casos en que se habian presentado todos los síntomas de la pulmonía. Resulta, pues, que es una forma anatómica rara de la pulmonía.

Stokes añade á estos grados otros dos nuevos. El primero precede á la ingurgitacion, y hé aqui cómo este autor le caracteriza. «El pulmon está mas seco que en el estado natural, y presenta una gran inyeccion arterial, pero sin derrame de sangre en las células.» Stokes ha hallado signos que indican durante la vida este primer grado de la pulmonía, y son una respiracion pueril muy intensa que precede al estertor crepitante. Bajo el punto de vista práctico esta distincion no tiene gran importancia, porque este fenómeno es de muy corta duracion, y casi nunca, puede decirse, es llamado el médico á tiempo para percibirle. El quinto grado de Stokes es el absceso del pulmon, que los demás autores han colocado entre las terminaciones de la pulmonía.

El estudio de la anatomia patológica de la neumonia comprende no solo el exámen microscópico, sino tambien el de la espectoracion, y los autores alemanes han insistido en esta especie de estudio. Segun Remak, de Berlin (3), la presencia en los esputos neumónicos de con-

- (1) Barthez, *Seances de la Société med. des hop. de Paris (Un. med., 1851.)*
 (2) *Note du traité d' auscultation*, par Laennec, t. I, p. 396, 3.ª edicion.
 (3) Remak, *Diagnostische und pathogenetische Untersuchungen in der Klinik von Schönlein*, en 8.º, Berlin, 1845.—*Arch. de med.*, Paris, 1846.

creciones bronquiales ramificadas, es un fenómeno constante que se presenta sobre todo en el periodo de exudacion de la neumonia. Estas concreciones se observan del tercero al sétimo dia, cuando el estertor crepitante está mas marcado. Por una errónea apreciacion se ha dado á este estado, por decirlo así, normal, de la pulmonia, el nombre de neumonia fibrinosa. No existe ninguna relacion entre estas lesiones anatómicas y las que caracterizan la bronquitis pseudo-membranosa.

Segun Gubler (1), en la neumonia franca é intensa que puede llamarse *hemorrágica* puede la sangre derramarse en tal cantidad, que no pueda ser espelida con las mucosidades bronquiales, coagulándose no solo en las vesículas pulmonales, sino en las ramificaciones pulmonales mas pequeñas y aun en las de mayor calibre. En las vesículas pulmonales los pequeños coágulos sanguíneos constituyen las granulaciones de la hepatizacion roja. Cuando se han decolorado estos pequeños coágulos, caracterizan una forma particular de la hepatizacion gris, mas notable en los viejos. En los tubos bronquiales, los coágulos sanguíneos forman esas concreciones arborescentes de que se trata en esta comunicacion, los que pueden ser mas ó menos rojos y condensados y mas ó menos pálidos y reblandecidos, segun su edad y demás circunstancias. Las concreciones de la neumonia difieren esencialmente por su origen y caractéres de los que acompañan á las bronquitis pseudomembranosas.

Si en el segundo estado de la neumonia ó en el tercero (2) se verifica una trasformacion grasienta de la fibrina exudada y de las células purulentas que llenan los alveolos y que al mismo tiempo las paredes alveolares no segregan suero en suficiente cantidad, estas masas grasosas se desecan y toman la apariencia de tubérculos. En Francia este objeto ha llamado mucho la atencion, pero á curso clásico; y aunque los histologistas hayan creido señalar grandes diferencias entre la granulacion tuberculosa propiamente dicha y las trasformaciones de los productos de la inflamacion, la clinica no ha podido aun deducir en su provecho las investigaciones microscópicas. Esta cuestion está aun en estudio.

En los niños y en los ancianos el tejido inflamado del pulmon presenta algunas particularidades. En los recién nacidos he hallado la superficie de las incisiones lisa como un mármol pulimentado y sin ningun vestigio de granulacion. Se me ha hecho observar que yo habia descuidado rasgar el pulmon, lo cual es cierto, y por medio de este procedimiento han comprobado Rilliet y Barthez la existencia de granulaciones en pulmones de niños de mas ó menos edad, aun en casos en que el tejido cortado aparecia liso. Hourmann y Dechambre han

(1) Gubler, *Concretions ramifiées fibrineuses trouvées dans les crachats de malades atteints de pneumonie lobaire* (Comptes rendus des séances et Memoires de la Société de biologie, 2.^a série, t. II, año 1855).

(2) Niemeyer, *Elements de pathologie interne*, Paris, 1865. Véase Cornil, *Des diverses espèces de pneumonie aiguë et chronique* (Gazette des hopitaux, 1865).

hallado en los ancianos el tejido sin granulaciones, lo mismo que en los niños, en una cuarta parte próximamente de los cadáveres; pero en mas de treinta autopsias que he hecho en la Salitreria he hallado siempre granulaciones en todos los puntos hepatizados, sin encontrar ninguna diferencia de lo que se observa en los adultos. No es decir esto que no existan los hechos citados por Hourmann y Dechambre, sino que tal vez nuevas investigaciones irán sucesivamente disminuyendo su proporcion.

Sitio. El lado invadido con mas frecuencia es el derecho, y en una proporcion considerable, próximamente como dos á uno. Es raro que la pulmonia sea doble, y dudoso que se haya presentado tal en un principio, sino que solo los progresos de la enfermedad son los que llegan á producir este resultado. La pulmonia doble es mucho mas frecuente en los niños y en los ancianos que en los adultos. El punto afectado con mas frecuencia es el lóbulo inferior, al cual sigue el vértice; en los niños y en los ancianos aumenta la proporcion de las pulmonias en este último sitio.

Los núcleos diseminados de hepatizacion constituyen la *pulmonia lobular*, y al redor de estos núcleos se halla á veces una falsa membrana blanca y resistente, como lo han observado Rilliet, Barthez y Grisolle.

Abcesos de los pulmones. En casos en proporcion muy raros, pero de los cuales posee la ciencia ya cierto número de ejemplos porque se han buscado con el mayor cuidado, se forman en vez de una simple infiltracion purulenta, verdaderas colecciones de pus, *abcesos pulmonares*. Estos abcesos, que se hallan unas veces próximos á la pléura y otras mas profundos, no tienen sintomas bien conocidos, y el signo mas cierto de su existencia es una expectoracion abundante de pus que aparece despues que se han presentado todos los síntomas de la pulmonia; pero este signo solo se manifiesta cuando el abceso se vacía en los bronquios. En cuanto á los signos estetoscópicos que indicó Laennec (estertor mucoso grueso, pectoriloquia, y soplo en el oido, si el abceso es superficial), muy rara vez se ha podido comprobar su existencia.

Estos abcesos, por lo comun inmediatos á la pléura, varían mucho en cuanto á su estension; y así es que unas veces son pequeños como una judía, y otras llegan á tener un diámetro de 12 á 15 centímetros: sus paredes son irregulares, atravesadas en algunos casos de bridas vasculares y bronquiales, y cubiertas en otros de una falsa membrana, ordinariamente friable y á veces bastante consistente. Estas paredes han presentado en varias ocasiones un aspecto evidentemente gangrenoso. El pus contenido en la cavidad es blanco, espeso y bien trabado, ó bien gris, suelto y fétido. Segun las observaciones de Grisolle, el abceso ocupa casi siempre el centro de una hepatizacion roja ó gris bastante estensa para poder explicar por sí sola la muerte de los enfermos; «hecho, añade este autor, que está en oposicion con lo que gene-

ralmente se dice, de que para que una pulmonía termine por la formación de un absceso, es necesario que la inflamación esté limitada á un espacio muy circunscrito (1).

El doctor Williams Weir (2) ha observado en un caso de pulmonía del lado izquierdo un absceso del pulmón que se ha *abierto al exterior*, y habiendo sucumbido el enfermo, ha notado que no había tubérculos.

Los abscesos *consecutivos* y *metastáticos* presentan algunas particularidades, de lo que me ocuparé cuando trate de las enfermedades en que se forman.

Como sintoma y como alteración patológica es útil conocer el estado de la sangre. El coágulo está bien formado, retraído en sus bordes, la costra es espesa y resistente. Esta apariencia resulta de un aumento en la proporción de la fibrina, cuyo término medio oscila entre 7 y 8 milésimas. Las relaciones del aumento de fibrina con la lesión local se ha interpretado de varios modos. Hoy toda la escuela alemana, marchando á impulsos de las ideas de Virchow, admite que la heperinosis es un estado secundario á la lesión local, y que la fibrina es un producto anormal de la metamorfosis de los tejidos. En la inflamación la fibrina formada en el sitio en exceso es estraida en la sangre, en la que reconoce su superabundancia el análisis. Bajo el punto de vista clínico, el principal inconveniente del aumento de fibrina en la sangre es la formación de coágulos fibrinosos en la cavidad cardíaca.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

En las cualidades físicas de los esputos y en el resultado de la auscultación, encontraremos los signos realmente patognomónicos. Los esputos herrumbrosos, anaranjados, de color de azúcar de cebada, de albaricoque y azafranados, solo se hallan en los casos de flegmasia del pulmón; luego son patognomónicos. En cuanto á los que se asemejan al zumo de regaliz y de ciruelas, dicen algunos médicos y en particular Laennec, que los han observado en otras muchas enfermedades, por ejemplo, en la apoplejía pulmonar. Por el contrario, otros, tales como Chomel, Andral y Grisolle, solo los han hallado en los pulmoniacos, y durante mi asistencia en la Salitrería tampoco los he visto mas que en esta enfermedad. ¿Se habria dejado alucinar Laennec por la mayor ó menor semejanza? Es cierto que no es difícil distinguir la mezcla de la sangre procedente de las encías en los escorbúticos, de la que al parecer dá á los esputos un aspecto idéntico á los de color de zumo de regaliz y de ciruelas. Si hay casos que puedan engañar, cuando menos debemos decir que son sumamente raros.

Entre los signos estetoscópicos, el único verdaderamente patognomónico, como lo demostró Grisolle, es el estertor crepitante, que es

(1) Grisolle, *Traité de la pneumonie*, 2.^a ed., Paris, 1864, pág. 27.

(2) Williams Weir, *Land. and Edinb. monthly Journ.*, junio de 1845.

preciso distinguir bien del subcrepitante; pero cuando se le reconozca de modo que no quede duda, por sus burbujitas pequeñas, secas, iguales entre sí y que solo existen durante la inspiración, bien puede el práctico estar seguro de que hay una pulmonía. Pero es necesario que el estertor presente siempre sus caracteres bien manifiestos, porque con mucha frecuencia se acerca al estertor subcrepitante ó bien se halla confundido con este mismo ruido, y entonces hay que atender á otras circunstancias para poder apreciar con exactitud el valor de este signo. Demostraremos esto mismo al tratar del diagnóstico diferencial.

La respiración bronquial y la broncofonía, signos diagnósticos excelentes cuando se los aprecia con el auxilio de las circunstancias en que se ha observado su presencia, no son, sin embargo, patognomónicos, puesto que pueden presentarse en otras enfermedades. Finalmente, como la tos, la disnea, la calentura, etc., son sintomas comunes á la mayor parte de las afecciones de pecho, solo pueden merecer alguna importancia por su intensidad y modo de aparecer.

Diagnóstico diferencial. Una de las enfermedades que mas comunmente se ha confundido en la pulmonía es la *pleuresía*, y hasta hemos visto que los médicos del penúltimo siglo no establecían ninguna diferencia esencial entre estas dos afecciones; pero actualmente se las distingue con la mayor facilidad en el mayor número de casos. La existencia del estertor crepitante y sobre todo de los esputos característicos de la pulmonía, no deja por lo comun ninguna duda; mas si faltasen estos dos signos, sería necesario poner el mayor cuidado en la exploración, á fin de llegar á formar un diagnóstico exacto, lo cual se conseguirá atendiendo á los caracteres siguientes:

En la pulmonía es mucho mas intensa la calentura, y no se halla, como sucede en la pleuresía, en frecuente desacuerdo con la extensión de la lesión. La respiración bronquial y la broncofonía existen en ambas enfermedades, pero con mucha mas frecuencia en la pulmonía; de modo que si hay sonido á macizo sin soplo tubario y con falta del ruido respiratorio, es casi evidente que existe una pleuresía. En esta afección es mas completo el sonido á macizo, mayor la resistencia que percibe el dedo que percute, el soplo bronquial parece mas distante del oído, sobre todo en ciertos puntos, y hasta hay casos en que existiendo en una parte del pecho, se hace mas débil inferiormente. Todas estas circunstancias unidas á la dilatación del pecho en la pleuresía, sirven para fijar el diagnóstico en los casos de que estamos tratando, y que vuelvo á repetirlos, son los menos comunes. En cuanto á la egofonía, que no es mas que una modificación de la broncofonía, se percibe en la pulmonía lo mismo que en la pleuresía, aunque tal vez es un poco mas frecuente en esta última.

Por último, lo que hace cierto el diagnóstico es la intensidad de la calentura y el curso de la enfermedad. En la pleuresía, á no ser que haya una complicación, solo la calentura es poco intensa en un corto

número de enfermos, y únicamente en los primeros días; por el contrario, todos saben que la pulmonía es una de las afecciones febriles más violentas (véase capítulo VI, PLEURESÍA).

También se puede tomar por una pulmonía la *bronquitis aguda*; cuando es intensa, ocupa una extensión mayor ó menor de las últimas ramificaciones bronquiales y produce un movimiento febril manifiesto. En efecto, sabemos que puede presentar un dolor de costado bastante bien caracterizado, que el estertor subcrepitante, único que se percibe en ciertas pulmonías, es un síntoma de la bronquitis, y finalmente, que hay bastantes casos en que aparece la pulmonía en el curso de un catarro pulmonar. En estos casos difíciles será preciso buscar un apoyo en las siguientes consideraciones para llegar á formar el diagnóstico. En la bronquitis pueden salir los esputos teñidos de sangre; pero no se observa esa mezcla íntima de sangre y moco que constituye los esputos característicos que antes de ahora hemos descrito. El estertor subcrepitante existe en *los dos lados*, particularidad cuya importancia he hecho conocer en el artículo *Bronquitis*. Es verdad que en la pulmonía que se presenta en el curso de una bronquitis (*pulmonía catarral* de los autores), se oye el estertor en ambos lados; pero es preciso tener presente que estos son precisamente los casos en que la pulmonía pasa con más rapidez al segundo grado, y que, por consiguiente, aparecen pronto signos (sonido á macizo, sonido bronquial) que no dejan ya la menor duda.

Por otra parte, en todos los casos en que pueda haber alguna incertidumbre, viene á fijar el diagnóstico este paso al segundo grado, que nunca se hace esperar mucho tiempo, porque es preciso no admitir esta multitud de pulmonías dobles en su principio que han citado muchos médicos, y que no son otra cosa que simples bronquitis capilares. Debo añadir además que estas dificultades del diagnóstico solo se presentan en muy pocos casos.

Hay, sin embargo, una forma de la pulmonía que es muy difícil, por no decir imposible, distinguir de la bronquitis capilar: tal es la *pulmonía lobular*, y vea el lector lo que se ha dicho en el artículo *Bronquitis*, limitándonos á reproducir el resultado en el cuadro sinóptico del diagnóstico.

La *dilatación de los bronquios* dá origen al sonido á macizo y al soplo bronquial, por lo que es muy importante establecer el diagnóstico entre esta enfermedad y la pulmonía. Ya lo hemos hecho al tratar de aquella afección (pág. 695), y reproduciremos el resumen en el cuadro sinóptico.

Laennec ha espuesto los caracteres distintivos de la pulmonía y del *edema pulmonar*; pero la experiencia no ha decidido aun acerca de su valor, y por otra parte el edema pulmonar se presenta en tales circunstancias, que es poco temible el error.

En ciertos casos de *tisis pulmonar aguda* existen tales síntomas febriles, que se podía creer, agregándolos á los pectorales (tos, opresión

y dolores de pecho), la existencia de una pulmonía; pero si hay sonido á macizo, estertor subcrepitante y soplo bronquial, se observan estos debajo de las clavículas; además los esputos no presentan ninguna de las formas características que hemos indicado más arriba, puesto que son opacos, estriados, simplemente mezclados con sangre, y por último, se observan sudores nocturnos abundantes, demacración, y en una palabra, todos los signos de una consunción pulmonar rápida.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la pulmonía y de la pleuresía agudas.

PULMONÍA.	PLEURESÍA.
Calentura más ó menos intensa desde el principio; ordinariamente en <i>proporción</i> con la extensión de la lesión, ó <i>mayor</i> que á lo que al parecer corresponde á esta.	Calentura comúnmente <i>ligera</i> ; y casi siempre <i>mucho menor</i> que lo que corresponde al parecer á la extensión de la lesión.
Estertor crepitante ó subcrepitante.	No se advierte estertor alguno.
Esputos <i>herrumbrosos</i> , <i>anaranjados</i> , etc. (signo patognomónico).	Esputos <i>simplemente mucosos</i> .
Sonido á macizo por lo regular <i>menos marcado</i> ; sensación de <i>elasticidad</i> debajo del dedo que percute.	Sonido <i>completamente macizo</i> ; no se siente elasticidad debajo del dedo que percute.
Soplo bronquial <i>más constante</i> y <i>más superficial</i> .	Soplo bronquial <i>menos frecuente</i> y <i>más profundo</i> , sobre todo en la base.
Broncofonía: <i>idem</i> .	Broncofonía: <i>idem</i> .
Tos, disnea, agitación y síntomas febriles <i>más considerables</i> .	Todos estos síntomas <i>menos intensos</i> , y <i>algunas veces muy ligeros</i> .

2.º Signos distintivos de la pulmonía y de la bronquitis aguda.

PULMONÍA.	BRONQUITIS AGUDA.
Dolor de costado en un punto más ó <i>menos distante del esternon</i> (signo dudoso).	Dolores <i>subesternales</i> contusivos (signo dudoso).
Calentura <i>intensa</i> .	Movimiento febril <i>medianamente intenso</i> .
Estertor crepitante en la parte posterior del pecho, pero en <i>un solo lado</i> .	Estertor subcrepitante en la parte inferior y posterior del pecho en <i>ambos lados</i> .
Oscuridad del sonido en el punto en que se oye el ruido anormal.	Sonoridad <i>normal</i> del tórax.

3.º Signos distintivos de la pulmonía lobular y de la bronquitis aguda intensa.

PULMONÍA LOBULAR.	BRONQUITIS AGUDA INTENSA (CAPILAR).
Disnea menos considerable.	Disnea muy intensa.
Ansiedad mediana.	Ansiedad extrema.
Estertor subcrepitante limitado á menor estension del pulmon.	Estertor subcrepitante diseminado en todo el pecho.

4.º Signos distintivos de la pulmonía y de la dilatacion de los bronquios.

PULMONÍA.	DILATACION DE LOS BRONQUIOS.
Antecedentes: No hay tos habitual.	Antecedentes: Tos habitual.
Al principio, sintomas febriles mas ó menos intensos; escalofrios, vómitos, etc.	Los sintomas de la invasion medianamente intensos; sin escalofrios, ni vómitos, etc.
Dolor de costado.	Opresion sin dolor de costado.
Espustos herrumbrosos, anaranjados, etc.	No hay espustos característicos de la pulmonía.
Sintomas generales en relacion, por su intensidad, con los sintomas locales.	Sintomas generales de muy poca intensidad, respecto á los sintomas locales.

5.º Signos distintivos de la pulmonía y de la tisis pulmonar aguda.

PULMONÍA.	TISIS PULMONAR AGUDA.
Sonido macizo, estertor crepitante, sople bronquial en la parte posterior del pulmon, y las mas veces en su base.	Sonido á macizo, estertor subcrepitante, sople bronquial debajo de las clavículas.
Espustos semitransparentes, herrumbrosos, anaranjados, etc.	Espustos opacos, estriados, sanguinolentos, etc.
Enflaquecimiento moderado, poca ó ninguna diarrea, etc.	Signos de consuncion pulmonar.

Para llegar las mas veces á formar el diagnóstico es necesario un grupo de los diversos sintomas que acabo de enumerar; que hay casos en que los signos puestos unos en frente de otros no tienen todos el mismo valor, y que en fin, el curso de las enfermedades sirve con frecuencia de guia al médico en su juicio.

La pulmonía es mucho mas grave en los niños muy pequeños y en los ancianos, que en los niños que han pasado de seis años y en los adultos; segun lo que resulta de las investigaciones de Ruz, Gherard, Hourmann y Dechambre. En el hospicio de Niños Expósitos he visto

perecer á todos los recién nacidos atacados de pulmonía. En la Saliteria sucumbieron la mitad de los enfermos que he asistido durante el invierno de 1841, y frecuentemente se observa allí una mortalidad mucho mas considerable. Hemos establecido la progresion de la gravedad de la enfermedad segun las edades (1). Esta afeccion es mas frecuentemente mortal en las mujeres que en los hombres.

Una constitucion débil, deteriorada, hace mas grave la pulmonía, y segun las observaciones de Grisolle, esta afeccion es mucho mas peligrosa en las recidivas. El mal régimen higiénico, la miseria y las escesivas fatigas aumentan su gravedad.

Lo mismo sucede con la embriaguez, pero en menor grado que lo que comunmente se cree. Las pulmonías que reinan bajo la forma epidémica, son por lo general mas graves que las esporádicas. En fin, de lo que resulta de las investigaciones de Andral (2), Briquet (3) y Grisolle (4), se deduce que la pulmonía del vértice del pulmon es la mas grave, y la del lóbulo medio la mas benigna en igualdad de circunstancias.

La opresion extrema, la gran frecuencia del pulso, su pequeñez, las lipotimias, los síncope, el delirio, la difluencia de la sangre, los espustos parecidos al zumo de regaliz y de ciruela, anuncian que la pulmonía es de suma gravedad. Otro tanto sucede en el tránsito al tercer grado, con la formacion de un absceso y la gangrena pulmonar.

Segun Borsieri los espustos herrumbrosos ó amarillos son de buen agüero, al paso que la expectoracion de un líquido semejante á la saliva es de mal presagio. Evidentemente los antiguos, de los que por lo comun es Borsieri el intérprete, no tenian suficientes datos para resolver los diversos problemas que se refieren á la historia de la pulmonía.

Entre las pulmonías primitivas, las que presentan el conjunto de sintomas á que se ha dado el nombre de estado tifoideo, son las que ofrecen mayor peligro. Las pulmonías consecutivas que sobrevienen durante el curso de las enfermedades agudas ó crónicas graves, aceleran casi constantemente la muerte de los enfermos.

§ VII.—Tratamiento.

De la expectacion. En la época en que apareció la primera edicion de esta obra nadie habia presentado dudas sobre la utilidad de una intervencion activa en el tratamiento de la neumonia: Bielt y Magendie fueron los únicos que recomendaron la expectacion. Griso-

(1) Valleix, *Bull. gén. de thér. (Consid. sur la pneumonie des enfans.)*
 (2) Andral, *Clin. méd.*, t. III, p. 237.
 (3) Briquet, *Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, t. IX, p. 30.
 (4) Grisolle, *Loc. cit.*, p. 550.