

- 2.° *Pulmonía biliosa.* Sangrias, emetocatórtico y purgantes.
 5.° *Pulmonía tifoidea.* Almizcle, alcanfor, tónicos y espirituosos.
 4.° *Pulmonía intermitente ó remitente.* Tratamiento de la calentura intermitente perniciosa.

ARTÍCULO IV.

PULMONÍA CRÓNICA.

Todos los autores convienen en la actualidad en que la pulmonía crónica es sumamente rara, y algunos, como J. Forbes y Stokes (1), sin emitir precisamente una opinión contraria, piensan que esta afección, considerada bajo ciertos puntos de vista, es mas comun que lo que se cree. Pero no se tarda en advertir, primero, que consideran como pulmonía un principio de tuberculización, y segundo, que en los casos que señalan se habla con frecuencia de una irritación crónica desarrollada al rededor de algunas lesiones orgánicas muy diferentes. Este modo de ver se asemeja al de Broussais, quien miraba á la tisis pulmonar como una terminación de la pulmonía, y al de Bouillaud, que admite una pulmonía *tuberculizadora*. Pero en la historia de la tisis se verá que el estudio de los hechos es contrario á esta opinión.

De todos modos siempre es un hecho incontestable que la pulmonía simple crónica es tan poco comun, que Laennec ha dudado si realmente existía, y Barth (2), de ciento veinticinco pulmonías agudas cuyas observaciones ha recogido, solo ha visto una vez que esta afección pasase al estado crónico. Charcot (3) afirma que difícilmente se reunirían estudiando las diversas monografías ó tratados especiales mas de diez ó doce observaciones de pulmonía crónica lobular simple, dotada de todas las circunstancias que deben exigirse; si añadimos á estas diez ó doce observaciones, tres casos inéditos incluidos en la tesis de Charcot, tendremos casi todo el caudal que posee la ciencia. Debemos decir aquí algunas palabras acerca de la pulmonía crónica simple.

§ I.—Causas.

Las causas de la pulmonía crónica son para nosotros todavía muy oscuras. Las mas veces es una pulmonía de mediana intensidad, que se manifiesta en un sugeto de mala constitución, y que en lugar de resolverse pasa al estado crónico. Está muy lejos de hallarse demostrada la influencia que pueda tener en la producción de esta enfermedad el abuso de la sangría en la pulmonía aguda. Se dice que se han visto que algunas pulmonías han empezado con el carácter crónico durante el curso de una bronquitis crónica.

- (1) Stokes, *A treat on diagn. and treat. of diseases. of the chest.*, p. 353.
 (2) Véase Chomel, *Dict. de méd.*, art. PNEUMONIE, p. 233.
 (3) Charcot, *De la pneumonie chronique*, tesis de agregación, Paris, 1860.

§ II.—Síntomas.

Los *síntomas* que se observan en el tránsito de la pulmonía aguda al estado crónico, son los siguientes: disminución ó desaparición de la calentura, desaparición del dolor, esputos blancos opacos, no viscosos ni herrumbrosos, y algunas veces apetito. Sin embargo, persiste todavía el sonido á macizo, igualmente que la respiración bronquial y la broncofonía; ordinariamente se oye un estertor mucoso grueso, ó bien, como se han citado algunos ejemplos, no se percibe ruido alguno, sea normal ó anormal. Casi siempre, segun Bicheteau (1), la auscultación sobre el punto en que existe la macidez, deja percibir una *fuerte repercusión de los ruidos y latidos del corazón*. La disnea continúa igualmente que la tos, la que no obstante se vuelve mas húmeda y mas fácil. La calentura, que al principio habia disminuido ó que no se habia manifestado sino con intervalos irregulares, se aumenta al cabo de algunos dias y se hace continua con recargos vespertinos. A pesar de haberse restablecido el apetito no se recobran las fuerzas ni las carnes; mas adelante el apetito se pierde tambien, el enflaquecimiento hace rápidos progresos, la piel permanece seca, y finalmente el enfermo sucumbe en el marasmo.

§ III.—Curso, duración y terminación de la enfermedad.

El *curso* es continuo y está constantemente en aumento, aunque con algunas exacerbaciones. Su *duración* puede ser de dos ó tres meses. La *terminación* es comunmente fatal.

§ IV.—Lesiones anatómicas.

Las *lesiones anatómicas* consisten en una induración y en una impermeabilidad marcadas del tejido pulmonar, que es seco, de color gris, rojizo ó negro; que se va al fondo del agua en que se le sumerge, que cuando se le rompe ó corta presenta unas veces una superficie granulosa, y otras una superficie plana, de lo que han citado algunos ejemplos Chomel y Grisolle, y que, en fin, presenta, segun la observación de este último autor y de Andral, un notable desarrollo del tejido celular interlobular, de lo que resultan ciertas especies de intersecciones fibrosas que forman tabiques irregulares. Rilliet y Barthez (2) han observado en un niño una especie de carnificación en la cual el pulmón presentaba el aspecto de un tejido muscular de fibras apretadas. Esta lesión se habia desarrollado en este caso de un modo crónico, pero se la ve tambien sobrevenir de una manera aguda.

(1) Bicheteau, *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire*, Paris, 1852.

(2) Rilliet y Barthez, *Pneumonie*, p. 32.

§ V.—Diagnóstico.

Rara vez es llamado el práctico para establecer el diagnóstico de la pulmonía crónica. Esta afección apenas puede confundirse mas que con la bronquitis crónica y la tisis.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º Signos distintivos de la pulmonía crónica y de la bronquitis crónica.

PULMONÍA CRÓNICA.	BRONQUITIS CRÓNICA.
Casi siempre <i>sigue</i> , si no siempre, á una pulmonía aguda.	Sucedee á una <i>bronquitis aguda</i> , ó aparece desde luego con el carácter crónico.
Sonido á <i>macizo</i> mas ó menos estenso del pecho.	No hay <i>sonido á macizo</i> .
Soplo bronquial, broncofonía ó falta de todo ruido.	Estertor <i>subcrepitante</i> .
Calentura, <i>enflaquecimiento</i> y <i>marasmo</i> .	No hay <i>fiebre</i> , á no ser en les exacerbaciones, ni tampoco <i>estenuacion</i> .

2.º Signos distintivos de la pulmonía crónica y de la tisis.

PULMONÍA CRÓNICA.	TÍISIS.
<i>Segue</i> á una pulmonía aguda.	Rara vez <i>sucedee</i> á una pulmonía aguda.
<i>Antecedentes</i> : no hay hemotisis, enflaquecimiento lento ni sudores nocturnos hasta los últimos dias.	<i>Antecedentes</i> . Hemotisis, enflaquecimiento, sudores nocturnos, etc.
De la percusion y la auscultacion en un <i>punto cualquiera</i> de la parte posterior de los pulmones.	Signos suministrados por la percusion y la auscultacion <i>debajo de las clavículas</i> .

Cuando la pulmonía crónica ocupa el vértice del pulmon, este último diagnóstico es mas difícil y el curso de la enfermedad se debe estudiar con el mayor cuidado.

Segun los hechos de que tenemos noticia, el *pronóstico* de la pulmonía crónica es muy grave; sin embargo, Chomel (1) no hace un pronóstico tan funesto, pero las observaciones en que se funda no son mas de ocho, lo que ciertamente es muy poco para resolver esta cuestion.

(1) Chomel, *Dictionn. de méd.*, t. XXV, art. PNEUMONIE.

§ VI.—Tratamiento.

Se han contentado con hacer algunas indicaciones generales muy vagas, y muchos pasan en silencio el tratamiento.

1.º Si aun existen algunos signos de agudeza, se harán *emisiones sanguíneas* (sangrias, sanguijuelas ó ventosas escarificadas) muy moderadas.

2.º Se darán algunos *narcóticos* (opio, estramonio, belladona y beleño). Tambien se puede usar la pocion siguiente de Hufeland:

T. Raiz de salep en polvo. 2 gram.

Disuélvase en

Agua tibia. 60 gram.

Añádase:

Agua de flor de naranjo. 10 gram.

Estracto de beleño. 25 centig.

Jarabe de malvabisco. 30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas de té.

3.º *Epectorantes* (quermes mineral, ipecacuana, bálsamo de Tolú, etc.)

Asi, pues, se podrá disponer la siguiente

PRESCRIPCION.

1.º Para bebida:

T. Yedra terrestre. } aa 10 gram.
Flores de tusilago. }

Se infunde por espacio de un cuarto de hora en

Agua hirviendo. 500 gram.

Se cuele y se añade:

Jarabe de hisopo. 30 gram.

2.º T. Goma tragacanto pulverizada. 50 centig.
Quermes mineral. 10 á 20 centig.

Se trituran juntos y se añade poco á poco:

Jarabe simple. 30 gram.

Infusion de yedra terrestre. 150 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas.

O bien:

3.º T. Bálsamo de Tolú. 4 gram.

Yema de huevo. Núm. 4.

Agua. 30 gram.

Mézclese. Se toma á cucharadas.

Se puede aumentar la dosis de estos espectorantes, ó reemplazarlos por otros si se cree necesario.

4.° *Revulsivos.* Se han aplicado al pecho vejigatorios, cauterios, sedales y moxas, haciéndose por lo regular estas aplicaciones al nivel del punto afectado. También se han recomendado las embrocaciones oleosas y las fricciones irritantes.

5.° Se pudiera igualmente aplicar á la pulmonía crónica el tratamiento empleado por Louis (véase pág. 799) contra la pulmonía aguda que tarda en entrar en resolución, es decir, dar el *agua de Vichy* mezclada ó no con la tisana ó leche.

6.° Un *régimen* suave y ligero, vestidos de lana (de franela sobre la piel), el cuidado de evitar el frío y la humedad, y el habitar en un clima cálido, completan este tratamiento.

7.° Charcot (1) cita dos casos de pulmonía crónica observados por Bernet en los niños; la enfermedad que simulaba la tisis se curó con el aceite de hígado de bacalao á altas dosis.

ARTICULO V.

GANGRENA DEL PULMON.

La gangrena del pulmon se habia estudiado poco antes de estos últimos años. Laennec el primero distinguió precisamente esta enfermedad y la separó de las demás lesiones pulmonales con las que se la habia confundido. Fácilmente se comprende que el diagnóstico y la descripción anatómica de esta enfermedad no podia menos de ser muy imperfectos antes de la era de la auscultación y de la anatomía patológica.

Primero se consideró la gangrena pulmonal como una terminación de la inflamación del pulmon sin procurar enlazarla con un estado general. Mas tarde se vió que esta enfermedad estaba ligada con frecuencia á un estado morbos general, que se la encontraba en las fiebres y en el puerperio. Muchos autores modernos han hecho investigaciones sobre este particular: Laurence ha reunido sesenta y tres casos de gangrena del pulmon (2); Boudet ha estudiado esta enfermedad sobre todo en los niños (3); Barthez y Rilliet han dado nueva luz á esta cuestion. Por último, es necesario indicar un orden completamente nuevo de trabajos verificados segun las indicaciones de Paget y Virchow sobre las alteraciones de los vasos pulmonales produciendo la gangrena del pulmon y sobre todo sobre las embolias.

Entre los autores que han publicado casos de este género es menester citar á Schutzenberger (de Strasburgo); Lebert, profesor de la

(1) Charcot, *Pneumonie chronique*, Tesis de agregación, 1860, p. 55.

(2) Laurence, *Journal de l'Esperience*, 1840.

(3) Boudet, *Recherches sur le gangrene pulmonaire*. (*Arch. gen. de med.*, 1843).

Universidad de Breslau (1); Charcot (2), Dumontpallier (3). Estos casos desconocidos antes, son hoy observados en gran número en los hospitales. Esta enfermedad es siempre muy grave, frecuentemente mortal y es de suma importancia el reconocerla á tiempo.

Laennec (4) ha dividido la gangrena del pulmon en circunscrita y no circunscrita. Cruveilhier (5) ha descrito una gangrena seca, y Briquet una gangrena de las estremidades dilatadas de los bronquios (6) encontrandola bajo tres formas distintas en placas, en núcleos y difusa. Estas distinciones puramente anatómicas distan mucho de ser satisfactorias aun bajo el punto de vista anatómico. Mejor seria distinguir la gangrena segun la afección de que dependa. Una clasificación fundada sobre los caracteres clínicos, no es aun posible, pero veremos que bajo el punto de vista de la anatomía patológica se han hecho recientemente grandes progresos merced al impulso de algunos médicos anatómicos, entre los que debe figurar en primera línea Lebert.

§ I.—Definición, sinonimia y frecuencia.

La *gangrena del pulmon* es la mortificación de una parte mas ó menos estensa del parénquima del pulmon, comprendiendo las estremidades de los bronquios, los vasos y la pléura visceral. Esta gangrena puede ser central ó periférica, estensa ó limitada y ocupar uno ó muchos lóbulos pulmonares. No se ha observado la gangrena de todo un pulmon y se comprende que semejante lesión comprendiendo una grande estension del pulmon es rápidamente mortal. La gangrena del pulmon no es conocida con otros nombres.

Esta enfermedad se ha considerado hace tiempo como muy rara. Hoy es el objeto de estudio y observación de muchos médicos que la encuentran con mas frecuencia que anteriormente. Sin embargo, no pueden presentarse estadísticas que espresen terminantemente la exacta frecuencia de esta enfermedad. Laurence reunió 65 casos; el profesor Lebert cita 24 ejemplos; y las investigaciones de Barthez y Rilliet (7) presentan diez y ocho observaciones. Estas observaciones se multiplican y Leudet (de Rouem) ha publicado una de las mas interesantes (8).

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique generale et speciale*, Paris, 1835, t. I, en folio.

(2) Charcot, *Memoires de la Societé de biologie*, 2.ª série, t. II, año 1855, Paris, 1856. *Gazette Medicale de Paris*.

(3) Dumontpallier, *Comptes rendues des seances de la Soc. de biologie*, 2.ª série, t. V, p. 178, año 1858.

(4) Laennec, *Traité d'auscultation*, t. III.

(5) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*, Paris, 1862, t. IV.

(6) Boudet, *Recherches sur la gangrene pulmonaire*, etc. (*Arch. gen. de med.*, 4.ª série, 1843, t. II y III).

(7) Rilliet y Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 2.ª ed., Paris, 1864, t. II, p. 407.

(8) Leudet, *Moniteur des hopitaux*, julio, 1859.