

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 pleura 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 Société 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.

§ II.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas no son siempre idénticas aunque la enfermedad no cambia de nombre. Laennec había trazado una descripción de dos especies de gangrena que ha sido por mucho tiempo considerada como clásica. Cuando la gangrena del pulmón ocupa una gran extensión y no tiene limitación distinta, se encuentra en los puntos ocupados por la enfermedad el tejido pulmonal como infartado, blando, fácilmente desgarrable; su color varía desde el blanco sucio al verde oscuro ó negruzco. A veces sobre el color blanco sucio ó agrisado se marcan manchas oscuras ó amarillentas. En ciertos puntos una notable infiltración de sangre dá al tejido un aspecto lívido. En algunos sitios estas alteraciones alcanzan un grado más alto, llegando á presentar el tejido pulmonar un detritus pútrido que se presenta al corte con el aspecto de un líquido espeso, sanioso, de un gris verdoso. Todas estas partes presentan la fetidez gangrenosa apreciable en los esputos lanzados por el enfermo.

Estas alteraciones ocupan generalmente una gran parte de un lóbulo. La gangrena, cuando son bien marcados sus límites, se presenta bajo tres formas, que no son sino grados de la alteración. A veces se encuentran especies de escaras en masas irregulares de un color negro ó verde oscuro, húmedas, resistentes á la presión, semejantes á las escaras de la piel producidas por los cáusticos. Al rededor de estas partes gangrenadas, se encuentra el pulmón habitualmente inflamado en primer ó segundo grado, lo que indica un trabajo de eliminación. En el segundo grado de la gangrena circunscrita, la parte gangrenada está reducida á papilla pútrida de color gris verdoso sucio, y á veces teñido de sangre. En fin, la escara á veces se desprende en masa ó después de reblandecida es arrojada por la expectoración; queda una cavidad desigual cuyas paredes están cubiertas de una falsa membrana más ó menos espesa, blanda, agrisada ó amarillenta que contiene una materia saniosa, exhalando olor gangrenoso. En un caso J. Cruveilhier encontró en medio de una de estas cavidades que contenía pus, un fragmento de tejido pulmonal blanduzco que conservaba los indicios de su organización y evidentemente molificado; esto es lo que ha llamado *gangrena seca del pulmón*.

Según Laennec, cuando la escavación producida por la eliminación de una escara gangrenosa no es muy grande, la curación puede verificarse por una cicatrización completa.

En los dos casos observados por Briquet se encontraron en la superficie del pulmón cavidades formadas por la estremidad dilatada de los bronquios conteniendo un líquido viscoso, agrisado, muy fétido y tapizadas por la membrana bronquial muy blanda, blanquecina, desprendiéndose fácilmente por el roce, exhalando un fuerte olor gangrenoso; pero estos casos deben considerarse como complicaciones de las dilataciones bronquiales.

Según Lebert (1) la gangrena pulmonal se presenta bajo muchas formas: la primera y más sencilla consiste en manchas ó estrias de gangrena poco estensa; la segunda está caracterizada por focos gangrenosos circunscritos únicos ó múltiples, rodeados de tejido pulmonal infartado ó indurado. Estos focos de negro verdoso, varían entre el volumen de una avellana y el de un huevo de gallina.

Se han visto pequeños focos gangrenosos del tamaño de un guisante. Se suelen encontrar algunos puntos reblandecidos más pequeños que el resto, sea en el interior, sea en la periferia del pulmón. La tercer forma consiste en el reblandecimiento y conversión en pulpa saniosa de los puntos gangrenados, con supuración periférica eliminatriz. El secuestro se separa por una verdadera neumonía disecante. Esta parte gangrenada puede ser espelida por la expectoración. Cuando se establece comunicación entre el foco y el árbol bronquial, se encuentran las estremidades bronquiales erosionadas y la mucosa cubierta de una sanies gangrenosa ó detritus hemorrágico. En casos raros la gangrena se trasmite á los bronquios por la membrana interna difuyente y fétida.

La gangrena puede comenzar en el curso de la tisis pulmonar. Puede también producirse en una parte de la extensión ó en el interior de una caverna pulmonar. En el primer caso es siempre muy peligrosa y se presenta en muchos puntos á la vez, en uno ó en ambos pulmones á la par. En el segundo caso, la gangrena es menos estensa y presenta menos gravedad.

Una cuarta forma de gangrena circunscrita es la que se produce por placas superficiales sub-pleurales que se extiende á la pléura en la que se forman escaras superficiales que se desprenden, provocando una pleuresía gangrenosa y el neumo-tórax, de lo que existen muchos ejemplos en la ciencia.

Estas diferentes formas pertenecen á la gangrena circunscrita; pero existe una gangrena difusa, rara, es verdad, en la que un lóbulo ó el pulmón entero ó poco menos presenta un estado de reblandecimiento con coloración verdosa, olor muy fétido y una mezcla de infiltraciones sanguíneas y gangrenosas.

Entre las alteraciones que acompañan y esplican la gangrena pulmonar, merece mencionarse la obliteración de las arterias bronquiales. Pigné refiere un caso (2) según los hechos indicados en gran número en estos últimos años y de los que han presentado ejemplos Charcot y Dumontpallier (3) de la Sociedad biológica en las que las arterias pulmonales eran el asiento de la lesión. Benjamin Bell (4) en su

(1) Lebert, *Anatomie pathologique generale et speciale*, Paris, 1855, t. I, en folio.

(2) Pigné, *Bulletins de la Société anatomique*, t. XIII, p. 268.

(3) Charcot y Dumontpallier, *Comptes rendues des seances et Mem. de la Société de biologie*, 2.^a série, 1858, t. V.

(4) Benjamin Bell, *Des embolies pulmonaires*, Tesis de Paris, 1862.—Véase para las enfermedades de las arterias y de las venas el artículo EMBOLIA DE LA ARTERIA PULMONAL.

escelente tésis ha confirmado con muchos casos las observaciones de Chareot y Dumontpallier. La obliteracion de una rama de estas arterias, correspondiendo precisamente á un lóbulo pulmonar gangrenado, es un hecho patológico que está completamente de acuerdo con la fisiología. Se han encontrado no solo arteritis ó al menos obliteraciones de arterias por coágulos fibrinosos, sino tambien porciones de coágulos formados en otros puntos (embolias) en las venas, principalmente en la proximidad de la pelvis en las mujeres en estado puerperal y trasportadas por la circulacion á la arteria pulmonar en la que hacen el oficio de cuerpos estraños. Sin duda que están reservadas al porvenir gran número de observaciones de esta naturaleza y quizá la gangrena por obliteracion arterial es mas frecuente de lo que se cree. A Virchow es al que corresponde el principal honor de este descubrimiento.

Se ve pues que con frecuencia la gangrena pulmonar no es una lesion aislada, que coincide con lesiones mas ó menos múltiples, ya sean gangrenas en otras partes del cuerpo, de lo que ha presentado Lebert algunos ejemplos, ya por obstrucciones arteriales ó venosas en diferentes partes del cuerpo. Barthez y Rilliet han encontrado que en diez y ocho gangrenas del pulmon, existia tambien la afeccion diez veces en otros órganos:

Gangrena de la boca.	3
— de la faringe.	1
— del esófago.	5
— de la laringe y de la faringe.	1
— de los gánglios bronquiales y de la pléura.	1
— de la pléura.	1

Cuando se verifica la curacion, el foco y el tejido que le rodea presentan un tejido inodular endurecido. Pueden existir fuertes adherencias del pulmon á la pléura costal.

§ III.—Causas.

1.º Causas predisponentes.

Se han invocado para esplicar la gangrena pulmonal causas inciertas aplicables á todo, tales como la alteracion y empobrecimiento de la sangre. Es cierto que se ha observado con frecuencia esta enfermedad en los enagenados que obstinándose en no comer llegan á la inanicion (1). Laennec cree que los hombres están mas espuestos á ella que las mujeres. Esta suposicion no se ha confirmado por hechos ob-

(1) Guislain, *De la gangrène pulmonaire chez les aliénés*. (*Gazette medicale*, enero, 1836).

servados posteriormente. En los 24 casos analizados por Lebert (1) 8 se refieren á hombres, 13 á mujeres y 3 á niños cuyo sexo no se indica. Hay algunas razones para creer que los viejos están mas espuestos que los adultos. Rilliet y Barthez han indicado la frecuencia de esta enfermedad en los niños desde dos años y medio á quince. Encontramos en Lebert la siguiente estadística de 19 casos:

De 1 á 15 años.	4
— 5 á 10 —	1
— 10 á 15 —	1
— 20 á 25 —	5
— 25 á 30 —	1
— 30 á 35 —	1
— 35 á 40 —	5
— 40 á 45 —	1
— 45 á 50 —	1
— 55 á 60 —	4
— 70 á 75 —	2
Total.	49

Las enfermedades que se consideran como predisponentes de la gangrena pulmonal en muchos casos son sobre todo en los niños, las fiebres eruptiva y tifoidea, la tuberculizacion aguda ó crónica y las afecciones crónicas de los intestinos. Es difícil saber qué papel juega la neumonia en los casos de gangrena del pulmon. ¿Existen suficientes razones para afirmar que la pulmonia comun pueda terminar por gangrena? Muchos autores, entre los que se cuentan Laennec (2), Andral, Stokes, de Dublin (3) han creido que no era rara esta terminacion. Quizá esta interpretacion de los hechos no cuente hoy con numerosos partidarios. Lo que conviene indicar es la frecuencia de la gangrena pulmonal á consecuencia del parto cuando se producen flebitis y obliteraciones arteriales. Tampoco es imposible que se produzca á consecuencia de heridas y operaciones quirúrgicas. Se han citado casos de gangrena pulmonar en los afectados de infeccion purulenta. Conviene añadir á estas causas la compresion de las arterias nutricias del pulmon por un aneurisma ó un tumor cualquiera del mediastino (4).

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique general et speciale*, Paris, 1837, t. I, p. 660.
 (2) Laennec, *Traité d'auscultation*, t. III.
 (3) Stokes (de Dublin), *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, trad. por Senac, Paris, 1864, p. 78.
 (4) *Id.*, p. 582.

2.º Causas ocasionales.

Se ignoran casi completamente las causas de esta afección. Antes de ahora se había creído que la existencia de una pulmonía muy intensa era una de las condiciones más favorables para la producción de la gangrena; pero la observación no ha confirmado este modo de ver. Laurence cree que la *compresión* por las paredes torácicas de un pulmón hinchado por la inflamación, puede ser una causa eficaz de gangrena; pero esta opinión no está fundada en hechos rigurosamente observados. Se han visto casos en que los *cuerpos extraños* introducidos en los pulmones y la compresión de un tronco vascular de este órgano por un *tumor* (Carswell), dan lugar á la gangrena del pulmón, pero estos son sumamente raros. Golding (1) ha visto en un caso desarrollarse la gangrena en una pulmonía ocasionada por un *golpe recibido en el pecho*.

En resumen, es preciso reconocer la existencia de una predisposición particular que se nos oculta completamente, y que es la única que pudiera explicar la producción de una lesión cuya frecuencia está lejos de estar en relación con la de sus causas presuntas.

§ IV.—Síntomas.

Se pueden admitir muchas formas de la enfermedad, según que comience de un modo brusco sin antecedentes morbosos, lo que es un caso excepcional, ó bien sobrevenga en el curso de una enfermedad aguda ó crónica, etc.

Según Lebert, existen dos formas principales: una más aguda que termina por la muerte, en un espacio de ocho á quince días; otra de marcha lenta, de seis semanas y aun de muchos meses de duración.

La *invasión* se verifica de diversas maneras: algunas veces un estado febril notable y dolores vivos en el pecho preceden pocos días á la aparición de los esputos de olor característico; pero las más veces se observa, durante un tiempo que varía desde un día á un mes y más, un malestar notable, debilidad, dolores vagos en el pecho, tos, pérdida del apetito, en una palabra, un estado que puede indicar que los órganos respiratorios están enfermos, pero por el cual no se puede venir en conocimiento de la naturaleza de la afección. En los sujetos observados por Guislain, los síntomas se han presentado de una manera sorda, y solo en el momento en que la expectoración ha adquirido su fetidez característica es cuando se ha podido admitir la existencia de una afección del pulmón.

Síntomas de la enfermedad confirmada. Entre los síntomas que caracterizan á la gangrena del pulmón, la expectoración y la fetidez del aliento merecen una atención particular.

(1) Golding, *The Lancet*, London, 1848.

El color de los *esputos* varía mucho; tan pronto tienen un color amarillento ó verdoso, como son de un pardo oscuro, ó verdes, saniosos ó teñidos de sangre negruzca, ó en fin, semejantes al pus. Según Laennec, al principio de la enfermedad son puramente mucosos y de color blanco lechoso y opacos, y solo en una época más adelantada, y por una mezcla de sangre corrompida ó de pus, adquieren el aspecto que acabo de describir. Stokes (de Dublin) ha visto que la expectoración estaba formada de una materia saniosa y fluida. En todos los casos los esputos son opacos, sin viscosidad y muy diferentes de los que se observan en una pulmonía común. Tienen un olor fétido repugnante, que á nada se puede comparar, puesto que es el de la gangrena, que no tiene ninguno análogo. Sin embargo, Louis, que ha querido comunicarme el resultado de sus observaciones sobre este particular, ha visto algunos casos en los que *existía un olor muy fuerte á materias fecales*, y la autopsia ha demostrado que la lesión del pulmón nada presentaba que se apartase de la regla común. Este olor es á veces tan fuerte, que se extiende á toda la habitación del enfermo, cuyo aire es menester renovar frecuentemente; algunas veces incomoda este olor al enfermo, pero las más parece no manifiesta sentirle.

El *aliento* presenta al mismo tiempo un olor enteramente semejante al que despiden los esputos, y cuando habla el enfermo se percibe este olor á una distancia considerable.

Según Stokes (de Dublin) (1), la fetidez del aliento no es, sin embargo, un signo patognomónico en ciertos casos de bronquitis crónica, de pulmonía con abscesos; en el enfisema con comunicación pulmonar, en la tisis tuberculosa, la expectoración y la respiración pueden adquirir un alto grado de fetidez.

Creemos con Stokes que es necesario dar una importancia capital á la fetidez característica de los esputos y del aliento entre los síntomas y signos de esta enfermedad. En efecto, suprimiendo este signo, no suelen encontrarse caracteres suficientes para reconocer la enfermedad. Con la presencia de este signo, no hay duda. Luego la fetidez del aliento, el olor gangrenoso, constituyen un signo que no falta nunca y con el que un práctico ejercitado no se engaña. Este olor puede ser tal que la alcoba y aun toda la habitación se impregnen de él, y aun en los hospitales por el propio interés de los enfermos, hay que aislar en un cuarto separado á los afectados de esta enfermedad.

La *tos* es un síntoma constante, escepto en los dementes, en quienes Guislain ha tratado inútilmente de reconocer su existencia. Algunas veces se manifiesta por golpes, y es difícil y dolorosa; pero las más es ligera, y pudiera pasar desapercibida sino se tratase de examinar atentamente si la hay. La tos está acompañada de una *opresión* más ó menos grande y de un dolor que tiene ordinariamente su asiento en el lado afectado.

(1) Stokes, *Dublin quarterly Journal of medicine*, febrero, 1850, y *Archives generales de médecine*, julio, 1850.

Los signos suministrados por la *percusion* y la *auscultacion* varían, según que la gangrena ha llegado á un grado mas ó menos avanzado, y según que está *circunscrita* á un punto limitado ó que se extiende á una *vasta superficie*. Por este motivo es por lo que Laennec ha creído que debia dividir la gangrena del pulmon en gangrena *parcial* ó *circunscrita* y en gangrena no *circunscrita*. Pero se debe advertir que no existen realmente las diferencias reconocidas por la auscultacion, sino en la época en que se ha formado una escavacion á consecuencia de una gangrena parcial. Esta es la razon por la que basta á mi parecer indicar los signos que pertenecen á la gangrena sin escavacion y á la gangrena con escavacion.

En el primer caso existe un sonido á *macizo* mas ó menos estenso, según que la gangrena es ó no circunscrita. En los puntos ocupados por este sonido, la auscultacion dá á conocer un estertor subcrepitante mas ó menos abundante, acompañado con frecuencia de soplo brónquial y de broncofonía. Por el contrario, cuando se ha formado una escavacion, se oye el gorgoteo, una respiracion cavernosa y una pectoriloquia mas ó menos completa. En el caso observado por Trousseau, y que he citado ya, se percibia el *estertor subcrepitante* en toda la parte posterior del pecho. Según Laennec, «la resonancia de la voz en las escavaciones gangrenosas es mucho mas clara y mas fuerte que en los absesos del pulmon, no tiene nada de esta especie de *frotacion* que parece se verifica en las paredes de estos últimos, y que indica su estado de *detritus*, y es tambien raro que esté acompañada de un *ruido de fuelle avelado*, que es tan comun en los absesos pulmonares.» Estas gradaciones, notadas por Laennec, no han sido señaladas por otros observadores. Briquet (1) ha descrito una gangrena de la estremidad dilatada de los bronquios, que no se anuncia á la auscultacion y á la percusion por ninguno de los signos particulares que acabo de mencionar, y que solo la fetidez del aliento y de los esputos ha hecho conocer.

Mientras que se manifiestan estos sintomas locales, se observan sintomas generales muy graves. El *pulso* es frecuente, y la mayor parte de los autores han indicado su pequeñez; pero Louis, que ha observado con cuidado muchos casos de gangrena del pulmon, no ha hallado este carácter sino en el último grado de estenuacion. Es probable que en cierto número de observaciones no se habrá reconocido el estado del pulso mas que en esta época. Algunas veces, como se vé en varias observaciones que tengo á la vista, la frecuencia y la debilidad del pulso llegan á un grado excesivo. La *piel* está caliente y seca, la cara se halla profundamente alterada, y por lo comun está pálida: están abatidas las fuerzas, y el enfermo se mantiene en el decúbito dorsal. Los dientes, la lengua y los labios se cubren de un barniz negruzco.

(1) Briquet, *Mem. sur un mode de gang. du poum.*, etc. (*Arch. gen. de médecine*, 3.^a série, 1841, t. XI, p. 5).

En los casos en que el curso de la enfermedad es muy agudo, se ha notado *delirio* y una *agitacion* mas ó menos viva durante la noche; pero las mas veces los enfermos se hallan en un estado de *estupor*. Estos últimos sintomas no se presentan regularmente hasta una época bastante avanzada de la enfermedad. Entonces es tambien cuando se han observado los *saltos de tendones* y una *diarrea fétida* que no tarda en quitar á los enfermos las pocas fuerzas que les quedan. En fin, se ha notado la formacion de *escaras* en la piel que cubre el sacro y los grandes trocantes, así como el *marasmo*, preludio de la muerte. Algunas veces la rotura de una masa gangrenosa en la pléura dá lugar á un *neumotórax*, accidente anunciado por un vivo dolor y por los demás sintomas de esta afeccion, de los que no hago mencion aquí, porque tendré que trazar su historia mas adelante. Laennec y otros muchos observadores citan algunos ejemplos de esto. En los casos muy raros en que la enfermedad se termina por la curacion, tales como los que ha referido Golding, todos los accidentes se disipan gradualmente despues que han durado largo tiempo los sintomas graves mencionados anteriormente.

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

El *curso* de la enfermedad varía mucho, pues en algunos casos es rápido, como se puede ver en una observacion notable citada por Bergeon (1) y reproducida por Cruveilhier (2), en la cual la enfermedad recorrió en trece dias todos sus periodos. Mas digno de atencion es todavia un hecho referido por Stokes, puesto que sobrevino la muerte al cuarto dia; pero es necesario decir que la gangrena habia sobrevenido á consecuencia de una violencia esterna. En otras ocasiones, por el contrario, el curso de la enfermedad es muy lento, la invasion insidiosa y el malestar que la caracteriza puede prolongarse durante mucho tiempo. Algunas observaciones de Laennec nos ofrecen ejemplos de esta naturaleza.

La *duracion* varía tanto, que es muy difícil indicarla de un modo general. Los enfermos pueden sucumbir al cabo de algunos dias, al paso que otras muchas veces se les ha visto prolongar su existencia por espacio de uno ó muchos meses. En fin, en algunos casos Louis ha visto que esta afeccion duraba cinco y seis meses. En el caso de curacion citado por Golding, la enfermedad duró trece meses. Sin embargo, la dificultad de fijar con precision en estos últimos casos la invasion de la enfermedad, impide determinar exactamente su duracion. En efecto, es muy difícil cerciorarse de si la indisposicion de los primeros dias depende positivamente de los primeros progresos de la gangrena de los pulmones, ó si es debida á otra afeccion, cuya consecuencia seria la gangrena.

(1) Bergeon, *Bull. de la Soc. anat.*, núm. 38, p. 488.

(2) J. Cruveilhier, *Anatomic pathologique du corps humain*.