

no solo es ineficaz sino *peligroso*, supuesto que por él se pone en circulacion la falsa vacuna.

6.^a *La vacuna animal se debilita y cesa de reproducirse, llegando á faltar; cuyos fenómenos se repiten muy frecuentemente.*

HECHOS.

1.^o *El gobierno francés, que en Abril de 1866 tomó la iniciativa en este grave negocio de interes público (impresionado por lo que se decia respecto de la sífilis vaccinal y por los resultados de la vacuna animal) no la ha aceptado oficialmente, no obstante que hace veinte meses que el Ministro de Agricultura, Comercio y Trabajos Públicos guarda en su cartera el informe de Mr. Depaul, quien, segun el mismo Sr. Iglesias me ha dicho, no cesa de instar frecuentemente.*

2.^o *La Academia de Medicina de Paris, desde aquella época, no ha vuelto á ocuparse de la vacuna animal, como puede verse en las actas de sus sesiones.*

5.^o *La Inglaterra se ha conformado con el estudio que el médico su enviado (?) hizo de la vacuna animal, sin haber introducido innovacion alguna en la antigua práctica.*

México, Agosto 26 de 1868.

JUAN MARIA RODRIGUEZ.

PATOLOGIA.

INFARTO PULMONAR.

José Refugio Hernandez, natural de México, de treinta años de edad, soltero, soldado, de buena constitucion, nunca ha padecido de ninguna enfermedad durable; suele tomar pulque ó aguardiente, pero no por costumbre y nunca con esceso. El dia 30 del próximo pasado Octubre estaba de fatiga y tuvo necesidad de esponerse á la intemperie, recibiendo la lluvia que cayó en la noche de ese dia. Al dia siguiente, 31 de Octubre, se sintió quebrantado y repentinamente le apareció un dolor pungitivo en el costado derecho: este dolor le aumentaba por la presion y sobre todo le molestaba en los movimientos respiratorios; pocos momentos despues se sintió con calofrio, y despues un malestar como cuando se tiene calentura. Cerca de la noche notó que se fatigaba mucho y empezó á toser: la tos era seca al principio, pero poco tiempo despues pudo desgarrar, aunque con alguna dificultad, llamándole la atencion que lo que arrojaba contenia sangre pura. Pasó la noche muy agitado, y al dia siguiente, 1.^o de Noviembre, entró al hospital de San Andrés á ocupar la cama núm. 23 del departamento de cirugía (porque así lo pidieron las personas que lo llevaron al hospital). Como su entrada se verificó antes de que terminara la visita en dicho departamento, tuve ocasion de observarlo en el momento mismo de su entrada. Cuando lo ví lo encontré sentado sobre su cama y tomando un punto de apoyo sobre sus manos; tenia el tronco inclinado hácia atras. La cara estaba pálida y cubierta de sudor; las facciones descompuestas espresaban el sufrimiento. El pulso duro y lleno latia 125 veces por minuto; la piel estaba caliente y húmeda; la disnea era muy notable y la respiracion entrecortada: el enfermo se quejaba en cada aspiracion que hacia, á causa del dolor que tenia en el costado derecho. En la media hora que transcurrió desde el momento de su entrada hasta que yo lo ví, habia arrojado cerca de la cuarta parte de la escupidera que le habian puesto,

y que mediria un cuartillo de capacidad, de un esputo poco viscoso, bien acreado y enteramente teñido de sangre, la cual si no tenia el color oscuro propio de la sangre venosa, distaba mucho del tinte berméjico que caracteriza á la sangre arterial. Vertiendo una poca de agua sobre la escupidera, se notaba que la sangre se diluía inmediatamente en ella y que toda la cantidad de agua tomaba un color rojo uniforme. La percusion daba un sonido claro en todos los puntos del torax sin que hubiera diferencia perceptible, cuando se percucian los puntos homologos de uno y otro lado de la cavidad torácica. Por la auscultacion se encontraba en el lado derecho del torax y sobre todo en la parte posterior, una gran debilidad de la respiracion desde el vértice hasta la base de dicho pulmon. Se notaba además una gran cantidad de estertores mucosos gruesos. En el lado izquierdo la respiracion era normal y solo habia uno ú otro estertor mucoso. En el corazon no habia nada anormal. Prescripcion. Sangría para ocho onzas: agua destilada, cuatro onzas; tártaro emético, tres granos; jarabe de azahar, una onza, para cucharada cada hora. Linaza tibia á pasto y dieta de atole.

Dia 2 de Noviembre. Pulso blando y depresible á 130 por minuto, disnea muy notable, sudor copioso, esputo abundante, bastante fluido, bien acreado y enteramente teñido de sangre pura. La sangre de la sangría no presentaba ninguna *costra inflamatoria*, y el coágulo era voluminoso: al principio salió la sangre arrastrándose, pero despues el chorro fué bueno. El dolor del costado derecho era tan intenso como ayer. La percusion no daba ningun síntoma notable. La auscultacion revelaba que los estertores mucosos que existian en el pulmon derecho habian disminuido de una manera muy notable, pero la respiracion era mas débil que ayer, sobre todo en la base del pulmon. En el pulmon izquierdo la respiracion era pueril. Se le ordenó el mismo tratamiento de ayer menos la sangría.

Dia 3. Pulso depresible á 125, facciones descompuestas, sudor abundante, dispnea mas exagerada que ayer, dolor igualmente intenso. Esputo abundante y formado de sangre casi pura. Por la percusion se encontraba sonido oscuro en toda la parte posterior del pulmon derecho, y sonido claro en todo el lado izquierdo. Auscultando se notaba un soplo tubario intenso desde un poco mas arriba de la espina del omóplato derecho hasta el ángulo inferior de dicho hueso: mas allá del soplo no habia ninguna crepitation ni ningun otro estertor, sino ausencia completa del murmullo vesicular. En el lado izquierdo se notaba tambien un soplo mucho mas suave, el cual solo se percibia en una estension de cuatro pulgadas poco mas ó menos cerca de la columna vertebral á la altura de la fosa sub-espinosa. Vejigatorio grande á la parte posterior del pulmon derecho. Agua destilada cuatro onzas; tártaro, cuatro granos; jarabe de azahar, una onza; para cucharada cada hora. Limonada vegetal tibia á pasto. Segunda sangría para ocho onzas. Dieta.

Dia 4. Pulso á 110; la disnea ha disminuido notablemente; el esputo siempre fluido y acreado está menos teñido de sangre; el dolor es mucho menos agudo. Acabándose de levantar el vejigatorio no se percutió ni auscultó al enfermo. La sangre de la sangría la habian tirado y por consiguiente no se pudo examinar. Tratamiento: las cucharadas de ayer, limonada vegetal tibia á pasto, dieta.

Dia 5. Pulso á 100, respiracion casi libre, el dolor solo se hacia sentir en las grandes aspiraciones. El esputo lo habia tirado el enfermo, pero el poco que habia en la escupidera estaba casi limpio. Por el vejigatorio no se percutió el lado derecho del torax, pero en el izquierdo nada habia de notable. Auscultando el lado derecho se encontraba que el soplo tubario habia desaparecido enteramente, y en su lugar se percibian algunos estertores mucosos gruesos: mas allá se percibia el murmullo vesicular, aunque mas débil que en el lado izquierdo. En este lado la respiracion es enteramente normal. El enfermo repugna el atole y pide de comer. Tratamiento. Agua destilada, cuatro onzas; tártaro, dos granos; jarabe de azahar, una onza; para cucharada cada hora. Limonada vegetal tibia á pasto; Champurrado.

Dia 6. Pulso á 84. La disnea y el dolor han desaparecido enteramente. El esputo está enteramente limpio. Se notan todavia algunos estertores en la parte posterior del pulmon derecho, pero el murmullo vesicular es ya bastante perceptible en toda su estension. Tratamiento. Limonada vegetal tibia á pasto, té con leche y un cuarto de pan. Que se cure con cerato el vejigatorio.

Dia 7. Pulso á 72. Se perciben todavia algunos estertores mucosos en la parte pos-

terior del pulmon derecho, pero la respiracion es ya bastante clara aunque todavia un poco más débil que en el lado izquierdo. El enfermo pide de comer. Tratamiento. Limonada tibia á pasto, sopas, té con leche y media torta de pan.

El dia 8 no habia ya casi diferencia en la respiracion de uno y otro pulmon: los alimentos se fueron aumentando poco á poco: la convalescencia fué muy rápida, y el enfermo perfectamente sano pidió su alta el dia 11 en la mañana.

La observacion que acabo de referir ha sido recogida á la vista de todos los estudiantes que acostumbran acompañarme durante la visita, y la mayor parte de ellos han comprobado los hechos que acabo de mencionar.

Se trataba evidentemente de una afeccion febril y aguda de los órganos de la respiracion, supuesto que habia dolor en el costado derecho, disnea, tos y esputos sanguinolentos. Esta enfermedad no se ligaba á ningun padecimiento anterior de los pulmones, ni del corazon ó gruesos vasos, ni tampoco del hígado ú otro órgano vecino, porque ni habia conmemorativo que lo hiciese sospechar, ni se presentaba síntoma alguno que revelase su existencia.

Ciertamente que no se trataba de una simple pleuresia, porque á la calentura y al dolor del costado se agregaba una disnea muy exagerada y los esputos sanguíneos cuyos síntomas no se podian explicar por la simple pleuresia.

¿Teniamos delante una pleuro-neumonia? Por muy probable que sea esta suposicion, no creo sin embargo que se pueda sostener este diagnóstico. Tenemos desde luego en contra la circunstancia de no haber presentado costra inflamatoria la sangre de la sangría que se mandó hacer el primer dia del tratamiento; y no se diga que la sangría fué mal hecha, porque si bien al principio la sangre salió arrastrada, despues el chorro fué bueno y nada faltó para que el coágulo hubiese presentado alguna costra inflamatoria aunque fuese ligera. Lejos de esto, el coágulo era voluminoso, poco denso y enteramente rojo.

Los esputos fueron los de una hemoptisis y no los de una neumonia, supuesto que en esta última enfermedad los esputos son muy viscosos, adherentes á la vasija que los contiene, de un color por lo comun rojo amarillento sui-generis, y en los cuales la sangre está de tal modo mezclada con el esputo (el cual no es otra cosa que la exudacion fibro-mucosa característica de la neumonia) que si se vierte agua sobre él este líquido no se tiene con la sangre. En el caso presente no hubo nada que se asemejase á la descripcion anterior: el esputo fué siempre muy fluido, bien acreado y formado ó de moco y sangre pura, ó de este líquido solamente. Vertiendo agua sobre él, la sangre se diluia inmediatamente y el líquido tomaba al cabo de poco tiempo un tinte rojizo uniforme mas ó menos subido. Al cuarto dia de tratamiento y quinto de enfermedad la sangre empezó á disminuir y entonces el esputo era rosado, enteramente fluido y bien acreado. Para valorizar este dato téngase presente que ese dia fué justamente el siguiente al en que se presentó un soplo tubario en una estension muy considerable del pulmon derecho, en cuya circunstancia el esputo debia haber sido enteramente característico si se hubiera tratado de una neumonia, y con tanta mas razon, cuanto que habiendo disminuído la sangre no se podía ya suponer que en la abundancia de este líquido se hubiese diluído el esputo.

Los signos físicos se han presentado y se han sucedido de tal manera, que ciertamente no se pueden referir á una neumonia. El primer dia de tratamiento habia muchos estertores mucosos gruesos y debilidad del murmullo vesicular: el segundo dia habian disminuído los estertores mucosos y marcádose mas la debilidad de la respiracion: el tercer dia se notó en una grande estension el soplo tubario, y mas allá falta completa de murmullo vesicular: el cuarto dia no se auscultó al enfermo por el vejigatorio: el quinto dia habia desaparecido el soplo enteramente, y en su lugar se volvieron á presentar los estertores mucosos. Muy rápidamente fueron desapareciendo estos, marcándose mas y mas el murmullo vesicular, y muy pronto todo volvió al estado fisiológico.

Francamente preguntó: ¿son éstos los signos físicos de una neumonia? ¿son estos sus caracteres? ¿esta es su duracion? ¿podrá creerse que mi enfermo ha tenido una hepaticacion del pulmon derecho? Al principio podria haberse creído que se trataba de una neumonia central y que en la periferia habia una simple bronquitis. La debilidad de la respiracion que se presentó despues se puede atribuir al engorgitamiento que caracteriza el primer período de la neumonia; pero ¿por qué en una estension tan considerable nunca se percibió el estertor crepitante? El soplo tubario es el signo de mas valor para suponer la existencia

de la neumonia; mas desde luego hay que observar que este soplo tubario no está rodeado por una area de estertor crepitante, como sucede muy comunmente en la inflamacion del pulmon, y que mas allá de sus límites la respiracion es nula; pero lo que aleja completamente la hipótesis de una hepaticacion es la duracion efimera del soplo. Al tercer dia de tratamiento apareció repentinamente este ruido en una estension tal, que se percibia desde cerca del vértice hasta mas abajo del ángulo inferior del omóplato. ¿Y será creible que una hepaticacion tan considerable y que todo hacia suponer que venia desde el centro del órgano hubiese desaparecido en dos dias solamente? Este hecho solo seria un fenómeno verdaderamente extraordinario.

Pasando á estudiar la duracion, notamos que el mal empezó á decrecer al cuarto dia de tratamiento y quinto de la invasion, y que el descenso fué tan rápido que al sexto dia de tratamiento se podia decir que mi enfermo se hallaba en convalescencia, supuesto que el pulso estaba á 84, que ya no habia dolor ni disnea, que la respiracion en el pulmon derecho era ya muy perceptible y apenas se encontraba uno ú otro estertor mucoso grueso. De manera que no hay exageracion al decir que la enfermedad terminó en el primer septenario, circunstancia que no está de acuerdo con la marcha ordinaria de la neumonia y mucho menos de una neumonia tan estensa como habria sido la presente, en la que el pulso se levantó á 120, en la que la disnea fué tan exagerada, hasta el punto que se descompusieron las facciones del enfermo. Valleix no habla de la duracion mínima de la neumonia, y solo dice que ordinariamente no pasa de veinte dias y que rara vez termina por la muerte antes del séptimo dia. Grisolle tampoco fija la menor duracion cuando la neumonia se resuelve, pero sí dice que nunca se ha visto terminar espontáneamente por delitescencia, y que cuando viene la resolucion despues de hepaticado el pulmon, se hace este trabajo siempre de una manera lenta y por partes. Niemeyer asegura que la neumonia tiene siempre una marcha cíclica y por consiguiente necesaria. Por último, nuestros maestros en México nos dicen, que la neumonia rara vez se resuelve antes del noveno dia.

Estoy, pues, en mi derecho, al asegurar que la marcha y duracion de la enfermedad en cuestion, no son la marcha y duracion de la neumonia franca.

Aunque con dificultad, pero se podria todavia sostener que se habia tratado de una neumonia anómala; si tan solo hubiera en contra de tal suposicion alguna de las objeciones que he presentado; pero estando todas reunidas, seria preciso dar tormento á la razon para probar que una neumonia podia existir, cuando la sangre de una sangría no presenta la costra inflamatoria; cuando faltan los esputos característicos; cuando los signos físicos no son los de una neumonia, sea por el modo de presentarse y de desaparecer, ó sea porque falten algunos de ellos; y por último, cuando la marcha de la enfermedad difiera esencialmente de la marcha de la neumonia.

Pero si no fué una neumonia ¿cuál fué la enfermedad que tuve que combatir y que dió lugar al cuadro de síntomas que he mencionado? A mi modo de ver es la hemorragia pulmonar idiopática sin desgarradura del parenquima pulmonar ó el infarto hemorrágico de Laeenc, ó lo que Andral llama *neumo-hemorragia*.

La Sociedad recordará que desde el invierno pasado he estado sosteniendo que en México dominan las afecciones hemorrágicas de los pulmones: por desgracia mi parecer tiene muy poco valor, y nadie hasta ahora ha seguido mi modo de pensar. Si estas afecciones se presentan en su forma mas benigna, pasan comunmente desapercibidas y no se fija la atencion en ellas. Cuando se presentan en el curso de un catarro, como todo el mundo lo notó el año próximo pasado, nos conformamos con señalar el hecho, y sin analizarlo decimos: *“en tal epidemia de catarros fueron comunes las hemoptisis.”* Si el mal tiene la importancia que ha tenido en el caso que motiva este escrito, lo tomamos por una neumonia anómala y nos limitamos á indicar la anomalía, sucediendo esto mismo con mas razon cuando se desarrolla en el curso de una neumonia. Si el mal aparece en su forma mas intensa produciendo una muerte instantánea, quedan los cadáveres sin inspeccion ó quedan los hechos aislados, sin que podamos averiguar cual es la causa que en México produce todos los inviernos tantas muertes repentinas.

Mr. Dubois (d'Amiens) admite tres grados de congestion pulmonar: 1º engurgitamiento ó plenitud de los capilares sin extravasacion: 2º extravasacion de la sangre en las celdillas

pulmonares sin desgarradura (hemoptisis): 3º desgarradura del parenquima pulmonar y derrame sanguíneo (apoplejía pulmonar).

Conforme en el fondo con la division de Mr. Dubois, no admito algunos detalles. Así, yo no puedo pasar por la extravasacion sin ruptura de capilares, y siguiendo á Niemeier diré: que el 2º grado de Dubois, que no es otro que el infarto hemorrágico de Laenec, está caracterizado por la desgarradura de capilares, la cual dá lugar á un derrame sanguíneo en las celdillas pulmonares y en las últimas divisiones de los bronquios, así como en los intersticios que existen entre las vesículas pulmonares, es decir, entre las fibras elásticas que existen alrededor de ellos. En el tercer grado la abundancia de la hemorragia destruiría el tejido pulmonar en una estension mas ó menos considerable, dando así lugar á la apoplejía pulmonar. En el infarto hemorrágico, como lo dice muy bien Niemeier, la hemorragia se produce en las celdillas pulmonares. Si la cantidad de sangre es bastante abundante para llenar la celdilla y llegar á los bronquios, entonces la contraccion del bronquio y las vibraciones del epiteliúm hacen avanzar al líquido sanguíneo y la hemoptisis se produce. Si por el contrario, la sangre no llega á los bronquios, podrá faltar la hemoptisis, porque no teniendo fibras musculares las celdillas del pulmón y careciendo tambien de epiteliúm vibrátil, la sangre queda encerrada en la cavidad de la vesícula.

En todo caso, cuando la hemorragia cesa la sangre se coagula en el interior de las vesículas pulmonares, y si esto pasa en una estension considerable, se encontrará en el cadáver un estado que puede simular la hepaticacion roja del pulmón, pues como lo dice Niemeier, hay una coloracion homogénea de un rojo mas ó menos subido, el tejido es denso, quebradizo, y presenta un aspecto desigualmente granulado.

Fácilmente se comprende que semejante estado del pulmón puede dar lugar durante la vida á un soplo tubario mas ó menos intenso. En efecto: Niemeier, hablando de la sintomatología del infarto pulmonar de Laenec, dice que hay disnea, tos, esputos á veces mucosos y á veces abundantemente sanguinolentos, claridad ó macises á la percusion en puntos determinados del pulmón, disminucion ó falta completa del murmullo vesicular, y á veces un soplo tubario manifestó. Grisolle y Valleix, que parecen confundir este infarto con la apoplejía propiamente tal, le asignan los mismos síntomas que Niemeier, y agregan uno y otro que á veces hay dolores torácicos bien marcados. De manera que podemos resumir, diciendo que los síntomas del infarto pulmonar son: tos, disnea, dolor en el torax, esputos mucosos ó mas ó menos sanguinolentos, sonido obscuro á la percusion, debilidad ó falta completa del murmullo vesicular y á veces el soplo tubario. Supongamos ahora que este cuadro de síntomas se desarrolla mientras existe la calentura de un catarro, de la grippa ó de una pleuresia, y pregunto: ¿no tendremos el retrato fiel de lo que llamamos neumonia anómala? Y no se me diga que es una suposicion gratuita, porque nadie me negará que durante la epidemia de grippa que tuvimos en el invierno pasado hubo muchas hemoptisis: ahora bien, como de la hemoptisis simple á lo que hemos llamado infarto pulmonar no hay mas que un paso, ó no son mas que diversos grados de la misma enfermedad, no habrá ligereza al suponer que así como hubo hemoptisis que se complicaban con la grippa, debe haber habido infartos pulmonares con la misma complicacion.

Quando una neumonia se complique con el infarto pulmonar, el diagnóstico de esta enfermedad debe ser muy difícil. En efecto: Valleix dice que en casos semejantes el diagnóstico es casi imposible. Pero si no se puede establecer fácilmente el diagnóstico, no creo que haya inconveniente en admitir que el infarto pulmonar modifique los síntomas de la neumonia, hasta el punto que nos la haga aparecer como anómala, y que estas anomalias son por lo mismo debidas al infarto de que nos ocupamos.

Partamos de otro principio y discurramos de otra manera. Nadie me negará que es frecuente en México ver los síntomas de una pulmonía unidos á una hemoptisis abundante. Esto no solamente lo digo yo, sino que lo he oido señalar á otros señores, y entre otros al Sr. Jiménez D. Lauro, que en días pasados nos dijo haber notado que en las neumonias por pérdidas de sangre tan considerables, que se podía dudar si los enfermos sucumbian por los progresos de la pulmonía ó por la hemorragia. Pues si esto es así, tendremos que convenir en que esta anomalía de neumonia es frecuente en México, ó lo que es lo mismo, que la pulmonía toma frecuentemente la forma hemorrágica. Pero como para que haya hemorragia se necesita que haya cuando menos desgarradura de los capilares, y como para que

la hemoptisis sea tan abundante sin que el esputo tenga los caracteres fibro-plásticos que son propios de los espútos de la neumonia, se necesita que las vesículas estén llenas de sangre, resulta que tenemos todas las condiciones reunidas para que se verifique en el pulmón lo que Laenec ha llamado infarto pulmonar.

Creo, pues, haber demostrado: 1º que en el caso cuya observacion encabeza este escrito, no pudo haber habido neumonia; 2º que no habiendo sido una neumonia debe haberse tratado de un infarto pulmonar idiopático y febril; 3º que en las epidemias catarrales de México se observan desde simples hemoptisis hasta el infarto que he descrito y que puede simular tanto una neumonia; y por último, que las neumonias hemorrágicas que vemos no son simples pulmonias sino neumoais complicadas con el infarto pulmonar de Laenec.

Estaba ya formulado lo que precede, cuando en la sesion pasada el Sr. Hidalgo Carpio, combatiendo mis ideas, hizo mencion de los trabajos de Woillez sobre la congestion pulmonar. Yo no conocia sus escritos; me impuse de ellos en los Archivos Generales de Medicina, en los números correspondientes á los meses de Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre del año próximo pasado (1866), y lejos de encontrar algo que pugne con las ideas que he emitido en la Sociedad, encuentro por el contrario la mas plena ratificacion de ellas.

Muy lejos iria si tratara de dar una idea completa de sus importantes trabajos, por cuya razon me limitaré á mencionar aquello que tenga relacion con nuestro objeto.

Empieza Mr. Woillez su primera memoria diciendo: que en los tratados de patologia se habia casi olvidado el estudio de la congestion pulmonar, porque considerándose como un estado patológico secundario los trabajos que sobre dicha afeccion se habian emprendido, se dirigian sobre todo á la cuestion anatómica, haciendo á un lado, por decirlo así, el estudio clínico de los hechos.

En tal estado de cosas Mr. Woillez, médico del hospital de Cochin, emprendió un estudio sobre las enfermedades pulmonares, siendo la mensuracion del torax uno de los medios de que se valió, y por el cual ha llegado á demostrar que siempre que hay congestion pulmonar hay un aumento mas ó menos considerable del lado enfermo del torax. Despues de quince años de trabajos, y habiendo reunido un gran número de observaciones, ha podido demostrar: 1º que hay una congestion pulmonar idiopática, cuya enfermedad dá lugar á una série tal de fenómenos, que la hacen distinguir perfectamente de las otras enfermedades agudas con las cuales se puede confundir, y 2º que la congestion pulmonar es un estado patológico que se combina muy frecuentemente con otras enfermedades, sea como un elemento necesario ó como un elemento accidental.

Antes de pasar adelante quiero citar testualmente algunas palabras de Mr. Woillez. “La confusio que se ha hecho, dice el referido autor, entre las diversas enfermedades agudas de los órganos respiratorios intra-torácicos, y la congestion pulmonar que erróneamente ha sido considerada como siendo siempre un estado patológico secundario, ha impedido estudiar convenientemente esta congestion como enfermedad. Sin embargo es una afeccion frecuente, y cuya historia, aislada de la de los otros estados patológicos con los cuales ha sido confundida, dá una nueva luz sobre el conjunto de las enfermedades agudas de los órganos respiratorios.”

La congestion simple, idiopática, dice Mr. Woillez fundándose en las muchas observaciones que tiene recogidas, es una enfermedad aguda y que empieza casi siempre sin prodromos. Un dolor torácico ha sido el fenómeno constante de invasion, acompañándose casi siempre de calofrio y calentura mas ó menos intensa: hay ademas disnea, tos y espútos; estas son por lo comun simplemente mucosos, pero á veces vienen con estrias de sangre. Los resultados que se obtienen por la percusion son muy variados; á veces el sonido es normal; á veces hay exageracion ó sonido timpánico, y á veces, por último, hay sonido mas ó menos macizo. Por la auscultacion los signos no son menos variados. Mr. Woillez los clasifica del modo siguiente: la respiracion ha sido mas ó menos débil en 27 casos; ha sido silbante ó simulando un ronquido en 19 casos; ha habido espiracion prolongada en 18; respiracion granulosa ó áspera en 9; *ha habido soplo en 9 casos*; respiracion pueril en 8, y por último, estertores húmedos en 7 casos.

Antes de pasar adelante permítaseme una observacion. Yo no comprendo cómo la congestion pulmonar puede dar lugar por sí misma á un sonido timpánico y á la respiracion

pueril, supuesto que la acumulacion mas ó menos considerable de sangre en algun punto del pulmon, ni puede dar lugar á la mayor amplificacion de las vésiculas pulmonares, ni tampoco puede aumentar la cantidad de aire que en un momento dado llegue á aquella parte del pulmon. No dudo que el fenómeno se presente, supuesto que la observacion así lo revela, pero yo lo interpretaria de otra manera. El sonido timpánico y la respiracion pueril ó suplementaria indicando solamente que en otra parte del pulmon los fenómenos respiratorios se hacen de una manera más ó menos imperfecta, y que en aquel punto se suple la falta, por decirlo así, de manera que para mí el sonido timpánico y la respiracion pueril no son una consecuencia inmediata de la congestion pulmonar, sino fenómenos que indican que la congestion existe en otro punto mas ó menos remoto y acaso central.

El soplo que Mr. Woillez ha encontrado en 9 casos ha sido dudoso en uno de ellos; pero en los 8 restantes ha sido bien marcado y ha existido en los dos tiempos de la respiracion. Nunca lo ha encontrado en la parte anterior del torax. Atrás se ha presentado cinco veces á nivel de la raiz de los bronquios, es decir, en las inmediaciones de la tercera ó cuarta vértebra dorsal, y en los otros casos ha sido en la base de uno ú otro pulmon ó á nivel del ángulo inferior del omóplato.

Howmann y Dechambre, dice Mr. Woillez, han señalado este soplo tubario á nivel de la raiz del pulmon, como un fenómeno que desaparecia de un momento á otro en el curso de la neumonia de los viejos, y en cuyos casos al hacer la autopsia se encuentra frecuentemente sano el pulmon en estos puntos. Insisten con razon en señalar esta causa frecuente de error en las neumonias de los viejos. Las investigaciones de Mr. Woillez han venido á dar la verdadera explicacion de estos hechos interesantes y á referir el fenómeno á la congestion pulmonar.

La duracion de la enfermedad se puede decir en general que es corta; pero depende en gran parte del tratamiento que se sigue. Respecto á la duracion Mr. Woillez dá los resultados siguientes en 39 enfermos. La duracion fué de 1 á 5 dias en 24 casos; de 6 á 9 dias en 11; de 14 á 16 dias en 3, y de muchas semanas en un solo caso.

Al hablar del diagnóstico se espresa Mr. Woillez de una manera tan conforme con las ideas que he emitido aquí desde el invierno pasado, que no puedo menos que insertar al pié de la letra algunos de sus párrafos.

“Si hasta hoy, dice, se ha confundido la congestion pulmonar idiopática con otras enfermedades agudas, es evidente que el diagnóstico diferencial ofrecia grandes dificultades en el estado en que se encontraba la ciencia, y que sin la revelacion hecha por la mensuracion del pecho, se hubiera quedado largo tiempo confundida esta afeccion en la descripcion de enfermedades agudas muy diferentes, pero que tienen por carácter comun el dolor torácico mas ó menos vivo.”

“Ahora que los signos y la marcha de la hiperemnia pulmonar, considerada como enfermedad aparte, nos son conocidos, es fácil comprender la confusion que se acaba de señalar. Esta confusion se debia á los diversos grados de la afeccion, á sus diferentes formas y tambien al predominio de ciertos síntomas que se refieren habitualmente á otros estados patológicos.”

“Que se recuerde lo que se ha dicho antes de la diversidad de fenómenos funcionales y de signos físicos, que en cada enfermo se aislan ó se agrupan en mayor ó menor número, y entonces se comprenderá la diversidad tan grande del modo de presentarse de la congestion pulmonar idiopática. Este diverso modo de presentarse asemeja la afeccion de que tratamos á la pleurodinia, á la nevralgia intercostal aguda, á la bronquitis, á la *neumonia* y aun á la pleuresia. Se puede decir, en una palabra, que la congestion pulmonar puede simular todas las afecciones agudas del pulmon, de la misma manera que la congestion cerebral puede simular todas las enfermedades agudas del cerebro.”

Muy largo se haria este escrito, si siguiendo á Mr. Woillez me detuviere á dar el diagnóstico diferencial de la congestion pulmonar idiopática con todas las enfermedades con las que se puede confundir, y como para mi objeto basta distinguirla de la neumonia, de ello me ocuparé solamente.

En la congestion pulmonar simple la calentura es efimera; en la neumonia es persistente: en la congestion la tos es relativamente ligera; en la neumonia es frecuente: los esputos en la congestion son ó mucosos ó estriados de sangre roja no mezclada íntimamente con

ellos; en la neumonia los esputos son viscos adherentes, diversamente colorados por la sangre, que está íntimamente combinada con ellos; en la congestion hay macises, debilidad de la respiracion, estertores, soplo tubario, pero estos fenómenos desaparecen de un día á otro; no hay broncofonia ni exageracion de las vibraciones torácicas: en la neumonia hay matites, estertores crepitantes, soplo tubario, broncofonia manifiesta, exageracion de las vibraciones torácicas, y todos estos fenómenos, sobre todo el soplo, son mas ó menos constantes y van desapareciendo gradualmente; por último, en la congestion la curacion y la convalescencia son rápidas, mientras que en la neumonia son siempre lentas.

Antes de pasar adelante debo decir, que ligándose todos los fenómenos de la neumonia con el producto fibrinoso que llena las celdillas pulmonares, no pueden desaparecer de un día á otro como sucede en la congestion pulmonar y en el caso de infarto que he citado al principio.

En su segunda memoria Mr. Woillez se ocupa de la congestion pulmonar que acompaña ó complica muchas veces á diversos estados patológicos: entre otros se ocupa muy especialmente de la que existe muchas veces con la neumonia, sea en el mismo lado del pulmon ó en el opuesto, y dice que se puede reconocer por los mismos signos físicos que existen en la congestion idiopática. Cita una observacion, en la cual la congestion pulmonar apareció con todos sus síntomas cinco ó seis dias antes que se desarrollara la neumonia. Este enfermo tardó veintiseis dias en entrar en convalescencia. ¿No será esta la explicacion que pueda tener una de las anomalías que hemos señalado en nuestras pulmonías?

Por lo espuesto se ve que Mr. Woillez ha llegado á demostrar, por la experiencia y por la observacion clínica de los hechos, lo que yo sospechaba desde el año pasado guiado solamente por ciertos hechos aislados de difícil interpretacion, y por la repugnancia que tengo en admitir en las enfermedades la existencia de anomalías no fundadas.

Se me podrá decir que el hecho que encabeza este escrito difiere de la congestion idiopática de Mr. Woillez por su mayor intensidad y por la abundante cantidad de sangre que arrojó el enfermo. Esto es una verdad: pero quién no ve en esto solo una diferencia de mas ó de menos? En los enfermos de Mr. Woillez se presentaban los esputos á veces estratidos de sangre, y para que esto sucediera era absolutamente necesario que algunos de los capilares engurgitados se rompiesen. Pues supongamos, lo que es muy natural, que la congestion sea un poco mas violenta, y el resultado será que un número mayor de capilares se romperán, que la hemorragia será mas abundante, que la sangre que llena las celdillas pulmonares se coagulará en seguida; en una palabra, que se produzca el infarto pulmonar. De manera que con diferencias de mas ó menos tendremos, ó la simple congestion, ó el infarto, ó la apoplejía pulmonar.

En México, ademas de las muertes repentinas que con frecuencia se dan en el invierno, se ven tambien casos de pulmonías que matan á los enfermos en tres ó cuatro dias, y á las que el vulgo llama pulmonías fulminantes. Ya Mr. Woillez ha dicho, hablando de la duracion de la neumonia: "Es necesario desconfiar de esas historias de neumonías que terminan fatalmente en dos ó tres dias, y que casi siempre dobles, no llegan sin embargo al segundo grado. Se verá en el artículo diagnóstico que frecuentemente en estos casos se ha confundido el estertor sub-crepitante de la bronquitis con el estertor de la neumonia." En México podriamos decir que es necesario desconfiar de esas pulmonías que se han llamado fulminantes, y en las que acaso se ha confundido la neumonia con un infarto pulmonar esteuso, ó que en poco tiempo llegó á desgarrar el tejido pulmonar determinando entonces la apoplejía propiamente tal.

Un hecho sí resulta de la comparacion del trabajo de Mr. Woillez con lo que observamos en México, á saber: que en Francia, á lo menos, rara vez se ven los casos de infarto idiopático, y que por lo comun el mal no pasa del primer grado ó de la simple hiperemia, pues se ve que en quince años de estudios el autor no refiere ni un solo caso en el que los esputos hayan sido tan sanguinolentos como los que solemos ver en México.

Esta diferencia podrá acaso explicarse por la diversidad de los climas, ó mas bien dicho por la diversidad de alturas en que nos encontramos.

Dos palabras antes de terminar. La cuestion de la influencia que tienen las alturas en la produccion de las hemorragias, me parece de vital interes y eso que dista mucho de ha-

berse resuelto de una manera definitiva, por cuya razon suplico á la Sociedad me disimule si entro en algunas esplicaciones sobre el particular.

Esta cuestion se ha resuelto teóricamente de diversas maneras. Algunos autores, considerando lo que pasa en la piel cuando se aplica una ventosa, han dicho que la disminucion de la presion atmosférica determina un aflujo de sangre á la periferia, y que si el enrarecimiento del aire pasa de ciertos límites, los capilares se rompen y se produce una hemorragia. No me detendré en analizar esta teoría ni en demostrar que no hay pariedad en los casos, porque á la vista saltan las diferencias que debe haber entre el caso en que la presion disminuya de una manera uniforme, á cuando permaneciendo el cuerpo á determinada presion se disminuye ésta rápidamente en un punto limitado. Ya las experiencias que se han hecho con los animales, cuando por cualquier motivo se les coloca en el vacio, ha demostrado que estos animales no aumentan de volúmen, como sucederia si hubiera pariedad entre el experimento y la aplicacion de una ventosa.

Mr. Jourdanet, que no cree que en las alturas sean mas frecuentes las hemorragias, resuelve tambien la cuestion teóricamente, y dice: las hemorragias serian frecuentes cuando la presion disminuye, si no hubiera equilibrio entre la tension de los gases que están disueltos en la sangre y la tension del aire exterior, porque si disminuyera la tension exterior sin que disminuyera la de los gases disueltos, éstos, venciendo á la tension exterior, producirian la ruptura del capilar. Las cosas no se pasan sin embargo de esa manera, porque habiendo un cambio constante entre los gases del interior y los del exterior, la tension de unos y otros es la misma, sea que la presion aumente ó que disminuya, y por consiguiente el equilibrio siempre existe.

Esta teoría seria muy buena si la tension de la sangre dimanara solamente de la tension de los gases que tiene en disolucion; pero todo el mundo sabe que la tension de la sangre, la cual se puede medir por los instrumentos, depende de la energia de las contracciones del corazon, de la elasticidad de algunas arterias y de la contraccion de las otras. Si esta tension de la sangre disminuyera á medida que disminuye la presion exterior, habria equilibrio y la tendencia á las hemorragias seria la misma; pero si la tension de la sangre no varia y la presion exterior disminuye, los capilares se han de distender y desgarrar con mas facilidad, y por consiguiente las hemorragias espontáneas se han de producir mas fácilmente, aunque en uno y otro caso haya igualdad entre la tension de los gases exteriores y la de los que están disueltos en la sangre.

Es necesario, sin embargo, reflexionar, en que permaneciendo una misma la tension de la sangre, la disminucion de la presion exterior no influiria de la misma manera sobre la facilidad con que se produciria la hemorragia en todos los órganos de la economia. Así, los capilares de los centros nerviosos, los cuales están encerrados en una caja huesosa inextensible, no se hallan sujetos inmediatamente á los diversos cambios de la presion exterior. Sucede lo mismo con todos los capilares que existen debajo de los aponeurosis, porque estando aquellos sostenidos por estos, los cambios de presion exteriores se encuentran, por decirlo así, amortiguados. No sucede lo mismo con los capilares sub-cutáneos, y sobre todo con los capilares del pulmon, porque estos, especialmente los pulmonares, no tienen nada que los sostenga, y la sangre está separada del aire atmosférico solo por una membrana sumamente delgada; de manera que permaneciendo una misma la tension de la sangre y disminuyendo la presion exterior, la tendencia á las hemorragias debe hacerse sentir en los pulmones especialmente.

Como de las consideraciones anteriores resulta que en México parecen ser mas frecuentes las hemorragias pulmonares que en Europa, seria muy conveniente saber si la tension de la sangre es la misma en Europa que en México. Si el resultado de las experiencias fuese afirmativo, tendriamos ya la explicacion de este fenómeno, y si fuere negativo, seria preciso entrar en otra clase de estudios; pero admirariamos las sabias disposiciones de la naturaleza que tan bien sabe compensar, y resguardarnos de la influencia perniciosa de los agentes exteriores.

Por estas razones propuse en la sesion pasada que se nombrase una comision para que se dedicara á esta clase de investigaciones: á la Sociedad, sin embargo, no le pareció oportuno acceder á mi proposicion.

México, Noviembre 27 de 1867.—MANUEL CARMONA Y VALLE.