

Benigno F. Valdés V.

1

1896

1903?

INVENTARIADO  
1976

## Honorable Junta Directiva,

SEÑORES:

En estos momentos una profunda emoción me embarga y me enagena. Veo realizada una noble aspiración de mis queridos padres, la de que coronase yo una carrera literaria. Mi madre, mujer que ha sabido sobrellevar una vida de sacrificios en aras de la felicidad de sus hijos, que ha predicado la virtud con el ejemplo, que ha sabido merecer el sagrado nombre de madre, era acreedora á que yo correspondiese á uno de sus deseos más vehementes.

Seis años hace que me matriculé como estudiante de medicina por primera vez, con fondos que me suministrara mi querido padre.

Seguí uno á uno los cursos de esta Facultad, cumpliendo desde el principio con la Ley.

Siempre me propondré consultar con los facultativos y autores de mejor nota.

"El tema que someto á vuestro ilustrado criterio, á juicios sólidos adquiridos por una práctica dilatada, á la aprobación ó reprobación de los que nos han mostrado la vía que debemos seguir para entrar en la práctica civil, la verdadera carrera médica ó cualquiera otra facultativa que sea, porque cuando nos encontramos en la puerta de las aulas para dar el primer paso en el camino de la práctica civil, no es que hayamos concluido la carrera, todo lo contrario, la comenzamos, habremos concluido los estudios escolares, porque en la escuela adquirimos las bases, en la escuela conocemos los principios de la profesión, la escuela nos muestra la senda, y la escuela nos entrega, por fin, como se ha dicho alguna vez, á la sociedad;" ese tema que os decía lo

considero útil y de actualidad, principalmente en los cambios de estación y en las circunstancias meteorológicas porque atravesamos. Habrá sido mal desarrollado, pero que siquiera se reciba la buena intención que para hacer el bien abriga "un estudiante cuya corta práctica, relativamente considerada á la adquirida por una observación y experiencia concienzudas de largos años, no permite producir algo nuevo, sinó, cuando más, adquirir una pequeña convicción, después de haber juzgado lo que el maestro enseña y lo que el autor del texto recomienda."

Esta tesis no tiene nada nuevo; es un pequeño resumen el que os presento agradecido de todos los favores que me habéis dispensado.

Compañeros:

Recibid el postrer adiós de quien siendo servidor de vosotros, de vosotros triste se despide.

BENIGNO F. VALDES V.

La pneumonia es la inflamación del tejido pulmonar. Estudiaré la pneumonia aguda, lobar, fibrinosa. Se la llama lobar porque invade un lóbulo sin intervalos de partes sanas, contrariamente á la pneumonia lobular que procede por núcleos aislados ó confluentes. Merece el nombre de fibrinosa porque de todas las flegmasias del pulmón es la más rica en fibrina; el exudado fibrinoso llena en efecto los alveolos pulmonares y los bronquiolos. Respecto á la trama misma del pulmón, paredes alveolares y tejido conjuntivo es respetada casi completamente por el proceso flegmásico. El parenquima pulmonar recobra su integridad cuando el proceso mórbido se ha concluido.

La palabra de peripneumonía empleada por Hipócrates se aplicaba indistintamente á todas las inflamaciones agudas del pecho y cuando LaëneC aplicó la denominación de peri-pneumonía á la pneumonia lobar, era con la idea que esta pneumonia constituye por excelencia la inflamación del pulmón, la preposición PERI se empleaba aquí en el sentido de por encima y no en el de alrededor.

A fin de proceder por orden en esta gran cuestión de la infección pneumónica, voy desde luego á describir la localización pneumática, la pneumonia propiamente dicha. Despues de haber descrito la pneumonia, pasare en revista las localizaciones extra-pneumáticas de la infección, la pleuresia, la pericarditis, la endocarditis, la meningitis, la nefritis, la otitis, etc., y terminaré por la descripción de los diferentes tipos clínicos que puede revestir la infección pneumática.

ANATOMIA PATOLÓGICA.—El inmortal LaëneC admite tres grados en la pulmonia: *el infarto, la hepatización roja, y la hepatización gris*. El profesor Jaccoud admite cuatro grados: 1º, fluxión y exudación; 2º, coagulación del exudado; 3º, fusión y eliminación; 4º, transformación purulenta.

1er grado.—Infarto ó fluxión y exudación.—Está carac-

terizado por una congestión intensa, la región congestionada es violácea y aumentada de volumen, el pulmón es pesado, friable; conserva la huella del dedo cuando se le comprime; crepita menos y sobrenada incompletamente en el agua; si se le incide fluye un líquido viscoso, fibrinoso, rojizo á causa de su mezcla con cierta cantidad de sangre; se encuentran en este exudado, además de los elementos de la sangre células epiteliales procedentes de la descamación de los alveolos, cuyos capilares están dilatados.

2º, Hepatización roja ó coagulación del exudado.—El pulmón presenta un color rojo oscuro, no crepita, se hunde en el agua y no puede ser insuflado; cuando se le incide, se ve la superficie del corte erizada de *granulaciones rojas, oblongas* del tamaño de un grano de maíz. Son las vesículas pulmonares que se han solidificado por el engrosamiento de su pared y la coagulación del exudado; este aspecto se parece al del hígado, y de aquí le ha venido el nombre de hepatización. Este exudado está constituido por fibrina en medio de la cual existen gran número de glóbulos sanguíneos y de leucocitos, pero estos en cantidad mucho menor que en la hepatización gris; las paredes de los alveolos son asiento de una multiplicación celular muy activa; las células epiteliales proliferan y están llenas de una infiltración finamente granulosa.

En los viejos y en las pulmonías secundarias, la superficie del corte presenta muy pocas granulaciones, es casi lisa, lo que depende de la poca coagulabilidad del exudado, que es pobre en fibrina.

El exudado fibrinoso coagulado que ocupa los alveolos puede tener dos destinos diferentes: se licua y es eliminado, ó bien sufre la transformación purulenta que constituye la hepatización gris.

LICUACION ó FUSION Y ELIMINACION.—Los elementos del exudado sufren la transformación adiposa; son reblandecidos por un líquido seroso que trasuda de las paredes alveolares; se disgregan, se licúan y eliminan por los esputos, el epitelio se reproduce y la curación es perfecta.

HEPATIZACION GRIS.—La proliferación celular continua; los glóbulos se hacen cada vez más numerosos; las partes enfermas pierden el color y el aspecto de la hepatización roja; toman un tinte grisáceo, al principio con manchas marmoleas de diversos matices, luego uniforme cuando la supuración es completa. El aspecto granuloso desaparece y la

friabilidad se hace excesiva; sin embargo, aun entonces la lesión es todavía una lesión de superficie.

La hepatización gris no es siempre un signo de purulencia (Rindfleisch). A veces el color gris del tejido pulmonar es el indicio de la resolución legítima de la pneumonia; en este caso la coloración es de un gris morado ó amarillento, el tejido es bastante consistente y granuloso como el tejido de la hepatización roja. El aspecto grisaceo tiende al pequeño número de glóbulos rojos, á la desaparición de la materia colorante de la sangre y á la abundancia de las células migratorias, que tienen por función la reabsorción del exudado.

La pneumonia trae consigo siempre una linfangitis; los vasos linfáticos de la región inflamada contienen como el alveolo pulmonar fibrina, algunas células endoteliales, glóbulos rojos y blancos, los ganglios linfáticos correspondientes participan igualmente del trabajo inflamatorio.

TERMINACIONES RARAS.—Abcesos.—Puede suceder que los tabiques que separan los alveolos sean destruidos por el pus que se reúne en colección y forma un abceso de dimensión variable. Este abceso puede abrirse en un bronquio y ser evacuado (*lo que constituye una vómitica*), dejando una caverna que supura y determina síntomas de tísis. Puede abrirse en la pleura y producir un pio-pneumotórax; puede excitar en su alrededor una inflamación crónica, verdadera esclerosis del pulmón que le enquista; pierde entonces sus partes más líquidas, se hace espeso, caseoso y se incrusta de sales calcáreas. Sobre 36 casos reunidos por Grisolle el abceso residía 12 veces en el lóbulo superior, 9 veces en el lóbulo inferior, 2 veces en el lóbulo medio, 4 veces sobre varios lóbulos al mismo tiempo.

GANGRENA.—No se observa más que á consecuencia de pulmonías secundarias, en los bebedores, y en las personas afectadas de diabetes, de enfermedad de Bright, etc.

ESTADO CRÓNICO.—El paso al estado crónico no se observa nunca en los sujetos robustos; pertenece á las pulmonías secundarias.

ASIENTO.—La pneumonia lobar reside más á menudo á la derecha que á la izquierda en la proporción de 3 por 2 (Lebert); es unilateral ó doble en la relación de 8 á 1 (Grisolle); ataca los lóbulos inferiores mucho más frecuentemente

que los otros lóbulos. La sangre es muy rica en fibrina (1), contiene dos y tres veces más de ella que en el estado normal.

La infección pneumónica es debida al *pneumococo*. El pneumococo ha sido cultivado por la primera vez por Talamón y bien estudiado por Fränkel y por Netter; (2) se puede encontrarlo en el hombre sano en la cavidad boco faringea, en la saliva, donde ha sido descubierto por Pasteur, y en los bronquios (Nesser).

Este pneumococo es ovoideo, afilado en sus extremidades, rodeado de una cápsula, á menudo asociado á otro coco (diplococo) y á veces agrupado en cadenitas. En un gran número de casos está asociado á los microbios de la supuración.

La coloración del pneumococo es fácil con todos los colores de anilina, y se colora perfectamente por el método de Gram.

Este microbio es difícil cultivarlo, se desarrolla en una temperatura relativamente elevada, oscilando entre 30 y 35 grados.

Se atenúa tan rápidamente su virulencia que en general ha desaparecido al quinto día en las culturas dejadas al contacto del aire.

El pneumococo determina efectos patológicos diferentes según las especies inoculadas. En los ratones y el conejo se observa poca reacción en el punto de la inoculación, pero si una infección generalizada sin otra lesión material que una hipertrofia del bazo. En la rata, la oveja, el perro, animales más refractarios, la reacción local es más intensa y la inoculación intrapulmonar determina una hepatización característica del pulmón; la sangre encierra pocos microbios. (1)

En el hombre, el microbio se encuentra en todos los productos pneumónicos, exsudado pneumónico, tejido pulmonar hepatizado, exsudado fibrinoso de los bronquios, ganglios del hilio, inflamaciones fibrinosas de la pleura, del pericardio, de las meníngeas, vegetaciones de la endocarditis pneumónica.

1. Esta hiperinosis de la sangre se explica por el hecho que este líquido elemento se carga de los materiales fibrinógenos del órgano flegmasiado. G. Dieulafoy, Patología interna, 1895.

2. Archivos de Medicina experimental, 1890, p. 677 y 798.

En el curso de la enfermedad se puede obtener el pneumococo sacando del pulmón una gota de exsudado por punción capilar antiséptica.

Para aislar el pneumococo en los esputos rojizos ó en la saliva, el procedimiento por coloración sobre laminillas es incierto y el procedimiento por cultura sobre gelosa es de una aplicación difícil. La inoculación al ratón es el medio seguro y cómodo. Este animal es el reactivo por excelencia del virus pneumónico. Su sensibilidad es tal que la muerte le sobreviene por infección generalizada. Veinticuatro horas próximamente después de inocularle los esputos se encuentra en la autopsia el pneumococo en estado de pureza en la sangre y en los órganos.

**DESCRIPCIÓN.**—en la proporción de 25 por 100 la pneumonía lobar es precedida de prodromos (1): fatiga, curadura, céfalalgia, epistaxis, traqueitis, insomnio, movimiento febril, pudiendo durar estos prodromos uno ó dos días. Mas á menudo la pneumonía se anuncia bruscamente por un escalofrío único, tan prolongado como frio de un acceso intermitente, y acompañado de una elevación de temperatura que en la axila alcanza y pasa de 39 grados. Esta invasión es á veces acompañada de vómitos.

Hacia el fin del primer día, algunas veces mas presto ó al principio del segundo aparece el dolor, la *tos* y la *disnea*. El enfermo se queja de dolor de costado al nivel del mamelón, este dolor de costado es exacerbado por los movimientos respiratorios y por las sacudidas de tos. En algunos casos el dolor es abdominal, supra espinoso, pudiendo residir del lado opuesto á la pneumonía. El dolor puede residir en todos los puntos del tórax y aun en el abdómen; se pregunta si parte del pulmón ó de la pleura, si es debido á una neuritis, á una neuralgia intercostal. Todas estas interpretaciones han sido admitidas; M. Peter como Beau, admiten una neuropatía intercostal. (Lecciones de Clínica Médica t. I p. 423). Solo falta en algunas pulmonías de vértece; es vivo y agudo, disminuye y desaparece en pocos días (Moynac.—Patología Médica). La opresión aparece desde el principio de la enfermedad. La *tos*, quintosa, y acompañada de pena, es seca al principio, pero desde el se-

1. La coloración de uno ó de los dos pómulos unida á una sensación de calor precede algunas veces al frío de varias horas [Gubler Unión Médica 1857] Jacoud observó sobre él mismo este fenómeno.

gundo día ó en el curso del tercero, el enfermo da esputos tefídos de sangre *ambarinos, rojizos, aerificados, viscosos, adherentes al vaso*, patognomónicos, en una palabra de la pneumonia lobar aguda. Estos esputos, primero ambarinos, del color del jugo de cebada, de la conserva de albaricoques, en seguida rojizos, se hacen en los siguientes días de un rojo ladrillo; ellos representan exactamente el exudado pneumónico; se encuentran glóbulos blancos y rojos, células epiteliales rodeadas de fibrina coagulada y algunos filamentos fibrinosos procedentes de los bronquiolos intralobulares. Los esputos pneumónicos son ricos en moco y en cloruros; es su constitución mucosa que los hace transparentes y gelatinosos. En los esputos se encuentra en abundancia los micrococos elípticos, en grano de cebada encapsulados descritos por Frankel que á la inversa de los pneumococos de Friedlander se colorean por el método de Gram. Con el nombre de pneumococos ha descrito Friedlander esquizomicetos particulares que se encuentran, según él, en los esputos de la *hepatización roja* en la pneumonia fibrinosa. Son elementos ovales que parecen circuidos por una membrana de envoltura hialina; están de ordinario agrupados en series de dos, de cuatro ó más, rodeados por una cápsula común. Su significación etiológica es aún objeto de acaloradas discusiones entre los histólogos. Hay en el día la tendencia de admitir, apoyándose en los estudios, de Fränkel y de Weichselbaum, que los pneumococos de Friedländer no tienen relación alguna con la génesis de la pneumonia fibrinosa, y que es necesario considerar, como verdaderos agentes patógenos de dicha enfermedad á los cocos encapsulados de forma de lanceta que se encuentran también en la saliva de los individuos en buen estado de salud. Eichhorst.

La pneumonia no es una enfermedad anemiante, el número de glóbulos rojos disminuye y los glóbulos blancos cuyo número aumenta los primeros días reviven rápidamente á su estado normal (Hayem, Grancher).

La percusión de la región invadida denota tan luego una submacidez, tan luego conforme á M. Jaccoud, un sonido timpánico pasajero; [1] la auscultación revela el más seco el mas fino de todos los estertores el *estertor crepitante* que estalla por bocanadas hacia al fin de la inspiración que

1. Tratado de Patología Interna t. I.º p. 129.

no existe á la expiración, y que á menudo no se percibe mas que después de haber hecho toser al enfermo. Es á veces en la región axilar que es necesario buscar el estertor crepitante. Algunos autores señalan el estertor crepitante desde el primer periodo de la pneumonia, otros no lo colocan mas que en el segundo periodo; esto viene de que no se está de acuerdo sobre la duración exacta de este primer periodo: duraría un día para los unos, dos días para los otros; el estertor crepitante me ha parecido que ha menudo comienza hacia el fin del infarto ó si se prefiere á esa época de transición que no es el infarto y que no es todavía la hepatización. La mejor comparación que se ha dado de este estertor seco y fino es la sensación que se percibe frotando un mechón de cabellos por delante de la oreja.— Laëne, M. Barth y Roger admiten que este estertor crepitante es producido por el paso del aire á través de los alveolos, teoría refutada por M. Parrot quien se decide por la teoría de Wintrich, conforme á la cual las paredes de los alveolos aplanados y mantenidas aglutinadas durante la expiración se distienden con ruido durante la inspiración. M. Cornil supone que es necesario además una induración del tejido pulmonar. Existiendo ciertos líquidos en la cavidad de las vesículas, el aire de la corriente inspiratoria no puede llegar á las paredes de éstas, para verificar la hematosis sin atravesar por aquellos líquidos, produciendo al hacerlo una serie de pequeñas burbujitas que al romperse constituyen el estertor crepitante. La pequeñez de las burbujas que caracterizan este estertor se debe al reducido espacio en que se producen, y su sequedad debe atribuirse á la viscosidad del líquido en que se determina, pues, como vamos á ver, el estertor crepitante indica la existencia de un exudado intravesicular, debido á la flegmasia del parénquima de los pulmones.

Si alguna de las manifestaciones sintomáticas que ofrecen los estados morbosos puede considerarse como patognomónico, es seguramente el estertor crepitante seco. En efecto, sólo se observa en la pneumonia durante su periodo de incremento [fluxión y exudación]. La congestión y el edema ofrecen como cree Andry, el estertor crepitante tipo, sino otro más húmedo y desigual, que puede considerarse como un estertor subcrepitante de pequeñas burbujas. Tampoco se le observa en la apoplejía pulmonar, donde es más común la desaparición simple de los ruidos normales, ó la

presencia de estertores subcrepitantes y mucosos. Observaremos, para concluir, que si bien es cierto caracteriza siempre este ruido á la flegmasia del pulmón, su ausencia no arguye que deje de existir esta enfermedad, pues á veces ella ocupa tan sólo la parte central de los pulmones, y aunque se produzca el estertor crepitante, no llega á nuestro oído por impedirlo las láminas del órgano que se encuentran sanas."—Solá.

Los días siguientes (*hepatización roja*), los síntomas funcionales se acentúan, sólo el dolor de costado disminuye, la dispnea se acrecienta á tal punto, que se cuentan 40 inspiraciones por minuto en lugar de 14 á 18, cifra normal; el pulso amplio y ancho oscila entre 100 y 110 pulsaciones y la temperatura varía de 39 grados á 40° 5 con remisión ligera en la mañana. En este momento el aspecto del pneumónico es característico; tiene los carrillos encendidos, inyectada la cara, brillantes los ojos, la lengua seca y pastosa, la voz breve; la dilatación precipitada de las narices testigo de la violencia de la dispnea. Las orinas son raras y de color oscuro; son ricas en urea y en ácido úrico, pero son muy pobres en cloruros como si los cloruros fuesen absorbidos en provecho del exudado. El delirio que aparece algunas veces en este período es suave y tranquilo; es á veces violento en los bebedores.

En la región hepaticizada, la macidez es completa y las vibraciones torácicas son acrecentadas, la voz y la respiración son reforzadas al nivel del bloc fibrinoso, buen conductor del sonido, la voz se hace ruidosa y resonante pero no articulada al oído que ausculta es la *broncofonía* y la respiración toma el timbre rudo y soplante que se llama soplito tubario. Además como todas las partes flegmasiadas no sufren al mismo tiempo sus diversas trasformaciones, no es raro encontrar muy vecina la una de la otra el soplito tubario y el estertor crepitante lo mismo que se podrá percibir más tarde al mismo tiempo el estertor de retorno y el soplito tubario.

Este segundo período dura de tres á cuatro días, algunas veces más, después de lo cual la pulmonía marcha á la curación, lo que es el caso habitual, ó la situación se agrava. Cuando ella se termina por la curación, la fiebre cae muy rápidamente en medio de síntomas de crisis que nosotros estudiaremos más lejos (*defervescencia brusca*), el enfraquecimiento cesa, y el enfermo entra en convalecencia.

Este estado coincide con la liquefacción del exudado, los esputos se hacen opacos y ricos en elementos grasos, la macidez torácica desaparece progresivamente, vista la densidad menor de la región hepaticizada y el soplito tubario hace lugar á un estertor más grueso y más húmedo que el estertor crepitante; es el estertor crepitante de retorno que mejor llamaremos estertor subcrepitante y que se oye en los dos tiempos de la respiración. El estertor subcrepitante se distingue del anterior porque las burbujas que lo forman son más gruesas, húmedas y desiguales, pareciéndose al ruido que producen las burbujas del agua jabonosa insuflada con una caña. Es perceptible en los dos tiempos de la respiración, y se le oye más especialmente hacia la base de los pulmones. Reconoce por causa la existencia de un líquido viscoso en las ramificaciones bronquiales, á través del cual pasa el aire y da origen á las burbujas cuyos caracteres dejamos indicados. Toda enfermedad acompañada de una hipersecrección de líquidos algo viscosos en el árbol aéreo, es capaz de producir el estertor que nos ocupa, y en tal concepto le observamos en el segundo período de las bronquitis, en los casos de hemoptisis, etc.

Si la pneumonía pasa al tercer grado (*hepatización gris*), los esputos toman un tinte grisáceo ó jugo de ciruelas la fiebre reviste el carácter *adinámico*, el pulso se hace pequeño e irregular, el vientre se dilata, la diarrea aparece, sudores viscosos cubren al enfermo, y el delirio no falta en esta terminación casi mortal.

**LOCALIZACIONES EXTRA-PULMONARES.**—La enfermedad pneumónica no concentra siempre toda su acción sobre el pulmón. En muchos casos aun cuando la pneumonía es franca y sobre todo cuando se trata de pneumonías gripeles, epidémicas, á tipo infeccioso bien marcado el pneumococo invade la pleura, el pericardio, el endocardio, las meninges, etc. La invasión de estos órganos por el pneumococo es consecutiva, paralela, ó anterior á la invasión del pulmón; puede aun ser independiente á la invasión del pulmón. Estudiemos estas localizaciones extrapulmonares:

a.—**Pleuresía pneumónica.**—La pleuresía es casi siempre atacada en el curso de la pneumonía. A menudo la pleuresía es seca, y se reduce á la producción de falsas membranas depósitos fibrinosos de espesor variable tapizando la pleura en cierta extensión sobre todo al nivel de las cisuras interlobares.

En otros casos se trata de pleuresía con derrame serofibrinoso ó purulento. Tan luego la inflamación pleural se desarrolla como lesión de vecindad al contacto del foco pneumónico, y el pneumococo invadió la pleura por su propia cuenta.

Las pleuresías con derrame sobrevienen á menudo en la declinación de la pneumonia ó aun en plena convalecencia, así es como han recibido la denominación de metapneumónicas, ó de post-neumónicas. Estas pleuresías *metapneumónicas* [Gerhardt] no son habitualmente serofibrinosas, sino que son casi siempre supuradas. La supuración puede ser producida por el pneumococo sin el auxilio de los organismos habituales de la supuración [streptococo, etafilococo], y cuando estos organismos existen, es por el hecho de una infección secundaria. La pleuresía purulenta, metapneumónica, bien estudiada por M. Netter [1] invade rara vez la gran cavidad pleural; es habitualmente más enquistada, interlobar, diafragmática. Estas pleuresías tienen una marcha insidiosa, casi latente; ellas evolucionan sin dolor, sin recrudescencia febril, y después de una duración de tres á seis semanas se terminan por vómica en un cuarto de casos; algunas vienen á abrirse en un espacio intercostal, algunas sobre todo en los niños se terminan por reabsorción. El pronóstico de estas pleuresías no es habitualmente grave, y cuando se les opera ceden en general á la simple punción, sin que sea necesario recurrir á la operación del empiema, pues el pneumococo es poco vivaz.

El estudio de las pleuresías metapneumónicas había hecho olvidar un poco las pleuresías precoces, aquellas en las cuales el derrame evoluciona al mismo tiempo que la pneumonia. M. Lemoine que acaba de hacer este estudio ha tenido la feliz idea de dar á estas pleuresías precoces el nombre de *parapneumónicas*, para distinguirlas de las pleuresías tardías, metapneumónicas, y ha consitado que las pleuresías parapneumónicas supuran mucho menos á menudo que las pleuresías metapneumónicas.

b.—*Endocarditis pneumónica*.—Esta endocarditis principia en el curso de la pneumonia ó durante su convalecencia; ella puede aún preceder á la pneumonia. Es una endocarditis vegetante y ulcerosa; ella reside en el

[1] Netter sociedad médica de les hospitales 15 de enero de 1889

orificio aórtico, más ó menudo que en el orificio mitral; se le encuentra igualmente en el corazón derecho (1). Las vegetaciones son numerosas y voluminosas, son debidas al desarrollo del pneumococo. Las condiciones que favorecen la endocarditis pneumónica son la epidemidad, la fiebre, la lesiones anteriores de las válvulas. La endocarditis es lo más á menudo silenciosa en su principio, pasa desapercibida si no se tiene cuidado de oscultar todos los días al enfermo, está frecuentemente asociada á la meningitis. La endocarditis á pneumococo es rara vez el origen de embolias capilares; estas embolias son más frecuentes en las endocarditis á estreptococo. La inoculación de las vegetaciones á ciertos animales desarrolla en ellos la enfermedad pneumónica.

c.—*Pericarditis pneumónica*.—Hay aun una manifestación incidiaria que no se descubre más que por la auscultación diaria del enfermo. Esta pericarditis va casi siempre acompañada de pleuresía; principia rara vez antes del quinto día de la pneumonia; su frecuencia es variable según las epidemias; es fibrinosa; el líquido derramado en el pericardio es habitualmente purulento.

[EMBRIOCARDIA].—Huchard da el nombre de embriocardia á un fenómeno ya señalado por Stokes bajo la designación de "carácter fetal de los ruidos del corazón" y caracterizado por: 1º, la aceleración de los ruidos del corazón, ó taquicardia; 2º, la igualdad ó la tendencia á la igualdad en duración de los dos silencios; 3º, la similitud del timbre y de la intensidad de los dos ruidos.

La embriocardia difiere de la taquicardia simple por estos dos últimos caracteres; corresponde á dos estados materiales; 1º, un estado de degeneración más ó menos avanzado del miocardio, pues la debilidad del primer ruido responde á la debilidad de la contractilidad cardiaca; 2º, un debilitamiento extremo de la tensión arterial, descubierto por el debilitamiento extremo del segundo ruido del corazón. La embriocardia se encuentra en la pneumonia, en la tifoidea, en la escarlatina, en la difteria, etc., enfermedades infecciosas, en las caquexias, en el periodo último de la asistolia, etc. A su estado material se debe oponer: 1º, la elevación de la fuerza contractil del corazón; 2º,

1. Netter, Arch. de fisiología, Agosto, 1886. Hanot Arch. de médr, Julio 1886.

la elevación de la fuerza contractil de los vasos. La cafeína es preferible á la digital para llenar la primera de estas indicaciones; 4 á 6 inyecciones por dia de á 20 á 25 centigramos cada una. Para la 2º indicación la ergotina de centeno es el mejor medicamento (Huchiard Soc. med. des hop., Abril 12, 1889. Manquat Thérapéutique T.II., 1895).

d. Meningitis pneumónica. 2º, La meningitis á pneumococo puede sobrevenir durante la pneumonia en plena convalecencia. Cuando se declara durante la pneumonia, pasa á menudo desapercibida, la agitación, el delirio se atribuyen á la fiebre ó al alcoholismo, lo cual á menudo es un error. En su forma post-pneumónica, la meningitis estalla con fiebre, cefalalgia, delirio suave ó violento, dolores en la nuca, rigidez muscular, estrabismo, contractura de los maxilares, desigualdad del pulso, respiración de Scheyne-Stokes.

En la autopsia se encuentra la pia-madre infiltrada de un exudado amarillo verduzco, la meningitis bulbar y raquidiana. En algunos casos se han observado epidemias de menigitis cerebro-spinal á pneumococo.

e. Nefritis pneumónica.—Las alteraciones urinarias son variadas, la albuminuria, la hematuria, la anuria han sido señaladas; á veces estalla una verdadera nefritis con accidentes urémicos. Estas alteraciones renales han sido minuciosamente estudiadas por M. Caussade (1) en una tesis muy notable. El riñón pneumónico es grueso, equimótico; la nefritis pneumónica es casi siempre hematúrica; ella puede ser creada por la infección pneumónica, el pneumococo se ha encontrado en el riñón pneumónico ó bien el puede injertarse en lesiones renales ya existentes. La nefritis pneumónica deberá contarse en lo futuro en la etiología del mal de Bright. De aquí la necesidad que hay de examinar la orina en las personas atacadas de pneumonia.

f. Sefiaol igualmente las lesiones del hígado (hepatitis difusas), la peritonitis supurada, las artritis supuradas (Jaccoud) [2], la parotiditis, los abcessos en diferentes puntos del cuerpo, la otitis supurada. 2. Esta otitis á pneumococo tiene una marcha aguda y se termina por la curación; en algunos casos es complicada de meningitis.

1. Perlis, Thèse de Paris, 1887.

2. Netter, Buscas bacteriológicas sobre las otitis media agudas. Mal de l'oreille et du larynx, 1883.

Se ha podido ver en la enumeración de las complicaciones de la pneumonia que la *supuración* goza en ellas un gran papel: pleuresia, meningitis, parotiditis, otitis, artritis supuradas. El pneumococo por si solo es capaz de provocar la supuración, el pus en semejante caso tiene caracteres especiales, es viscoso, rico en elementos celulares, espeso, de coloración verduzca; es el tipo del pus loable, no permitiendo la separación del serúmen. Pero en otros casos, los organismos habituales de la supuración, el estreptoco, el estafilococo sobrevienen á título de infecciones secundarias y vienen á ser los principales agentes de las supuraciones.

**VARIEDADES.**—La enfermedad pneumática no tiene siempre los mismos caracteres, ella varía con la edad del enfermo [vejez], con su estado de salud anterior [miseria, alcoholismo, pereza], con las numerosas localizaciones *extrapulmonares*, con la estación ó el año [pneumonia epidémica, pneumonia gripales], ó como lo dijo Peter, al lado de la pneumonia están los pneumáticos; al lado de la patología está la clínica. Pasaremos en revista estas diferentes variedades.

**VARIEDADES DE SITIO.**—*Pneumonia central.*—La pneumonia queda algunas veces confinada en la profundidad de un lóbulo pulmonar; todos los síntomas revelan una pneumonia, el escalofrio, la fiebre, la temperatura elevada, la dispnea, la tos, los esputos rojizos: todo indica la flegmasia pulmonar y sin embargo los signos son mudos; la macidez, los estertores y el soplo hacen falta hasta el momento en que la flegmasia por su extensión provoca las signos habituales que permiten localizarla.

*Pneumonia Doble.*—Con bastante frecuencia se ve aparecer una segunda pneumonia en el curso de la primera. Es del 6º al 9º dia que sobreviene esta segunda pneumonia, "de un solo esfuerzo, de rondón la pneumonia no es jamás doble" [Grisolle]. Relativamente al sitio, todas las variedades son posibles; lo más á menudo es el lóbulo correspondiente del lado opuesto al atacado. La segunda pneumonia es en general menos extensa que la primera, y la flegmasia es menos violenta. Ella no se traduce ni por un nuevo escalofrío, ni por un nuevo dolor de costado; el aspecto de los esputos de la primera no es modificado por los esputos de la segunda pneumonia; es por la percusión y por la auscultación que se descubre el nuevo

foco pneumónico. La disnea es más viva en el momento que se verifica la nueva invasión, y la temperatura axilar es más elevada del lado de la pneumonia, ha biendo diferencia de algunas décimas de grado; en la pneumonia doble, la temperatura axilar es igual de los dos lados. [Laudrien.]

*Pneumónia de vértece.*—Considerada como muy grave á menudo va acompañada de colapso, de adinamia, de estadio tifoidics; pasa fácilmente á la supuración, suscita el delirio y la ictericia y los signos habituales de la pneumonia franca, el dolor de costado, la tos y la expectoración son menos acusados. Lo que constituye la gravedad de la pneumonia devértece es su mayor frecuencia en la vejez y que el alcoholismo y los malos estados generales, diatésicos y caquécticos predisponen más á la pneumonia de vértece que á ninguna otra. Las razones de esta predilección son juiciosamente discutidas por Peter, que considera los lóbulos superiores del pulmón como dotados de una vitalidad inferior, como lóbulos auxiliares y de refuerzo."

La pneumonia de vértece es más frecuente á la derecha y cuando no se encuentran los signos de ella en la región clavicular ó en la fosa supraespínosa, es necesario buscarlos en la axila. Vista la localización de esta pneumonia se podía confundir con una lesión tuberculosa, es este un error de diagnóstico que es necesario evitar.

*Pneumónia Masiva.*—En esta forma de pneumonia [Grancher], las coagulaciones fibrinosas se extienden por toda la red brónquica del territorio invadido y llegan á veces hasta los bronquios, voluminosos. Resulta de allí que no penetrando el aire en los tubos brónquicos, la mayor parte de los signos estetoscópicos de la pneumonia hacen falta, no hay ni estertores ni soplo y la expectoración es casi nula.

#### VARIEDADES DE LA PNEUMONIA SEGUN LA EDAD.

A.—El niño está más expuesto á la pneumonia lobular que á la pneumonia lobar, sin embargo la pneumonia lobar le dá aun desde el ter. año. En los niños el principio de la pneumonia va frecuentemente acompañado de convulsiones, de vómitos de erupciones eritematosas. La respiración es ansiosa, el número de pulsaciones alcanza y pasa 140 por minuto. Hacia la edad de 5 años se constata el estertor crepitante seco por debajo de esta edad es mas

bien el estertor subcrepitante. Los otros signos se parecen mucho á los de la pneumonia del adulto, pero el niño no expectora, de allí la ausencia de los espulos rojizos que sin embargo se observan á veces en los niños de 4 á 5 años.—En los niños menores de dos años la marcha cíclica de la fiebre es verdaderamente el único signo que permite diferenciar la pneumonia franca de la bronco-pneumonia. El pronóstico de la pneumonia lobar, no es grave mas que en edad muy temprana; un poco mas tarde la enfermedad es relativamente benigna.

B.—En el anciano cuyo organismo reacciona poco la pneumonia es insidiosa, el escalofrio es insignificante y el dolor de costado puede pasar desapercibido; la coloración de la vista y la sequedad de la lengua son algunas veces los únicos signos reveladores; envano es esperar los espulos rojizos que no aparecen, el estertor crepitante es mas grueso que en el adulto, en una palabra, la pneumonia es desfigurada por la edad del individuo.

En la solpêtrié se ve algunas veces á las ancianas pasear la pulmonía y continuar sus ocupaciones habituales sin perder el apetito; mueren casi súbitamente y en la autopsia se encuentra una pneumonia supurada.

#### VARIEDADES CLÍNICAS DE LA PNEUMONIA.

Al principio de ésta parte he escogido para tipo de mi descripción la forma mas vulgar de la pneumonia lobar, pero se ha podido ver por las localizaciones extra-pulmonares en la pleura, en el corazón, en las meningeas, en los riñones, que éstas diferentes localizaciones, dan á la pneumonia un aspecto especial. Pasando á las variedades Clínicas, dependen de la predominancia de las lesiones, sobre tal ó cual órgano, pero en otros casos, las variedades clínicas descansan sobre el conjunto del complejo mórbido y la enfermedad pneumónica tiene caracteres especiales que voy á pasar en revista: a.—En la forma llamada *inflamatoria ó asténica*, forma á menudo descrita por los antiguos autores y frecuente en el campo, los principales caracteres de la pneumonia son los siguientes: rubor de la cara, epistaxis, cefalalgia violenta, agitación, fluxión violenta del pulmón, espulos á veces sanguinolentos hepatisación rápida, pulso rápido y vibrante.

b.—La forma *asténica* está caracterizada por los síntomas siguientes: principio incidioso, curvatura, delirio pre-

coz, sobresaltos de tendones, abatimiento, estupor, pulso blando y desigual, tendencia á la adinamia, al colapso.

c.—Las *formas nerviosas* revisten varios caracteres: el delirio es frecuente en la pneumonia, sobretodo en los alcohólicos pueden faltar las lesiones cerebrales mientras que en otros casos el delirio es provocado por una meningitis cerebral ó cerebro-espinal, lesiones debidas á las localizaciones del pneumococo.

Las *parálisis* consecutivas á la pneumonia revisten diferentes modalidades: las parálisis que sobrevienen durante la faz aguda de la pneumonia afectan casi siempre el tipo hemipléjico con ó sin afasia, con ó sin apoplejia. Curables en el adulto, mortales en el viejo, estas parálisis son debidas á lesiones en los vasos cerebrales [Lepine].

Las parálisis que sobrevienen durante la convalecencia de la pneumonia afectan el tipo paraplégico, ó el tipo de parálisis aisladas con ó sin atrofia muscular. Estas parálisis son debidas las unas á alteraciones meningo-espinales, las otras á alteraciones nerviosas periféricas, de origen tóxico, recordando un poco las parálisis de la difteria.

d.—La pneumonia llamada *biliosa*, de la cual os presento una observación, comprende dos formas muy distintas: en la una hay pneumonia con ictericia, y esta ictericia es consecutiva á una inflamación catarral de las vías biliares ó á una perihepatitis provocada por una pneumonia inferior derecha; son lesiones puramente locales y de vecindad; en el otro caso hay pneumonia con estado bilioso, lo que pone en manifiesto un estado mórbido *general*. Este estado bilioso está caracterizado por un tinte subictérico, con ausencia de reacción viva, blandura del pulso, cefalalgia, lengua saburral, vómitos, diarrea, evacuación abundante. El estado bilioso acompaña á las formas graves [pneumonia de vértice, alcoholismo]: está ligado á la constitución medica estacionaria. Constitución médica es la disposición general bajo cuya influencia los padecimientos mas variados toman durante su marcha un aspecto ó carácter común. A ella se debe que en ciertas épocas todas las dolencias se compliquen con el elemento bilioso, atáxico, adinámico, inflamatorio ó catarral; esto es que en el primer caso coinciden con el desarrollo de las enfermedades los síntomas ictericia, amargor de boca, vómitos biliosos, y color amarillo de la lengua; que en el segundo se presentan como síntomas culminantes el desorden exito-

motor y las perversiones intelectuales; que en el tercero predomine el decaimiento general de las fuerzas; que en el cuarto sean frecuentes las complicaciones flojísticas y muy graduadas las reacciones circulatorias: y que en el último todas las dolencias se acompañen de un estado catarral en las membranas mucosas. El estado bilioso forma parte de lo que se llamaba la fiebre biliosa peripneumónica y explica las epidemias de pneumonias biliosas. En algunos casos excepcionales, la pneumonia va ligada á una hepatitis difusa, una de las variedades de *ictericia grave*.

e.—Pneumonía maligna y epidémica. Diré primero que toda pneumonia, benigna ó maligna es una enfermedad microbiana, es decir una enfermedad infecciosa é infectante, pero se acostumbra reservar, clínicamente, estos epítetos de infecciosa, infectante, maligna, á las formas graves y anormales. Hay pneumonías infecciosas que en épocas diferentes, han aparecido bajo la forma epidémica, en el curso de epidemias de malaria, de escorbuto, de fiebre tifoidea. Estas son pneumonías secundarias, sobreviniendo á título de epifenómeno en el curso de una enfermedad general.

En muchos casos la enfermedad pneumática se desarrolla por su propia cuenta, tan luego bajo la forma aislada, mas ó menos circunscritos, asociados ó no á epidemias gripeales [1] con todos los caracteres de una enfermedad infecciosa. Su contagio está probado. La epidemia estalla en una prisión, en una localidad, en un cuartel, se trinje á una casa, á una familia, tres ó cuatro miembros de esta familia son simultanea ó sucesivamente atacados (Dieulafoy).

En algunos casos, esta pneumonia epidémica no difiere ó difiere poco de la pneumonia franca; mas á menudo tiene caracteres especiales que la han hecho llamar pneumonia tifoidea, pneumonia asténica, adinámica etc. La epatización se verifica, á veces en varios focos, los espulos son sanguinolentos, la enfermedad se acompaña de tumefacción del bazo, de diarrea, de albuminuria, de tinte icterico de los tegumentos, de pleuresia, de pericarditis, de endocarditis vegetante, de meningitis, parotiditis, de ansiedad precordial, de postración. La curva de la fiebre no se parece á la de la pneumonia franca. Las lesiones histológicas son aún un poco especiales. El pro-

[1] Carron de la Carrière, Pneumonia lobar en los niños. Tesis de Paris 1896.—D' Espine Rev. de med., febrero 1888.

nóstico de estas pneumonías no es fatalmente grave, la enfermedad es benigna en tal foco epidémico mientras que es terrible en otro. El pronóstico como el cuadro clínico, esta sujeto a *todos los intermediarios*.

**PRENEZ Y PNEUMONIA.**—Grisolles había emitido la idea de que la pneumonía lobar es dudosa para las mujeres en cinta; actualmente reina la opinión contraria, se ha publicado un gran número de observaciones de mujeres atacadas de pneumonía en diversas épocas de su vida con benignidad relativa para la madre y para el niño. La transmisión de la pneumonía al feto es un hecho establecido: en los casos que se han publicado el niño ha muerto pocos días después del parto. Al declararse una pneumonía en una nodriza, disminuye ó suprime la secreción lactea. En todo caso partiendo de la premisa de que el pneumococo se puede transmitir por el amamantamiento, una nodriza atacada de pneumonía no deberá continuar amamantando al niño (1).

**MARCHA. DURACION. TERMINACION.**—La pneumonía lobar, franca, tiene una duración media de cinco á diez días, rara vez menos, rara vez más. El periodo ascendente de la temperatura es corto y rápido; desde el segundo día alcanza su máximo, 40 á 41 grados, en seguida la temperatura queda estacionaria durante algunos días con una remisión matutina de 0°,5 á un grado, y en la mayoría de los casos la defervescencia es brusca terminada en 24 horas. Esta defervescencia que se hace habitualmente del séptimo al noveno día, es á menudo acompañada de fenómenos de crisis: sudores, epiptaxis, diarrea, orinas abundantes y albuminosas.

La supuración del pulmón es una causa frecuente de muerte, sin embargo la terminación fatal puede llegar sin que la pneumonía llegue á la hepatización gris; se ve en efecto, pneumónicos heridos de adinamia y de colapso mortal desde el periodo de epatización roja; otros sucumben por la extensión de la lesión que invadió varios lóbulos, estrechó el campo de la hematosis y lleva consigo la axficia y la paresi cardiaca. Hay casos en que la pneumonía supurada ha producido la muerte por infección purulenta.

**DIAGNOSTICO PRONOSTICO.**—Comencemos primero por

1. Aymard. Paso de los micro-organismos de la madre al niño por la leche.

diferenciar la pneumonía lobar de las otras flegmasias bronco-pulmonares.

1º La pneumonía lobar, la que acabo de describir, es el tipo de la inflamación aguda del pulmón. Casi siempre primaria, invade en el pulmón uno ó varios de sus lóbulos, queda confinada á un territorio definido y amenaza el resto del órgano. Principio, marcha y terminación son netamente acentuadas, sus signos, el estertor crepitante y los espulos rojizos, no permiten la confusión; la purulencia es una excepción y la curación es su terminación más habitual cuando la infección no se generaliza á otros órganos. Estos caracteres, lo repito, son desfigurados cuando la pneumonía es secundaria, cuando ella reviste la forma epidémica ó cuando se desarrolla en el viejo.

Añadiré, además, que aún en sus formas francas la pneumonía lobar no presenta siempre completo el cuadro que hemos trazado, en la práctica se observa una serie de pneumonías de tipo lobar sin el tipo clásico absoluto; muchas pneumonías llamadas lobares confinan con la *fluxión de pecho* y son las intermedias que ligan entre sí clínicamente las diferentes flegmasias de las vías respiratorias.

2º La *pneumonia lobular ó bronco-pneumonia*, frecuente sobre todo en los niños, es a menudo consecutiva á otra enfermedad [rubeola, difteria, coqueluche, gripe, tuberculosis, etc.]. Merece menos que la precedente el nombre de fibrinosa, es lobular, es decir que procede por nucleos, diseminados en los dos pulmones, ora estén estos nucleos aislados ó confluentes [*pneumonia pseudo-lobar*]. La enfermedad no hace recaer toda su acción sobre los focos inflamados, procede por empujes ó brotes sucesivos, no es franca ni en sus lesiones ni en sus caracteres, y su descripción se ha visto diferir notablemente de la descripción de la pneumonía lobar.

3º La *fluxión de pecho* no es la pneumonía; es un estado mórbido en el cual los elementos *hiperhemico* y *flegmático* están diversamente combinados.

La *fluxión* ataca uno ó varios lóbulos pulmonares sin respetar á las otras partes del aparato respiratorio: los bronquios, la pleura, los músculos del torax, en una palabra todos los planos superpuestos que forman el pecho pueden ser atacados en diversos grados por la *fluxión*.

La *pneumonia hipostática* no tiene los atributos anatómicos de una verdadera pneumonía; es un estado mixto en el

cual la congestión pasiva y el edema desempeñan el papel principal y van acompañados de trasudación ligeramente fibrinosa y algunas veces de hemorragia. Este estado mórbido consecutivo á las enfermedades del corazón, á la hipostasia, al decubito largo tiempo prolongado se localiza de preferencia en la parte posterior ó inferior de los pulmones.

La pleuresia al principio presenta numerosas analogías con la pneumonia; en la pleuresia el escalofrio es menos violento, la temperatura inicial es menos elevada; el dolor de costado es amenudo más agudo, la expectoración hace falta y el estertor-frote que se percibe á la auscultación es más húmedo, más difuso que el estertor crepitante seco y netamente localizado de la pneumonia.

No basta diagnosticar una pneumonía, es necesario saber si es francamente inflamatoria, biliosa, adinámica; si está ó no complicada de pleuresia, de endocarditis de pericarditis, de meningitis, de otitis; si es primitiva ó secundaria; si no está acompañada por el alcoholismo; ó no es el primer acto de una fiebre tifoidea que comienza; si no ha desarrollado en una persona diabética ó tuberculosa; y cada uno de estos elementos interesa al pronóstico y al tratamiento como al diagnóstico.

La pneumonía adquiere una gravedad excepcional en la vejez, de la cual es el azote más terrible constituyendo hasta cierto punto el fin natural de los viejos sin que por esto aespete á los jóvenes. Es una manera de morir de las razas fuertes y vigorosas. Ella mata cuando otras enfermedades no han podido verificarlo, presentándose simultáneamente ó en defecto de ellas.

La sociedad de Guatemala deploa hoy y con justicia la desaparición de muchos de sus miembros distinguidos, víctimas de pneumonia, y nosotros al participar de su dolor estudiaremos las causas de la enfermedad, la manera de combatirla y evitarla, puesto que el médico antes de curar los males debe procurar prevenirlos haciendo que las autoridades y el pueblo se convenzan, y penetren de la necesidad y de la conveniencia de la profilaxia.

**ETIOLOGIA Y PROFILAXIA.**—La pneumonía lobar es sobre todo una enfermedad del adulto; en el viejo reviste caracteres especiales, el niño está más propenso á la forma lobular de la pneumonia, está sin embargo expuesto á la pneumonia lobar. Los cambios de estación, Noviembre, Marzo y Abril, paracen favorables al desarrollo de la pneu-

mónia. Un estado de debilidad anterior no es siempre una causa predisponente necesaria pues la pneumonía ataca frecuentemente á personas que gozaban de cabal salud. Algunos individuos tienen una predisposición especial á las *recidivas* y contraen varias veces la pneumonía durante su vida; es probablemente en ellos en los cuales el pneumococo queda por algún tiempo esperando una ocasión favorable para su desarrollo. Hemos hablado anteriormente sobre las cuestiones relativas á la *epidemicidad*. Las epidemias pneumónicas son limitadas á una localidad ó generalizadas á una ciudad, á una provincia, á un país coincide á menudo con la gripe, son debidas á causas atmosféricas ó climáticas aún mal conocidas que exaltan la virulencia del pneumococo.

La cuestión del *contagio* merece ser conocida. [Netter contagio de la pneumonía] La pulmonía es contagiosa y los espertos, por sus organismos patógenos específicos son los agentes más habituales del contagio; el contagio es posible mucho tiempo después de haberse curado la pulmonía. El feto puede ser infectado por su madre atacada de pulmonía y tener él mismo las lesiones pulmonares y extrapulmonares de la infección pneumónica.

Estando admitido el paso de los microbios de la madre al niño por la leche, es conveniente evitar que las criaturas mamen de nodrizas enfermas. Hemos visto varios nifitos afectados de pulmonía que su nodriza les participara por no haber dejado de mamar mientras ella tuvo la pulmonía. Y esta regla de profilaxia se puede hacer extensiva á otras enfermedades.

En ningún lugar es más fácil el contagio de toda clase de males que en el lecho nupcial. Ellos se transmiten ora sea del marido á la mujer ó de la esposa al esposo.

El polvo que abunda por desgracia en esta estación de cambios estacionales en nuestras calles, la entrada y salida brusca de lugares calientes cuya temperatura se diferencia de la del exterior en algunos grados. El exceso de placeres, la vida muelle de las ciudades, la salida brusca de los teatros y de toda clase de reuniones. Las monedas, los billetes, ¿habrá cosa más sucia que las monedas y los billetes? Las joyas, los libros sobre los cuales habrá tosido más de una vez algún enfermo de los pulmones. El lápiz que inocentemente se enjuga para comunicarle mayor brillo en el momento de pintar, los objetos y los insectos podrán ser

vir de vehículo de transmisión á esta y á otras enfermedades contagiosas. El aumento de población, la incineración de los montes vecinos llamada roza entre nosotros, la disposición en forma de lente interrumpida por el sur de la cordillera de los Andes al rededor de esta ciudad aumenta el calor de día y por la noche con el cambio del viento, sobreviene el enfriamiento y el sereno. La ingestión de bebidas heladas estando caliente coadyuva á la acción de los micro-organismos que no esperan más que un momento oportuno para exaltarse y trastornar el orden de las funciones orgánicas. También las pasiones morales fuertes, las decepciones políticas, las contrariedades en el hogar vienen preparando el terreno para toda clase de enfermedades. Personas hay que acostumbran humedecerse el dedo índice para ojear un libro ó para contar billetes, otras que como las criaturas se llevan las monedas á la boca, que rara vez se lavan y de la cual casi nunca practican la antisepsia.

Esa práctica nociva de barrer en seco que como es natural levanta el polvo que puede estar mezclado con polvos de esputo ó provenir de algún desagüe roto que empapó la tierra inmediata y después seca y reducida á pequeñas partículas fue arrastrada por el viento y que respirado por personas predispuestas les produjo la enfermedad. La barrida de las calles debía verificarse de noche con mas frecuencia de lo que regularmente se hace, así se evitaria que se levantaran esos vapores de la tierra seca. Todos los principios son difíciles.

Se debía disponer de carros especiales para la conducción de personas atacadas de enfermedades contagiosas, No que sucede que en el mismo carro en que condujeron un enfermo de tifoidea [bacilo de Ebert] otro de una afeción carbonosa [Bacillus anthracis] conducen después á un individuo que se va á contagiar. En los pueblos es peor lo que pasa, y deber de las autoridades es cuidar por que no se emplee el mismo vehículo que ha servido para conducir enfermos de fiebre amarilla, para otros enfermos de distintos males, si se quiere evitar el contagio. [Se atribuye á los vapores de la compañía Kosmos que tocan en Guayaquil, y al maíz que procede de puertos infectados de México la importación á esta República de la fiebre amarilla. Bueno sería que se pusieran en rigor las cuarentenas y los cordones sanitarios entre Retalhuleu y Suchitepéquez,

que se quemaran las basuras cada sábado en lugar de echarlas á la orilla del los ríos donde entran en putrefacción, como tuvimos ocasión de observarlo en 1892, año en cual los primeros atacados fueron el Jefe Político de Suchitepéquez, su señora y el médico que los asistiera; todos los tres murieron de la fiebre amarilla. Que se prohíba la destrucción de los mangleros que según una teoría de un médico brasileño impide el desarrollo de la fiebre amarilla, que á su destrucción se debe que de algún tiempo á esta parte dé con mas frecuencia en Río Janeiro. Perdonad, señores, esta digresión hecha en obsequio de los pueblos atacados: San Sebastián, San Felipe departamento de Retalhuleu.)

La entrada de la estación lluviosa es causa de enfermedades. Cada municipio debía tener un crematorio, se debía quemar las basuras de los basureros de donde si en todo tiempo se levantan miasmas al caer las primeras lluvias se desprende en cantidad mayor. El calor que procede de las primeras lluvias es grande, ellas presipitan el polvo y las materias que están en suspensión en el aire, en seguida al caer sobre la tierra seca levantan vapores que irritan las mucosas y miasmas que infectan la economía; las lluvias revuelven el limo de las aguas (presas de Belén y de Las Limas que surten á esta capital con el agua de Acatán). Las aguas así revueltas contienen multitud de gérmenes capaces de engendrar varias enfermedades: tifoidea, enteritis, paludismo, etc. En cambio al establecerse la estación lluviosa cesa el polvo y la pneumonia cesa. La pneumonia comienza á dar en esta ciudad en Febrero, sigue en Marzo, Abril y principios de Mayo á veces; cede su puesto á otras enfermedades desde Mayo hasta Septiembre; vuelve á dar en Octubre, Noviembre y Diciembre, se calma en Enero para reaparecer en Febrero.

Se observan muy pocos casos de ella durante la estación lluviosa. Parece favorecer la acción del pneumococo el polvo, los cambios bruscos de la temperatura y el enfriamiento es su principal agente provocador.

Siendo el pneumococo la causa de la pneumonia cómo se puede admitir que su penetración en el pulmón sea seguida tan pronto de todos los grandes síntomas de la pneumonia aguda? Es con el objeto de responder á esta objeción que M. Jaccoud admite, con justicia la posibilidad de lo auto-infección: "El organismo humano lleva constantemente en sí microbios en gran número, de muchas especies

diferentes; mientras su funcionamiento es normal, es para ellos un medio hostil que previene efectos nocivos; pero viene una perturbación que altera el funcionamiento fisiológico, el medio hostil se hace un medio favorable y el organismo alterado queda expuesto sin resistencia eficaz á la actividad de sus propios microbios de los cuales toleraba la presencia sin ser impresionado por ellos hasta allí." El pneumococo existe en estado normal en la boca, donde lo descubrió M. Pasteur y sus colaboradores en la saliva de un niño muerto de rabia en 1881. M. Nesser lo ha encontrado en los bronquios y en la faringe. Si el supradicho microbio penetra en el pulmón en personas que no están en estado de *receptividad* su influencia patógena es anulada por la fagocitosis, en el caso contrario la pneumonia se declara. La diseminación del pneumococo produce las localizaciones *extra-pulmonares* que hemos pasado en revista y contribuye por su parte á las diferentes formas clínicas que puede revestir la pneumonia.

(Don Felipe el Hermoso asistido por los Doctores Parra y Yanguas y Pedro III el Grande de Aragón perecieron de pulmonía. Ocurrió el óbito de este último en Vilafranca del Panades el 11 de Noviembre de 1235. Entre los médicos que lo asistieron se encontró el famosísimo Arnaldo de Vilanova que en esa época se le tenía como físico, teólogo, químico y político. Fue médico de Pedro III, del Rey Roberto de Nápoles y del Papa Clemente V, siendo protegido de Don Fadrique).

En oposición á la pneumonia *primitiva* que acabamos de describir, hay infecciones pneumáticas secundarias, las que sobrevienen en la declinación ó en el curso de otras enfermedades (diabetes, caquexias, gota, fiebre eruptiva); esta variedad de pneumonia lobar es bastante rara, pues la forma secundaria es sobre todo consistente en la pneumonia lobular. La evolución de estas pneumonias secundarias no es tan franca como la de la pneumonia primitiva.

**ESTADÍSTICA.**—Hemos obtenido datos relativos al número de muertos habidos en toda la República, especificando los departamentos y años en el cuadro adjunto.

## PULMONIA. 1890-94.

DEPARTAMENTOS	1890	1891	1892	1893	1894	TOTAL
Guatemala	252	88	99	238	147	824
Sacatepéquez	42	45	20	29	22	158
Chimaltenango	15	11	13	19	14	72
Amatitlán	12	8	18	10	20	68
Escuintla	11	13	15	17	8	64
Santa Rosa	63	10	2	9	14	98
Solóla	31	21	17	13	7	89
Totonicapam	3	4	1	6	5	19
Quezaltenango	45	22	16	36	24	143
Suchitepéquez	1	2	2	2	2	9
Retalhuleu	4	2	9	4	5	24
San Marcos	1	3	3	3	6	16
Huehuténango	7	3	9	7	5	31
Quiché	1	8	3	10	5	27
Baja Verapaz	6	6	22	13	5	54
Alta Verapaz	7	1	2	7	2	19
Peten	5	1	3	4	3	16
Izabal	2			2	3	7
Zacapa		3		4	3	10
Chiquimula	5		3	4	3	15
Jalapa	1		3	1	3	8
Jutiapa	3		8	9		20
Suma	517	251	368	447	306	1789

como se ve en el cuadro anterior de 1890 á 1894 hubo 1789 muertos de pulmonía en toda la república de Guatemala. Los departamentos donde hubo el mayor número de casos fueron: el de Guatemala que tuvo 824 defunciones, Sacatepéquez 158, Quetzaltenango 143, Santa Rosa 98, y Sololá 89. Los departamentos donde hubo menos casos fueron: Izabal 7, Jalapa 8 y Suchitepéquez con 9 defunciones en cinco años.

1883.—El índice de mortalidad en este año [estos índices son con respecto á cada 1,000 habitantes de la población] fué de 41'56 el cual excedió á la mortalidad media anual en el periodo de 1880 á 1894 en 15'53 [41'56-26'03=15'53.] En 1883 generalizóse la viruela en toda la república, se decretó la vacunación obligatoria, crecieron los estragos de la fiebre amarilla y aparecieron la tos ferina y el sarampión.

Año de 1884.—Aunque las epidemias calmaron á mediados del año los estragos fueron mayores que en el próximo pasado. El coeficiente de mortalidad fué de 41'92 el cual excede á la mortalidad media anual en 15'89 [41'92-26'03=15'89.]

1890.—Es el año en que hubo más muertos de pulmonía, el número de defunciones ocasionadas por esta enfermedad ascendió á 517 en toda la república y á 252 en el departamento de Guatemala. El índice de mortalidad en este año fué de 47'66, el cual excede á la mortalidad media anual en 21'63. La mortalidad media anual es en Guatemala de 26'03. Es notable esta diferencia la cual se debe á la viruela é influenza, que se complica de neumonía. De la primera de dichas enfermedades murieron sólo en el departamento de Guatemala 3,120. El coeficiente de mortalidad en este año fué mayor que el de 1883.

La influenza que dió en 1890 fue una pandemia; según los cablegramas dió en todas las naciones, en el viejo y en el nuevo continente. En los departamentos donde más dió y donde hubo mayor número de muertos fueron: Guatemala, Totonicapan, Quetzaltenango y Sololá. Como se ve hizo mayor número de muertos en las alturas.

Según nuestras humildes observaciones el cambio de clima produce muy buen efecto, siempre que se aproxime uno al mar.

Ese año (1890) se formó una junta de sanidad para la influenza y después, cuando apareció la viruela otra junta presidida por el Dr. Don Joaquín Yela con un médico para cada cantón.

Hace falta una oficina de estadística médica, que suministre todos los detalles cuando se necesite y una junta de sanidad permanente que vele por la salud de los pueblos. A esa junta debiera prestársele todo el apoyo y los elementos necesarios por parte de las autoridades y de los particulares, puesto que á todos, gobernantes y gobernados interesa la salud, y el alejamiento de las epidemias.

La ciudad de Guatemala no obstante ha aumentado de población. Según el censo de 1880, tenía sesenta mil habitantes, y según los últimos datos estadísticos tenía 72,102 habitantes, en 31 de diciembre de 1894, de los cuales..... 33,184 eran hombres; 38,918 mujeres; 66,208 ladinos y 5894 indígenas. Según el último censo practicado en Febrero de 1893 la república tiene 1,364,678 habitantes. En Diciembre de 1894 tenía 1,431,500 habitantes.

En 1,891 la densidad de la mortalidad fué de 35'26 mayor al índice medio en 9'23. A mediados del año calmó la epidemia de viruela. (El 14 de mayo de este año hará cien años que Jenner practicó la primera vacunación.)

METEOROLOGIA.—De la revista del Observatorio Meteorológico del Instituto Nacional Central de Guatemala, tomamos los siguientes datos. La posición de la ciudad de Guatemala á 14°37' latitud norte, quiere decir dentro de la zona tórrida en medio de una meseta (plateau) comparativamente árida, determina la fisonomía particular de su clima.

#### Alturas de sus cantones.

Libertad	1570 m. sobre el nivel del mar.
La Paz	1525 " " " "
Barillas	1510 " " " "
Elena	1500 " " " "
Las Charcas	1500 " " " "
Tívoli	1495 " " " "
Barrios	1490 " " " "
Plaza de Armas	1490 " " " "
La Exposición	1485 " " " "
Independencia	1480 " " " "
Jocotenango	1480 " " " "
Candelaria	1470 " " " "

La temperatura de este lugar oscila dentro de los límites que son característicos para la región superior de la "tierra templada" de los países cálidos no bajando hasta 0° C, ni excediendo 33° C.

La marcha de la temperatura es regular durante el año y se hace variable por la noche y en las primeras horas de la mañana, principalmente cuando está cambiando la estación. La temperatura media normal del año es de  $18^{\circ},143$  Celcius.

Clasificación de Lombard	Calientes - -	Ardientes de temperatura {Muy secos. Media de 25 grados " húmedo. Muy calientes de 20 á 25 grados. Calientes 20 á 15 grados.
	Templados - - -	Templados frios 5 á 10 grados. " calientes 10 á 15 grados.
	Frio - - - -	Climas cuya media anual es de 5 á 10 gr. " " " " " 10 á 10 " " helados " " 10 á 19 "

Después del mínimo de Diciembre y Enero ( $15^{\circ},934$  C el 22 de Diciembre que corresponde al mínimo de la declinación del sol, comienza un ascenso continuo de la temperatura, muy rápido especialmente en Febrero, hasta llegar al máximo ( $20^{\circ}208$  C el 16 de Mayo) en los últimos días de Abril y el mes de Mayo algo después de haber pasado el sol por el zenit de Guatemala, (Abril 30.) Hasta el fin de Junio es considerable el descenso, siguiendo pero paulatinamente durante los meses de Julio, Agosto y Setiembre. El segundo paso del sol por el zenit de Guatemala (Agosto 13) no está marcado por un aumento de temperatura, porque los meses de Julio á Setiembre no solamente son los más nublados, sino que durante ellos queda también neutralizada una gran cantidad de calor por la evaporación del agua que cae entonces en copiosas lluvias. Desde los primeros días de Octubre se declara de nuevo un descenso de la temperatura muy marcado que continúa hasta el mínimo de Diciembre y que coincide con la aparición de pneumonías, bronquitis y catarros.

La temperatura media de los meses en los años cuyas observaciones nos han sido accesibles demuestran las diferencias que pueden tener lugar entre la temperatura media normal y la temperatura media de un año. De 1,857 á 1,859, y de 1,879 á 1,882 hubo un exceso de temperatura; de 1861 á 1864, ésta quedó más baja que la normal. El año de 1858 con  $18^{\circ},38$  C de temperatura media era el más caliente, el de 1861 con  $17^{\circ},42$  C de temperatura media el más frío, siendo la diferencia entre los dos solamente  $1^{\circ},41$  C.

La temperatura media más alta de un mes se observó en 1882, ( $21^{\circ},02$  C mes de mayo.)

La temperatura media más baja de un mes se observó en 1857 ( $14^{\circ},11$  C mes de Enero.)

Uno de los caracteres principales de un clima tropical, muy pronunciado aún en Guatemala, sin embargo de su considerable elevación, es la pequeña amplitud de la oscilación mensual y anual de la temperatura, siendo al contrario mucho más considerable relativamente la amplitud de sus oscilaciones diurnas.

La temperatura (mínima absoluta) más baja observada hasta ahora en la ciudad de Guatemala es la de  $4^{\circ}8$  C (en Diciembre de 1856 y Enero de 1857) y la temperatura [máxima absoluta] más elevada la de  $32^{\circ}$  C [Abril de 1858] siendo la oscilación total segín esto de  $27^{\circ},2$  C.

Para los diferentes años, la oscilación de la temperatura ha sido:

1856— $26^{\circ},3$ C.	1862— $22^{\circ},8$ C.
1857— $16^{\circ},8$ C.	1863— $24^{\circ},1$ C.
1858— $26^{\circ},8$ C.	1864— $24^{\circ},3$ C.
1859— $22^{\circ},4$ C.	1879—?
1860— $22^{\circ},1$ C.	1880— $22^{\circ},4$ C.
1861— $23^{\circ},3$ C.	1881— $24^{\circ},4$ C.
1882— $23^{\circ},1$ C.	

La amplitud media de las oscilaciones de la temperatura en cada mes, es en la ciudad de Guatemala:

Enero $18^{\circ},3$ C.	Julio $13^{\circ},5$ C.
Febrero $19^{\circ},8$ C.	Agosto $14^{\circ},0$ C.
Marzo $19^{\circ},4$ C.	Septiembre $13^{\circ},0$ C.
Abril $29^{\circ},1$ C.	Octubre $14^{\circ},1$ C.
Mayo $27^{\circ},0$ C.	Noviembre $16^{\circ},5$ C.
Junio $14^{\circ},2$ C.	Diciembre $47^{\circ},1$ C.

Las oscilaciones menores corresponden á los meses del invierno, durante los cuales disminuye la radiación terrestre á causa de las nubes. El mayor número de pulmonías corresponde á los meses que tienen mayores oscilaciones y son Febrero, Marzo, Abril, Noviembre y Diciembre, por consiguiente en estos meses hay que tener más cuidado é higiene.

Comparación entre la oscilación diurna de la tempera-

tura en Guatemala y la oscilación diurna en Viena durante el año de 1880.

	Guatemala	Viena
Enero	10°,28 C.	4°,77 C.
Febrero	11,58	5°,66
Marzo	13,53	10°,26
Abri	12,35	18,82
Mayo	10°,65	8,15
Junio	10,24	9,87
Julio	9,11	11,33
Agosto	8°,94	8,50
Septiembre	8,93	8,08
Octubre	8,28	7,83
Noviembre	8,50	6,33
Diciembre	10,63	5,97
Media del año	10,24	8,22

Con excepción del mes de Julio fué mayor en Guatemala la oscilación media diurna superando á la de Viena en... 2°,03 C.

El cuadro de las oscilación mensuales y anuales demuestra lo contrario para las épocas referidos.

**TRATAMIENTO.**—El tratamiento de la pneumonía debe dirigirse mucho menos al estado local que al general. Cuando la pulmonía es franca y de carácter benigno, debemos contentarnos con la expectación, bebidas emolientes y aciduladas, laxantes, caldos, agua con vino; en el caso contrario es necesario obrar conforme las indicaciones. El vejigatorio le parece á Dieulafoy mas nocivo que útil.

El dolor de costado de la pueumonia será calmado por una aplicación de sanguijuelas y por inyecciones subcutaneas de morfina.

A la pneumonía vivamente inflamatoria se opondrá la medicación antiflojística ó contraestimulante:—emisiones sanguíneas, sangrías, ventosas, sanguijuelas, el tártaro estibiado y mejor aún el Kermes administrado según los preceptos de Troussseau.

Kermes.....	2 gramos
Extracto digital.....	0-20 centigramos
Jabón medicinal.....	q. s.

Para 30 píldoras. Se dan 10 á 15 píldoras en 24 horas y si sobrevienen vómitos se administra con cada píldora una gota de Láudano de Sydenham.

Se obtiene también buenos resultados de la digital en infusión á la dosis de 50 centigramos á 1 gramo, en un julepe, dado por intervalos en 24 horas (Hirtz) mas hay que usar este medicamento muy rara vez y que manejarlo con muchísima prudencia. La *pneumonia biliosa* se combatirá eficazmente con los vomitivos y principalmente por la ipecacuana. La *pneumonia adinámica* será tratada por los tónicos y por los reconstituyentes, la quinina, el vino, el champagne, la poción de Todd:

Aguardiente .....	40 gramos
Jarabe simple .....	30 "
Tintura de canela .....	5 "
Agua destilada .....	75 "
H. s. a. T. 1 cucharada cada hora.	
Aguardiente .....	100 gramos
Julepe gomoso .....	120 "
Jarabe .....	30 "
T. a cucharadas de hora en hora.	

Cuando la pneumonía reviste la forma atáxica con delirio, agitación, fiebre violenta, se dará con ventaja la posición siguiente que se tomará por cucharadas grandes de hora en hora:

Aqua de flores de naranjo .....	100 gramos
Aqua de laurel cerezo .....	10 "
Jarabe de eter .....	40 "
Bromuro de potasio .....	2 "

**Baños fríos.**—En las formas atáxicas de la pneumonía es donde se han preconizado los baños fríos. En el Hospital General varias veces se ha puesto esta medicación en uso y con éxito. La artesa ó baño se coloca cerca de la cama del enfermo. Se prepara el agua graduándola con termómetro de baño cuidando de que tenga 24 grados centígrados. Se desnuda al enfermo, se introduce dentro el baño y después se añade una gran cantidad de agua fría, para bajar la temperatura del baño á 22 grados, 21 grados, á 20 grados; á medida que se añade agua fría, se retira del baño una cantidad igual de agua. Este procedimiento tiene la ventaja de evitar ó de moderar la impresión muy penosa y el frío que acompaña al baño que se da de un solo golpe, de rondón á 20 grados. El enfermo debe permanecer en el baño de 12 á 15 minutos. Durante el baño se ponen sobre su cabaza compresas de agua fría y se le fricciona el cuerpo y

las extremidades. Al salir del baño se coloca al enfermo que no se ha enjugado y que chorrea agua en una cobertura ó frazada de algodón (la frazada de lana tendría el inconveniente de absorber demasiado pronto el agua de la cual está impregnado el cuerpo; se le cubre suficientemente, se le hace beber una ligera infusión de té caliente con una cucharada de cognac. Casi siempre el baño es seguido de bienestar, de sueño, de tráspiration y de un descenso notable de la temperatura.

Se da un nuevo baño, tres ó cuatro horas más tarde, según el caso, y el enfermo toma así cuatro, seis, ocho baños en veinticuatro horas. El número de baños está en proporción al estado del enfermo y á la elevación de la temperatura. Si el estado general es bueno, si los síntomas nerviosos son nulos, si la temperatura no pasa 40° y si ella no sube rápidamente después del descenso momentáneo que sigue al baño, se contentará con bañar al enfermo cuatro veces en veinticuatro horas, día y noche. Mas si la temperatura es muy elevada y permanece alta á pesar de los baños, si el enfermo tiene una tendencia á las formas ataxo-adiinámicas, que son las más terribles, es necesario bajar la temperatura del baño á 20 grados de la cual se baja gradualmente la temperatura de 19 ó á 18 grados.

Se disminuye el número de baños y se eleva gradualmente su temperatura á medida que la fiebre baja y que se aproxima la convalecencia.

**CONTRAINDICACIONES.**—¿Se puede meter en un baño frío á un enfermo que esté en plena tráspiration? Nó, es preferible en semejante caso retardar la hora del baño y esperar hasta que concluya de tráspirar.

Se puede poner en el baño frío al enfermo atacado de bronquitis ó de congestión bronco-pulmonar? Sí, la bronquitis dotinentérica hace parte del proceso mórbido con ó sin infección secundaria, es por consiguiente susceptible del mismo tratamiento. En la fiebre tifoidea como en la rubéola de forma tifoidea, se ha notado que las manifestaciones bronco-pulmonares son mejoradas por los baños fríos.

El debilitamiento del corazón y del pulso, las intermitencias cardíacas, los signos de miocarditis son una contraindicación al uso de los baños fríos.

Si la pneumonía va acompañada de irregularidades del pulso y de los latidos del corazón, de tendencia al colapso

cardíaco, se practicarán inyecciones subcutáneas de cafeína con la siguiente solución.

Aqua destilada..... 8 gramos

Benzoato de soda..... 2 "

Benzoato de cafeína..... 4 "

Inyétese todos los días una ó dos geringas de Pravaz de esta solución.

Inyección subcutánea de Tanret.

Benzoato de soda..... 2 gramos, 95 cent.

Cafeína..... 2 " 50 "

Aqua destilada..... 6 " 00 "

ó bien c. s. para 10 centímetros cúbicos.

Cada geringa de Pravaz contiene 25 centígramos de cafeína.

El pneumónico debe beber leche en gran cantidad: 2 litros de leche por lo menos en 24 horas. Además se les dá uno ó dos litros de agua filtrada, de buena calidad, fresca, adicionada de 30 gramos de lactosa por litro con vino de Burdeos ó vino de Champagne. Si el enfermo no tolera la leche se le dará caldo, huevos crudos, pero nada es superior á la leche que puede tomar caliente ó fría con ó sin cognac, como le plazca. Es necesario examinar las orinas; la leche tiene la ventaja de proteger el riñón lo cual no se debe descuidar, sobretodo si se tiene en cuenta la nefritis pneumónica.

El tratamiento profiláctico de la pneumonía no debe descuidarse. Es necesario no olvidar que siendo contagiosa la pneumonía se deberá tomar las precauciones usadas en semejante caso para el aislamiento de los enfermos para la desinfección de los esputos y de los objetos que hayan servido al enfermo, ropa de cama, etc. Es necesario evitar que el enfermo escupa en el suelo recomendándole que lo haga en una escupidera.

**OBSERVACIONES.**—*1 Pneumonia fibriuasa.*—Cenona Bautista natural de Guatemala residente en la misma ciudad por Santa Catarina de 45 años de edad, viuda, molendera, indígena entró el día 8 de Marzo de 1895 á la clínica médica de mujeres cama número 427.

**Antecedentes hereditarios.**—Su padre murió de fatiga; su madre de cólico bilioso.

**Antecedentes colaterales.**—Sus parientes han padecido de fiebres.

**Antecedentes personales.**—Antes ha padecido del pecho

manifiesta que en Obre. del año ppdo. estuvo en esta misma sala curándose de pulmonía que escupió sangre como 4 días antes de los Santos día que pasó aquí y que se vió mala, tenía tos, que no conocía á la gente, que hasta después conoció donde estaba; que antes ha padecido de catarros y de tos.

*Síntomas actuales.*—Temperatura  $38^{\circ} 8$  por la mañana y  $39^{\circ} 2$  por la tarde. Se nota congestión del pulmón izquierdo. Espuertos pneumáticos color de polvo de ladrillo mezclado con agua, dolor de costado á la izquierda. Ingresó el  $6^{\circ}$ , día de su enfermedad. Hay estertores crepitantes á la izquierda.

Se le dejó poción calmante con 30 gramos jarabe de morfina, 30 gramos jarabe de cloral y 30 agua de lechuga.

Marzo 9.—No se encontró albumina ni azúcar en la orina. Los espertos son herrumbrosos. Uno de nuestros condiscípulos examinó los espertos al microscopio y nos manifestó haber encontrado el pneumococo de Frankel.

Marzo 10.—Continúa tomando cloral y agua de lechugas. Temperatura  $39^{\circ} 8$ .

Marzo 11.— $38^{\circ} 2$  por la mañana y  $37^{\circ} 4$  por la tarde.

Marzo 12.—Tiene estomatitis y sudores abundantes, de temperatura  $37^{\circ}$ . Como se ve la defervescencia comenzó el 11 y la temperatura ha llegado á la normal coincidiendo con fenómenos críticos á los 9 días de la enfermedad. A la auscultación hubo estertores de retorno, gruesos.

Marzo 13.—Los espertos se aclaran, están aerificados. Hay estertores subcrepitantes en la base del pulmón izquierdo.

Marzo 14.—15 hasta el 31 no hay novedad. La defervescencia se sostuvo. La enferma ha estado convaleciendo.

Salió curada el  $1^{\circ}$ . de Abril de 1895.

*II Pneumonía fibrinosa tratada con éxito por las baños frios.* Servicio del Dr. D. Juan I. Toledo.

C. A. natural de Santa Rosa en esta república residente en esta ciudad, de 17 años de edad, soltera, costurera ladina, católica entró el 16 de Enero de 1896 á la Clínica médica de mujeres cama número 431 con pulmonía.

*Antecedentes hereditarios.*—Su madre ha padecido de fiebres, pero del pecho no.

*Antecedentes colaterales.*—Nulos.

*Antecedentes personales.*—Catarros, calenturas.

Enero 16.—Se le dejaron 30 gramos jarabe de morfina Temperatura  $40^{\circ}$  gr. por la tarde. Toma leche.

Enero 18.—Se le dejó una poción con 4 gramos bromuro de potasio. La enferma se mueve desordenadamente, delira. Está excitada. Ademas se le dejó 30 gramos agua de laurel cerezo. Tiene  $40^{\circ} 5$  de temperatura. Se le dieron tres baños frios distribuidos durante el dia, tomándole la temperatura antes y después de cada baño, graduando la del agua hasta que bajó á 20 grados y con reloj en mano se le tuvo diez minutos en cada baño. Estertores crepitantes. Espertos rojizos.

Enero 19.—La temperatura descendió con los baños á  $37^{\circ} 8$ . Se le repitieron éstos. La enferma se calmó y ha dormido perfectamente.

Enero 20.—Temperatura normal. Estertores de retorno. Bienestar relativo. Se le suspendieron los baños.

Enero 25, 26 y 27.—Se queja da dolor en el costado izquierdo. Se le dejó jarabe de morfina. Orina sin albúmina.

Enero 29.—Temperatura normal, se ha sostenido la defervescencia. Se le dejó vino de quina, gárgaras clorato de potasa y ración.

Quedó curada el 21 de Febrero de 1896.

### III OBSERVACION.

Pneumonia llamada biliaria.

F. G. vino el 16 de Abril de 1894 á ocupar la cama número 424 de la 1<sup>a</sup> sala de Clínica médica de mujeres con una temperatura de  $39^{\circ}$ . Refiere que la madre tuvo pulmonía 4 veces muriendo de esa enfermedad. Su padre padeció de cólico biliario. Antecedentes colaterales son nulos. Refiere que vive del lavado que es aplanchadora, que acababa de aplanchar cuando salió inmediatamente al aire frío que en ese momento sintió escalofrío á la espalda, de puso y se acostó.

*Síntomas actuales.*—Siente amargor de boca, la coloración de sus espertos es verdosa, tiene una capa amarillenta en la lengua, náuseas vómitos biliosos, ictericia, temperatura  $39^{\circ}$  dolor de costado, las vibraciones torácicas no están abolidas, á la percusión se nota un poco de resistencia del lado derecho, el hígado baja dos dedos del reborde costal inferior, tiene dolor de cabeza pulso blando, 120 pulsas-

ciones por minuto, dispnea, estertores crepitantes en el lóbulo medio é inferior del pulmón derecho. Se le dejó poción de Todd.

El 1º de Mayo se queja de tener vómitos á menudo. Se le dejó un vomitivo. El 4 por lo tarde se le dejó poción de Riviere. Las escleróticas están amarillas, tinte icterico. La enferma manifiesta que depone unas flemas verdes y amarillas. La temperatura que ha estado alrededor de 39° esta tarde es de 39° 1.

El tres de Mayo habían cesado los vómitos. Se le dejó poción de camomila con tres gramos licor anodino de Hoffman, 1 mosca de Milan y dos inyecciones bromhidrato de quinina, tisana de cebada, sopa, leche y atole. Estertores crepitantes en el pulmón izquierdo.

Mayo 12.—Nuevos vómitos. Se le dejó poción de Rivier con láudano.

Mayo 13.—Se le agregó á la poción 5 gotas tintura de iodo. Por la tarde un vomitivo. Temperatura normal por la mañana y por la tarde. Estertores subcrepitantes en la base del pulmón izquierdo. Los vómitos cesaron.

Mayo 14 hasta el 5 de Junio.—Ya no ha habido vómitos ni fiebre la enferma ha convalecido. Salió curada el 6 de Junio.

## Proposiciones:

*Anatomía é Histología.*—Nervio motor ocular común.

*Física.*—Miófono.

*Botánica Médica.*—CANNABIS INDICA.

*Zoología Médica.*—Anquilostomo duodenal.

*Química Inorgánica.*—Aguas minerales.

*Química Médica Orgánica.*—Lactosa.

*Fisiología.*—Funciones del oido medio.

*Patología General.*—Heridas del bazo.

*Patología Interna.*—Influenza.

*Medicina Operatoria.*—Ligadura de la lingual.

*Higiene.*—Influencia higiénica de las lluvias.

*Obstetricia.*—Ruidos fetales.

*Medicina Legal.*—Muerte por inanición.

*Terapéutica.*—Benzonaftol.

*Materia Médica.*—Ruibarbo.

*Farmacia.*—Gasas antisépticas.

*Toxicología.*—Envenenamiento por la morfina.