

15

24 abril 1891

Sobre



el Diagnóstico

de la

Neumonitis.



Juan S. Lopez





Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



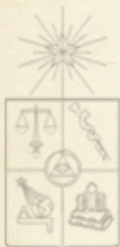
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



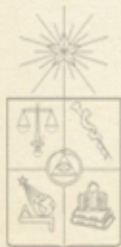
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

De todas las enfermedades que está a nuestro alcance observar mas frecuentemente en los hospitales, la Pulmonia es una de las mas comunes e de las mas variadas, sea por su curso, sea por las muchas enfermedades que puede complicar. Por esto, algunas veces puede ser confundida, i en ciertos enfermos pasar desapercibida. En razon de tan desagradable accidente, jamas me he creido suficientemente prevenido de medios de diagnóstico para esos casos en que se necesita una práctica mui ilustrada, para no extrañarnos en lo que toca al diagnóstico; he me propuesto (—) especialmente de descubrir esta enfer-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

... y espíase todas las circunstancias que con-  
tribuyen a la resolución de las demás cuestiones de  
diagnóstico.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

No me he propuesto dicha diagnosis; se ha-  
lla perfectamente expuesta en las obras de patología  
i en los tratados especiales. Cuyo de un gran



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

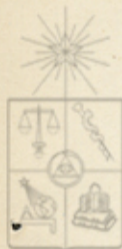
interes el apreciar el valor significativo de  
algunos síntomas, a los que por ahora les fal-  
ta la sanción de la ciencia, pero que podría



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

quizá utilizarse, haciéndolos servir en el  
diagnóstico de los casos a que me he referido.



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Limitado yo al estrecho recinto de las sa-  
las de clínica, se comprenden que no he



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

podido tomar en consideracion sino aquellos  
síntomas a que los prácticos atribuyen algu-  
na importancia, a saber, los que repu-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

taban como tales los tratadistas i mis  
profesores de clínica, los Dr. Petit, Elguero,



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

i Schneider; segun lo que les he oido  
decir a la cabecera de los enfermos; no ha-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

biendo desechado al tomar mis notas cualquiera  
observacion, por insignificante que pudiera pa-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

recer. Sin haber dejado de consultar a los dichos  
profesores sobre algunos otros síntomas que con ier-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

to fundamento he mirado como significativos,  
se me presenta la ocasion de someter a vuestra



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

opinión el grado de significacion que puedan te-  
ner; sobre cuyo valor no he pronuncia-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

do los tales profesores, i el cual os habría  
ya dado a conocer vuestra suficiente experien-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

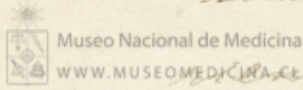
cia. Lleguis a comprobar lo que yo sos-  
pecho en algún fundamento.

He leído a Frousseau, a Graves i el excelente tratado de Broussolle; a Monneret, a Niemeyer i a otros autores de no tanta gravedad; he comprobado muchas de las aserciones de tales prácticos; pero no he encontrado el menor indicio de muchos de los síntomas que me han hecho notar mis profesores, o que por mí solo he podido observar, síntomas que comprobados respecto a su valor significativo, por raros que fuesen, prestarían grandes auxilios en los casos difíciles de que he hablado.

Mi tarea ha consistido en comprobar con mis observaciones, practicadas diariamente en los hospitales, esos signos, reputados aun como dudosos, con el objeto de averiguar si tienen tal valor o no, sin deducir de un modo definitivo, pues para esto se requieren muchísimas observaciones. En efecto, si bien sucede realmente que en la práctica no se

halla tan bien definida una enfermedad en las descripciones patológicas, por cuanto faltan en muchos casos los signos característicos, sería una exageración creer que el médico está enteramente desprovisto de otra especie de signos, que en casos semejantes sacan al práctico de las mayores dificultades.

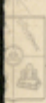
La apreciación que un tino hace de cada dato, de cada circunstancia de su enfermo, pues todo por él se convierte en un signo diagnóstico de cierto valor. Hai, por tanto, ciertos que merecen seriamente (nuestro) estudio, para cuya apreciación nec-



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



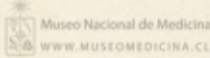
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



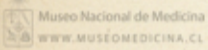
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



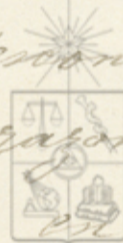
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



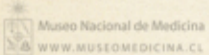
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



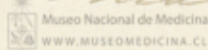
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



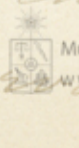
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



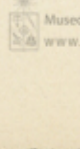
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

...sitamos un buen criterio, apoyado en la espe-  
...ancia; por esto para no extraviarme he  
resuelto especificar solamente aquellos fenómenos  
mórbidos de que se puede esperar algun da-  
ño útil, según la práctica de los citados pro-  
fesores, algunas observaciones que dan lu-  
gar a ciertas conjeturas fundadas.

Las observaciones en que se apoya  
este trabajo están en su mayor parte  
estampadas en el libro *El diagnóstico*  
de *...*, pero imposible habría sido inser-  
tar en dicho libro muchos detalles, así no  
debe extrañarse que aquí se hallen algo más  
plificadas; ni conviene al caso actual la  
exponga con toda su extensión, solo menciono  
pues únicamente lo que ha de ocupar la consi-  
deración respecto al asunto de este trabajo.

Sobretudo en su principio es cuando  
es posible reconocer más fácilmente la neu-  
monía, en razón de que le faltan signos  
característicos en casos semejantes; i enton-  
ces, ya que no podemos diagnosticar, convendría  
por lo menos sospechar su existencia. Para  
esto no pueden servir los prodromos, deman-  
sido vagos; mas no lo son tanto  
los síntomas iniciales; de los que todavía  
se requiere hacer un estudio más prolijo.  
La auscultación no resuelve una gran  
parte de estos casos, como lo advierte Gri-  
solle i como he tenido ocasión de compro-  
barlo en las observaciones 2<sup>a</sup> i 3<sup>a</sup>. Ca-



Tus consideraciones me han inducido a inter-  
 gar con médicos a los enfermos sobre  
 el síntoma o síntomas iniciales de su enfer-  
 medad. De estas investigaciones he deducido  
 que los calofríos son con más frecuencia el  
 síntoma primitivo; que el dolor, apesar de ser  
 mas característico, no es tan frecuente.  
 No recuerdo sino dos en quienes el calor i el  
 malestar jeneral, tuvieron principio desde luego;  
 uno de ellos es el de la observación 2, ambos  
 individuos eran de mas de 50 años. La tos, se-  
 gun lo que he podido juzgar por las respuestas  
 de los enfermos, pertenece a los pulmonares; es lo  
 que he hallado, sin asegurar por eso que no pueda  
 ser en algunos casos síntoma inicial: mas no  
 por esto tiene poco valor semiológico a lo ménos  
 (pues) en Chile, pues me parece que es mas frecuen-  
 te que en Francia la bronquitis que precede a  
 la neumonia; porque segun Grisolle en la 5a  
 parte de los enfermos de neumonia se halla  
 una bronquitis anterior. La consecuencia que  
 debemos sacar de todo esto es que los síntomas  
 que en la declaracion de la pulmonía deben  
 inducirnos a sospecha son los siguientes, frecuen-  
 tes, al ménos en Chile, la tos, la fiebre,  
 i principalmente los calofríos i el dolor  
 en un punto cualquiera del tórax: i digo  
 cualquiera; pues en la clínica del Dr Elguero  
 he notado un caso en que existia en el dorso,  
 i en la del Dr Schreider dos en que se di-  
 ñaba en el hombro; en el caso de la obser-

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

La 3<sup>a</sup> afectaba el punto correspondiente a uno de los anones, lo que pudiera haber hecho sospechar nefritis. Con esto no quiero decir que deban desatenderse los signos físicos, especialmente en los casos en que se trata de tuberculos, abscesos hepáticos, enfermedad de Bright; en quienes sabemos que la neumonitis se declara insidiosamente.

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Por lo que toca al valor diagnóstico de los esputos conocidos los tintes sanguinolento, amarillo, herrumbroso, verde, los que pueden subdividirse en varios colores; bien sabido es que el esputo de sangre pura i el de goma arábiga (que pertenece al tinte amarillento) no son característicos: respecto al último, he tenido ocasion de comprobar el aserto de los prácticos en el caso de un apoplético recién en el 31 de julio al número 1 de las salas de clínica del Dr Schneider, era un esputo abundante, algo visoso; sin embargo, no habia piroxia, i la exploracion del tórax me hizo reconocer mas que los ruidos propios de la bronquitis. Pero si bien estos esputos no son característicos por sí, la conjuntura toma gran probabilidad si tal signo va unido a otro de los no característicos, es lo que me hizo razonablemente i en atencion al caso de la observacion que paso

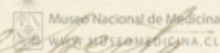
Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

a referir:

Observacion 1<sup>a</sup>



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

En el tomo 6.º de la obra al núm. 51 de las  
cas del Dr. Sánchez, un joven de 21 años, que  
al principio de su enfermedad tuvo calos  
frios, luego un estado general francamen-  
te febril. Al presentarse en el hospital te-  
nia 3 dias de enfermedad, tenia esputo  
de sangre muy roja, sibilancias, pulso  
88; el diagnóstico fue bronquitis acom-  
pañada de congestión pulmonar. Al día siguiente  
se apareció esputo ferruginoso, y  
solo al otro día tuvimos un soplo  
muy suave al vértice del pulmón de-  
recho; en los días subsiguientes la res-  
piracion tubaria se propagó con rapi-  
dez por la parte posterior i superior;  
a los 8 dias a contar desde la entrada,  
la pulmonía era doble, comenzando en  
el pulmón izquierdo por el vértice tam-  
bien. Dos dias antes de su muerte se pu-  
so amarillento demacrado, el pulso era  
irregular frecuente i pequeño. A la autop-  
sia se halló hepatizacion gris de la par-  
te superior del pulmón derecho i roja  
del izquierdo.

Como se ve, en este caso en mismo  
estado inflamatorio de los bronquios i  
en estado febril + hubieron de dar grande  
indicio de inflamacion pulmonar, x  
El esputo de tinte verdoso merece ser es-  
tudiado especialmente, pues segun la prác-

+ unidos al esputo de sangre  
x a pesar de que dicho esputo  
no es característico, así  
lo reconocen Pechot i  
Crisolle



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL







*Alguero*  
tica del Dr. Petit <sup>les</sup> de alta importancia en  
el pronóstico por su gravedad: habiendonos  
advertido que podian tales exputos confun-  
dirse con los de bronquitis simple a  
una observacion superficial, me ha pa-  
recido que es siempre facil la distin-  
cion segun lo notado en cuatro casos  
de esta especie, de los que menciono solo  
3, contenidos en las observaciones 3<sup>a</sup>,  
4<sup>a</sup> i 17<sup>a</sup>; hai, en efecto, ciertos tipos  
que varian con los casos; asi en el que  
no cito, observado en la clinica del Dr.  
Petit, el exputo tiraba al verde porra-  
do i era notable por su fluidez i  
transparencia; en el de la observacion 4<sup>a</sup>  
habia un ligero tinte herrumbroso:  
en ambos casos, es verdad, la distin-  
cion era facil; mas no lo era tan-  
to en los de las observaciones 3<sup>a</sup>  
i 17<sup>a</sup>; con todo, fijandose bien no era  
imposible observar en el caso de la obs.  
3<sup>a</sup> un ligero colorido limon en las partes  
poco espesas del exputo, pero habia muchas mu-  
cosidades verdosas opacas, que una observacion li-  
jera hubiera creido de bronquitis; en el caso  
de la observacion 17<sup>a</sup> el exputo tenia en todas par-  
tes el mismo color que en la bronquitis madu-  
ra pero un exputo <sup>era</sup> <sup>de otra</sup> <sup>distincion</sup> de otro,  
habia poca opacidad i era poco espeso. He crei-  
do esta cuestion tanto mas interesante cuanto  
que en los casos de bronquitis me parece ser  
la neumonia mas frecuente aqui que en Fran-  
cia.

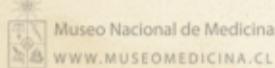
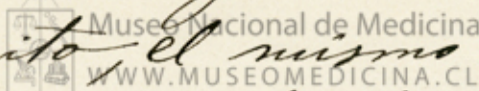
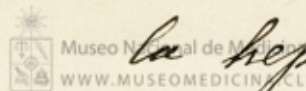


La oscuridad del murmullo respiratorio en la parte recién afectada de neumonía es un síntoma de esta flegmasia, como lo indica Grissolle; he podido comprobarlo muchas veces, pero mi convicción fué completa en vista de los casos de las observaciones 2<sup>a</sup> y 3<sup>a</sup>, cuya autopsia demostró que no era debido dicho síntoma a derrame o exudación plástica. Este signo con todo no podría figurar en un diagnóstico sino apoyando las presunciones sugeridas por otras circunstancias, o bien indicando de un modo algo vago la parte que será afectada de hepatización roja; digo de un modo vago pues este último síntoma según lo que he observado no sigue al 1<sup>o</sup> ni en su modo de propagación ni en el sitio ocupado por este.

No me hea el pronunciarme sobre si el estertor crepitante fino es patognomónico; Barth y Roger dicen haberlo hallado en casos de apoplejía y de edema pulmonar; el Dr. Petit lo percibió en un caso de esta última afección, sin que hubiese complicación alguna; así se comprobó por la autopsia. Por otra parte los D<sup>os</sup> Elguero, Schneider y Mr. Grissolle lo han hallado exclusivamente en la pulmonía.

En la observación 3<sup>a</sup> al 1<sup>o</sup> día de la enfermedad, en el núm. 27 de la clínica del Dr. Schneider, entrado en octubre a los 3 días de su enfermedad, y en el núm. 14 de la clínica del Dr. Elguero a los 5 días, se notó un estertor subcrepitante preceder





la hepatización roja en un espacio perfectamente circunscrito, el mismo ocupado posteriormente, por el soplo; los tres enfermos eran viejos de mas de 50. En vista de esto, aun no me atrevo a resolver una duda expresada por el Dr. Petit sobre si en el viejo era mas frecuente que en el adulto el estertor subcrepitante que reemplaza al crepitante fino. En caso de suceder así, habría mayor incertidumbre en el diagnóstico de la neumonía <sup>o el 3º</sup> ~~o el 2º~~ frecuente de los viejos.

La respiración tubaria en una neumonía confirmada indica el 2º grado; pero la autopsia me ha enseñado en las observaciones ya citadas que siempre que falte el soplo faltará el 2º grado o el 3º; en ambos, apesar de no oírse en parte alguna del tórax, se halló hepatización gris a la autopsia; lo único que se oía eran mucosidades batidas por el aire; pero solo por el curso de la enfermedad se podía saber que se trataba de neumonía. Grisolle, por otra parte, dice haber encontrado varias veces hepatizaciones muy extensas sin haber oído durante la vida <sup>o el 3º</sup> ~~o el 2º~~ alguno. Así mismo, la autopsia me ha demostrado en la observación 2ª que cuando en una neumonía no se halla el soplo metálico fuerte, resonante propio de la hepatización, sino un soplo suave, <sup>profundo,</sup> ~~superficial,~~ este puede ser atribuido, sobretudo si hai macidez, a una pleuresía; pero hai casos como el citado en que no se halla en la autopsia el



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

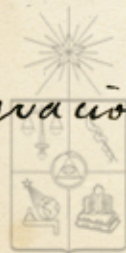
menor vestigio.

Omito hablar del valor semiótico de los otros síntomas pues nada tengo que observar de notable a su respecto.

Paso a ocuparme de la cuestión de diagnóstico que mas sagacidad requiere en esta afección a la cabecera del enfermo, se trata de si la hepatización gris ha llegado, cuestión muy seria pues a ella está vinculada una grave cuestión de pronóstico. Considerada la sucesión de los síntomas en esta enfermedad se nota a medida que avanza una mayor variedad; es verdad que esto contribuye no poco al diagnóstico del 3<sup>er</sup> grado, pero esto no te da seguridad; pues al fin ¿qué síntoma o qué grupo de síntomas es característico de la hepatización gris, de tal modo que puedan diferenciarse de la forma tifoidea de una manera enteramente decisiva? Probabilidades podría haber, pero no de todo. No obstante, ¿es posible siquiera sospechar tan grave lesión? cualquiera <sup>que</sup> por algun tiempo ha asistido a los hospitales nota tan gran variedad de síntomas en el último período de la ~~neumonía~~ <sup>pneumonía</sup> que se halla inclinada a creer es muy posible que en dichas síntomas o en su modo de aparecer deba haber algo de especial, que no se halla en una neumonía tifoidea de 2<sup>o</sup> grado.

Vemos lo que nos dice la experiencia en las observaciones 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> i 5<sup>a</sup>:

Observación 2<sup>a</sup> El 25 de mayo de 1870 entró al núm. 51 de las

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CLMuseo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



salas de clínica un hombre de 40 años con los siguientes: bronquitis, tinte icterico de las conjuntivas, oscuridad del murmullo respiratorio en la parte postero inferior del pulmon derecho, signos de bronquitis en lo demas del torax, expecto ~~afanado~~, pero no se pudo descubrir el mas leve indicio de signos de neumonia ni por la auscultacion ni por la percusion, fuera de los indicadores; no habia dolor: segun el interrogatorio, parecia que los nueve dias que ~~constaba~~ la enfermedad eran de bronquitis. Al dia siguiente se llego a percibir un soplo suave en donde habia habido oscuridad. Ese soplo en los dias siguientes tomo la sonoridad i retumbancia mas propios de la ~~neumonia~~. La hepaticacion gris fue sospechada por sudores abundantes; pulso pequeno irregular (150); un temblor jeneral intermitente, involuntario, i que no iba acompañado de calor ni de sudor, i que el mismo enfermo reconocia ser muy distintos de los ~~del~~ <sup>del</sup> principio de la enfermedad; tartamudeo; la demacracion de la cara era muy considerable; en medio de estos sintomas graves era admirable que las fuerzas no hubiesen sufrido mayor desgaste, i aun tenia cierta agilidad minutos antes de su muerte.

A pesar de que este caso se podria haber reputado una neumonia que como forma ~~atípica~~ sin pesar del 2º periodo; con todo, el tiempo de enfermedad (12 dias en el hospital) dio grandes sospechas de que tales sintomas se debiesen al 3º grado. En el servicio del Dr Petit entro en el mes de

Observacion 3ª

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



mayor del 69 al núm. 29 un viejo de 67 años: la enfermedad se había declarado precisamente en la noche anterior a la visita, por levantarse en la madrugada noche: había cefalalgia, malestar i dolor a ambos lados de la columna vertebral, parte inferior de la región dorsal i superior de la lumbar, predominante en el lado izquierdo; tos. Al día siguiente se estertor subcrepitante en la parte post de ese lado, pero persistía algo de oscuridad que el día anterior se había notado en la parte inferior, esputo verdoso amarillento, que el Dr. Peñit calificó de grave en atención al color. Al tercer día se dejó oír el soplo en toda esa parte simultáneamente. Al 5º día subdelirio, de iracundia considerable de la cara sudores abundantes, habla difícil, gran prostración, pulso (120) pequeño; se cayó en una muerte próxima. Con todo el pulso bajó al día siguiente a 100 pero intermitente i pequeño, diarrea muy frecuente, color mas moderado; en jeneral había una aparente mejoría. A las 4 dias despues de una diarrea continua el enfermo sucumbió en el marasmo: durante estos dias el soplo no se oyo ni solo por las auscultas, sino que ni aun por el Dr; se oian solo murmuraciones batidas por el aire. esto no impidió sin embargo, que se ~~oyese~~ hallase en la autopsia hepatización gris de la parte posterior del pulmón izquierdo.

Observacion 44. En la pagina 18 del libro clinico se halla la curiosa observacion de un viejo, en quien la





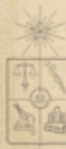
neumonía a los 10 días tomó carácter tifoideo; pulso blando, bajo fujinosis, gran posturación; pero a los dos días después hubo mejoría notable, aun el pulso recobró energía; con todo un estertor subcrepitante subsistió; con diarrea acabó con la vida del enfermo ocho días después de ese estado.

Observación 5ª

En el mismo libro se halla también el caso de un viejo de más de 60 años, que estuvo en las salas de clínica bajo el núm 14 el 4 de octubre. No estuvo sometido en su casa a tratamiento alguno; había diarrea, gran desfallecimiento, el auscultar solo se sentían ruidos significativos de una bronquitis con muchas mucosidades, había edema de las extremidades. A la autopsia se halló hepatización gris.

De estas ejemplos que acabo de citar se deduce que el estado adinámico o atáxico de una neumonía designo de una manera colectiva con el nombre (selectiva) de neumonía de carácter tifoideo, como lo hace Grisolle, pueden presentar estas mismas fases, y por consiguiente la hepatización gris solo puede sospecharse según el tiempo de la enfermedad, por los marquidos y el esputo, síntomas que pueden existir juntos en una neumonía de carácter tifoideo.

Con todo, en vista de las observaciones 3ª, 4ª y 5ª, uno no puede menos ~~que~~ de reconocer una coincidencia u primera vista fortuita de la diarrea con la hepatización gris; pueda ser que lo sea, pero no puedo pasar por alto algunas consideraciones que oca-



ven observando las mutuas relaciones entre  
 las enfermedades. En efecto, se sabe que el pus  
 puede permanecer sin mayor detrimento en la eco-  
 nomía mientras no comuniqué con el aire at-  
 mosférico; pero en comunicación con este agente  
 se descompone, y da lugar tarde o temprano a  
 accidentes de infección pútrida si no se elimi-  
 na esa causa de la infección; y esto no es posi-  
 ble en el pulmón, órgano en que necesariamente  
 el pus ha de ponerse en comunicación con el  
 aire sea que el pus se haya formado en  
 las vesículas, o sea que en el tejido celular  
 intersticial, por la fácil absorción de  
 mosis de esa membrana; la vascular del  
 órgano permitiría penetrar los productos de  
 esta descomposición en la sangre. Por otra  
 parte, es cosa reconocida ya que el canal in-  
 testinal es un emunctorio de tales sustancias  
 ; así podría explicarse la aparición de la dia-  
 rrea y la prolongación de la vida de los en-  
 fermos por un tiempo mayor del que a  
 juzgar por todos los síntomas se les habría a-  
 signado.

Con estas las consideraciones <sup>las</sup> que me inducen  
 a sospechar que la diarrea, que como he de los casos  
 citados, no puede explicarse por el tratamiento  
 por el emético o de otra suerte sea un signo  
 de infiltración purulenta, me inducen a  
 proseguir mis investigaciones en ese senti-  
 do para ver si la experiencia <sup>\*</sup> este modo de  
 ver. Resuelta esta cuestión, podría pasarse a  
 ver la frecuencia de dicho signo. Hasta apo-  
 ra solo la he hallado en viejos, pero se concibe

\* comprueba

Museo Nacional de Medicina  
 WWW.MUSEOMEDICINA.CL





que lo mismo podría tener lugar en las otras edades. Es de notar que en la forma tifoidea no la he notado en ninguno de los enfermos, con lo que no hago mas que comprobar la observacion de Grisolle, quien la ha encontrado ~~una vez~~ en la forma indicada.

He observado solo en algunos enfermos a cuya autopsia se halló hepatizacion gris una demeracion ~~subita~~ por decirlo así sobreviniente de un dia al otro, a la vez que un ~~marillento~~ marillento reemplazaba el color rosado de los tejidos, tambien de un modo hasta cierto punto repentino. Como que en una forma tifoidea en 2º grado no habitan grave trastorno de nutricion como el estado séptico de la sangre, es de esperar que pueda ser un signo de infiltracion purulenta. Aunque ~~yo~~ lo he observado solo en casos de hepatizacion gris, no por eso rechazaré que pueda haberlo en la forma tifoidea de 2º grado. Solo la experiencia clinica puede señalarlo si es mas frecuente en aquella. (Obs. 1ª i 2ª).

En el 3º grado de la neumonia he notado así mismo en algunos enfermos una especie de rigidez de los músculos posteriores del cuello, que parece estar en relacion con un alto grado de prostracion. Aunque tambien solo lo he hallado en la ~~circunstancia~~ circunstancia antedicha, se da sin embargo poca importancia atendido que no se ve claro que relacion haya entre este sintoma i el 3º grado. Con todo, no por eso dejaré de mencionarlo siquiera, aunque yo no me hallo en el caso de decir

✓ todavia



dir la cuestion por la experiencia. Con ménos razon  
me compete juzgar el valor de los sudores profu-  
sas que observé en dos casos de hepatiga-  
cion quis, sudores que no eran frios; uno  
de esos casos era el de la observacion 3.<sup>a</sup>  
Las fuliginosidades, la expectoracion  
escasa o suprimida, el subdelirio, los  
estertores húmedos gruesos no parecen he-  
ner valor alguno; los he encontrado  
indiferentemente en observaciones  
de forma tifoides en 2.<sup>o</sup> grado i del  
3.<sup>o</sup> grado.

de un tifus o

Acabamos de ver cómo puede confundirse  
la forma tifoides con la neumonia ligada al  
3.<sup>o</sup> periodo; no es ménos interesante de resolver  
distinguir en todo caso la misma forma,  
de una fiebre <sup>tifoides</sup> que haya estallado una  
neumonia: en efecto, la última afeccion  
es mas grave que la 1.<sup>a</sup> i esto tiene influencia  
en el tratamiento. Para dejar sentado con  
todo el rigor posible a mis circunstancias es-  
te diagnóstico, necesito exponer algunas obser-  
vaciones de fiebres tifoides i de tifus en que  
ha sobrevenido una neumonia o otras de  
neumonias de caracter ~~tipoides~~, a fin  
de comparar los fenómenos morbidos respec-  
to a su significacion i

Observaciones de fiebre tifoides o de tifus en que  
se declaró una neumonia.



Observación 6<sup>a</sup>

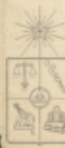
En la página 71 del libro de clínica se halla el caso de una fiebre tifoidea comprobada por la antopsin; llegada esta afección al día 16<sup>o</sup> de su curso, i habiendo mejorado el enfermo presentaba pulso a 100; en este mismo día comenzó a subir en frecuencia dicho pulso i se oyó crepitation fina; continuó en aumento de frecuencia en los días siguientes; oyóse raso tubario, i el pulso había llegado a 140.

Observación 7<sup>a</sup>

En la página 116 se halla la relación de un caso de tífus perfectamente comprobado por todos los síntomas; a los 7 días después apareció una neumonía, subiendo el pulso de 108 a 146, a más era irregular intermitente; había falta del ruido respiratorio en el pulmón derecho en la base; esputo en azafranado, había delirio putridosidades, etc

Observación 8<sup>a</sup>

En la página 175 se halla el caso de una fiebre tifoidea en que hubo neumonía intercurrente. Durante 4 días es seguro que no hubo sino fiebre tifoidea, i que no se trataba de neumonía de carácter tifoideo en razón de los síntomas siguientes: estertores húmedos pero escasos, esputos bronquiales, al paso que había delirio, <sup>calor</sup> intenso, insomnio, putridosidades en los labios, lengua seca, vientre tumefacto, gorgoros en ambas fosas ilíacas, mucha sensibilidad i aumento de volumen al bazo, evacuaciones frecuentes grumosas líquidas amarillentas, estupor, piel ardiente a 39, pulso a 112, pupila dilatada; a la tarde de ese día el pulso llegó a 120, temp. 39,4, expectoración abundante.





dante, soplo tubular. Al día siguiente remisión en los síntomas abdominales, pulso 100, temp. 39,4, esputo de sangre, crepitación húmeda. Al otro día soplo tubular en ambos pulmones, pulso 120, lengua saburral. Dos días después mejoría de parte de los pulmones, pulso 118, temp. 38,2, no hai delirio, pupila dilatada, deposiciones de amarillo de lado líquidos grumosas. En los días siguientes los síntomas tóxicos mejoran, con el descenso de la temperatura i el pulso; la diarrea persiste por algun tiempo mas.

### Observaciones de neumonias tifoideas.

#### Observacion 9ª

En la página 23 del libro de clinica se halla el caso siguiente bajo el núm 45. Hacia 15 dias se habia declarado una fuerte puntada en el lado derecho del tórax en un enfermo; este presentó en el hospital soplo en ambos pulmones, crepitación húmeda, summa prostracion piel fria; pulso 82, Respiraciones 32. Al día siguiente continúa el abatimiento, se notan petequinoidades en la lengua i en los labios; respiraciones 32, pulso 80. Al otro día el individuo está reanimado. Al siguiente día la prostracion es apenas sensible, respiracion tranquila, pulso 92, crepitacion de retorno.

Como puede verse, este caso es de neumonia adinamica que perdido su caracter se hizo franca.



Observación 10<sup>a</sup>

Hállase en la página 16 bajo el núm. 30 un caso de neumonía de carácter tifoideo, en que la posturación era estremada, el pulso raro intermitente, i en que se manifestó un hipo tenaz hasta el momento de la muerte. La autopsia demostró la existencia de hepatización roja únicamente. En este caso se nota una forma de carácter atáxico-adinámico

Observación 11<sup>a</sup>

En la página 133 bajo el núm. 18 se refiere el caso de una neumonía adinámica <sup>la cual</sup> habiendo se declarado hacia 8 días i siendo doble, el pulso sin embargo estaba solo a 86, la respiración a 46; gran posturación, respiración difícil, estertores traqueales, habla difícil, subdelirio, estertores pulmonares, eran los síntomas mas notables. Al día siguiente, continuaba la prostración, el pulso baja aun a 82, apenas hai mejoría en los síntomas locales i jenerales. Al otro día hai mejoría real en ambos síntomas, pulso 88, esputo anaranjado.



Para abreviar omito las observaciones consignadas en las páginas 16 i 139; porque vendrian a probar lo que las anteriores: en efecto, ambas son casos de neumonías de carácter tifoideo que al dejar este carácter tuvo lugar la expresión de una especie de reacción caracterizada por elevación del calor i mayor fuerza i frecuencia del pulso.

No necesito decir que en muchos de estos casos el diagnóstico puede hacerse atendiendo a la edad, a los antecedentes, a las manchas, lentificadas, al aumento de volumen del bazo i en

jeneral a los síntomas abdominales, etc. i otros  
 síntomas para diagnosticar una fiebre tifoidea  
 o un tífus. Mas hay muchos casos en que los  
 síntomas propios de las antedichas enferme-  
 dades no son al ménos claros, estableciendo la  
 neumonia una como revulsion sobre los  
 síntomas del abdomen; por otra parte, sínto-  
 mas abdominales, tales como diarreas, tim-  
 panitis i mas frecuentemente meteorismo  
 pueden presentarse en una neumonia  
 tifoidea: así el médico puede hallarse en  
 muchos casos en una cuestion de diag-  
 nóstico embarazosa. Es precisamente para  
 estos casos para los que, segun se ve, el pulso  
 i aun la temperatura pudieran ser un ele-  
 mento de diagnóstico; en efecto, se deduce del  
 examen de los casos anteriores que habiendo sig-  
 nos físicos de neumonia, si baja el pulso en un esta-  
 do jeneral grave, se trata de una neumonia tifo-  
 dea; por el contrario en igual circunstancia  
 si se eleva el pulso se trata de una fiebre ti-  
 foidea o de un tífus, en los cuales se ha desa-  
 rrollado una neumonia. Lo mismo sería apli-  
 cable a la temperatura. Mas no me atrevo que  
 esto pase siempre hasta que nuevas observa-  
 ciones, bastante numerosas, apoyen esta ma-  
 nera de ver

\* a deducir

El pulso es pues un elemento de diag-  
 nóstico que nunca se debería de atender suficien-  
 temente en las fiebres tifoideas i neumonias,  
 en las primeras porque las neumonias intercu-  
 rrentes toman formas insólitas, en que el es-  
 pulso puede no tener nada de característico, (i aun)



i aun suele ser difícil apreciar los ruidos pulmonares; así una frecuencia mayor en el pulso nos induce a redoblar nuestra atención de parte de los pulmones. Por lo que toca a las neumonías, el disminuir la frecuencia del pulso es ya un indicio de la forma adinámica si los otros síntomas jenerales persisten en su gravedad; pues parece que el estado adinámico se revela mas prontamente o mas fácilmente por languidez en el trabajo circulatorio, i en él tambien se expresa el estado atáxico por la irregularidad del pulso; i se concibe que hai, como se deduce de los casos citados, transición insensible desde la aparición de uno que otro síntoma adinámico o atáxico hasta el estado tifoideo mas pronunciado. No es esto solo; pues una neumonía puede, segun las observaciones precedentes, aparecer a cualquier época de su curso al 1º, 2º dia etc; asi mismo puede hacerse franca en cualquier tiempo, espontáneamente o por efecto de un tratamiento adecuado.

No doi con todo al pulso un valor exclusivo, pues en consecuencia de lo dicho otro síntoma adinámico vgr baja temperatura, la prostracion podrian hacerse el objeto de una indicación especial que llenar, de naturaleza adinámica o atáxica, que Foucault sea. Consideren como idénticas

De lo expuesto se infiere que en mi concepto no siempre una disminucion de frecuencia en el pulso significaria mejoría;



para pronunciarse ~~son~~ menester los otros ~~se~~  
tomar.

He insistido algo en este diagnóstico porque  
en primer lugar tiene incontables ventajas  
para el pronóstico, puesto que pocas sin-  
tomas típicas de mayor o menor inten-  
sidad jamás hacen la neumonía tan grave  
como cuando en un tifus o fiebre tifoí-  
dea declarada sobreviene al enfermo una  
neumonía intercurrente, que por lo general  
llega en un tiempo avanzado de la afección  
primera. En segundo lugar, respecto  
al tratamiento sucede oportuno: se compren-  
de que las fuerzas estarán agotadas cualquie-  
ra que sea la persona en una fiebre tifoí-  
dea, al paso que en muchos casos de neu-  
monía tifoidea habrá solo opresión  
de fuerzas.

Puede considerarse como una forma  
de neumonía tifoidea de carácter atáxico  
aquella en que sobreviene delirium tre-  
mens; ¡merece una atención especial por-  
que el enfermo en estado delirante no se da  
cuenta de lo que siente, en muchos casos  
el delirio ~~no~~ es característico, agréguese  
a esto que los sujetos son indóviles ¡en tal  
caso <sup>no</sup> se puede percutirlos o auscultar-  
los. El enfermo por los síntomas atáxicos que  
sobrevienen parecerá atacado de enfermeda-  
des que a primera vista sería imposible  
confundir con la afección real, tales se-  
rían las afecciones de las meninges o del cerebro,





fiebre tifoidea, o principios de fiebre eruptiva etc, etc. Nada hai mas perjudicial en esos casos como un diagnóstico a la ligera; los antecedentes, la tos el esputo, la disnea etc es necesario sean observados

Quiero por de pronto llamar la atención esta forma porque puede fácilmente inducir a creer que se trata de hepatización gris en enfermos que se halla en la roja; tan alarmantes llegan a ser los síntomas atáxicos en los bebedores. Puede con frecuencia suceder que atacando una neumonía, se brevengan síntomas atáxicos, i como estas son significativos de hepatización gris, esta sospecha haga modificar el pronóstico i el tratamiento. Ahora bien, según las observaciones siguientes la hepatización gris en los bebedores no estan comun como en los demas individuos; de esto deduciríamos que no hai tanta gravedad de los síntomas atáxicos en ellos, por lo que taer al estado del pulmon.

Observacion 12<sup>a</sup>

En la página 89 del libro de clínica se halla el caso de un bebedor que hacia tres dias estaba enfermo; habia pulso a 120, respiraciones 42; orzuidad al auscultar, vespitacion fina, esputo de ciruela. A los 6 dias se declaró un delirio que se hizo furioso. La autopsia hizo notar fuerte congestión cerebral i hepatización roja, apesar de los dias de enfermedad, i adherencias pleurales. El único síntoma atáxico fue el delirio.



Observacion 13<sup>a</sup> En la página 153 del mismo libro se halla el caso de alio bebedor que presento delirio & insomnio; al 5<sup>o</sup> dia de la enfermedad tenia tinte icterico de las conjuntivas i de la piel; esputo color ci-nuela. La enfermedad no paso de hepatisacion roja en el lobo derecho.

Observacion 14<sup>a</sup> En la página 179 se halla la relacion del caso de una neumonia, en que se declaró al 4<sup>o</sup> dia de su curso un delirium tremens con todo su cortejo de sintomas en un hombre ~~de~~ de costumbres como lo probaban la rubicundez de la cara, sobredado la violacea de la nariz. Sin embargo sano.

Observacion 15<sup>a</sup> En abril 29 de 1869 entro al num 17 de las salas del Dr Petit un hombre de temperamento sanguineo con neumonia doble, era insignificante bebedor, que estuvo 17 dias enfermo; se presento el 4<sup>o</sup> dia de su enfermedad un delirio furioso, en el que se levantaba i echaba a correr por la sala; habia en él alucinaciones, si bien no eran las caracteristicas de est. especie de hombres; no habia temblor; se notaron solo algunos sobresaltos tendinosos. Al muerte se halló hepatisacion roja de ambos vertices algo mas extensa en el derecho.

Observacion 16<sup>a</sup> En las salas de clinica del Dr. Guerrero, a mediados de octubre (1869) entro un enfermo de neumonia perfectamente bien comprobada; se notaron fuliginosidades, algo de prostracion, no presento de tendones, a mas temblor de los labios i delirio. El enfermo sano.

Observacion 17<sup>a</sup>

Hallase en el libro de clinica el caso de un italiano, entrado el 1<sup>o</sup> de octubre, de constitucion robusta, temperamento linfatico, enfermo hacia 24 dias con calor i tos seca. El 1<sup>er</sup> dia solo habia fiebre, lengua saburral, frotes pleurales, nego que fue se aficionado a los licores; ningun sintoma de otra excitacion nerviosa se halló en él fuera del insomnio, podia con todo dormir. Mejoró durante los 2 dias siguientes i empeoró al 4<sup>o</sup> en que se declaró neumonia. Al 5<sup>o</sup> del mes meo meo de mostro' subdelirio, quejidos sin que se molestase puntada alguna, alguna agitacion, saltos de tendones i aun un ligero temblor de los miembros al sentarse en la cama, pero habia persistido el insomnio sin aparecer las alucinaciones propias del delirium tremens. Con esto, habiendo reiterado la pregunta sobre si era bebedor, el lo nego formalmente, mas habia gran sospecha de engaño. Tres dias despues el delirio aumento en la noche. A los tres dias mas aunque el delirio disminuyó en intensidad, los sobresaltos tendinosos i el temblor aumentaron, sobrevino gran prostracion i expectoracion verdosa amarillenta. Un amigo de el enfermo declaró que era bebedor, pero el enfermo pereció ese mismo dia en una convulsion. La autopsia tuvo lugar el 13 de octubre; se halló hepatizacion roja en ambos pulmones.

Haré notar de paso que en las autopsias de estos enfermos se ha hallado congestion cerebral i derrame seroso abundante en el tejido celular subaracnoideo.

(3 de su entrada al hospital)

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Observacion 18<sup>a</sup> En la página 173 del libro clínico se hallaba la relación del caso de un enfermo, que confesaba su vicio de embriaguez habitual, vicio confirmado por el aspecto exterior. Después de una embriaguez de 5 días, parece que tuvo un ataque de delirium tremens; lo cierto es que a su llegada se notaba temblor en los labios, boca amarga, conjuntivas amarillas, sudores, delirio ligero con alucinaciones de animales diversos, vómitos, ojos brillantes, miembros inyectados, signos inequívocos de neumonía en su grado. Al día siguiente, el delirio cesa, el enfermo tendía a levantarse de la cama, soplo tubular. Hubo curación.

Estos casos y aun otros del citado libro me han hecho pensar que bien puede ser que no sea tan general la proposición formulada por el Dr. Petit, quien decía que la hepatización gris sobreviene en los bebedores con asombrosa rapididad, y fué esto lo que nos hizo ver en un enfermo en que sobrevino a los 5 días de enfermedad. Ateniéndome yo a lo que he podido observar, he encontrado mas comun que en los demas enfermos el morir con hepatización roja, pero para estar seguro de esto debia contar con una vasta experiencia. Si el ilustrado Dr. decía que en los bebedores se forma pus en los pulmones con mucha facilidad, parece natural creer que en virtud del deterioro del organismo la hepatización roja se lleva los enfermos a la tumba con mas facilidad.

Sea lo que se quiera de esta cuestion, lo que aparece ineludable es que por alarmantes que se-

an los síntomas atáxicos no debemos ~~suponer~~ <sup>suponer</sup> ~~con~~ <sup>con</sup> ~~la~~ <sup>la</sup> ~~hepatización~~ <sup>hepatización</sup> ~~gris~~. Se ve en efecto que en los  
 bebedores ~~síntomas~~ <sup>síntomas</sup> ~~tifoides~~ <sup>tifoides</sup> pueden observarse en  
 mayor o menor número e intensidad, en algunos  
 casos un verdadero delirium tremens; el delirio  
 puede observarse en todos sus ~~grados~~ <sup>grados</sup> desde el sub  
 delirio hasta un delirio frenético: i esto puede he-  
 ner lugar en un mismo individuo en el  
 curso de su enfermedad. De aquí puede colegirse  
 de cuánta importancia es el haber conocido  
 bien los antecedentes del enfermo ~~sobre sus~~  
 costumbres i las enfermedades que haya te-  
 nido, i aun en caso de negación uno no po-  
 dría fiarse en los mismos enfermos; en  
 enfermos que dicen ser de buenas costumbres,  
 uno no sabe a qué atribuir síntomas insó-  
 litos; que no dejan de ser muy embarazosa:  
 no siempre nos puede servir el hábito esteo-  
 rior; esto pasó en el enfermo de la observa-  
 ción 17<sup>a</sup>.

Por fin, dado que nos hallamos en pre-  
 sencia de una enfermedad de pecho en un  
 bebedor atáxico sería permitido deducir  
 con muy grandes probabilidades que no  
 se trata de una simple bronquitis o pleure-  
 sia, pues son enfermedades que a lo mas, en  
 los individuos de que hablo, provocan un  
 subdelirio; la neumonia es la que puede  
 dar cuenta de semejantes fenómenos, al mé-  
 nos con las mayores probabilidades; he teni-  
 do ocasion de comprobar esto en ~~un caso de~~  
~~pleuresia en~~ un enfermo de pleuresia, gran bebe-  
 dor, que ocupaba el número 15 en las salas



del Dr Schneider; solo tuvo un delirio muy tran-  
quilo. (mes de Julio)



Museo Nacional de Medicina

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Mucho se ha trabajado en cuanto al diagnós-  
tico de la neumonía crónica respecto a la tisis pul-  
monal, para establecer en todos los casos de una  
manera segura. Como apesar de ser gravísimas  
ambas enfermedades, la tisis sin embargo supe-  
ra a la neumonía, i como por otra parte el  
tratamiento debe variar algo aunque ambas ex-  
ijan un plan reconstituyente, no sea infuc-  
tuoso el aumentar el número de datos de proba-  
bilidad en dicho diagnóstico, por el examen de nue-  
vas i minuciosas observaciones. A la verdad  
esto interesaría sobremanera a nuestro país,  
donde el Dr Schneider ha encontrado mas fre-  
cuente que en Europa esa forma de pneumo-  
nia. Lamentable es sin duda que en el estado  
actual solo pueda sospecharse solamente.  
Mas hai una forma de neumonía cróni-  
ca automática de tuberculización pul-  
monar, que sin duda es consecutiva al  
desarrollo de esos productos mórbidos tan  
comunes (A) a la especie humana.

No he tenido ni siquiera un caso de pneumo-  
nia crónica simple que poder observar; no  
me toca pues exponer cosa alguna sobre su  
diagnóstico. Pasaré a referir algunos casos de  
neumonía complicada o mas bien sin-  
tomática de tubérculos, i manifestaré  
lo que de ellos puede oportunamente deducirse.

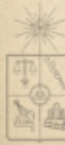
Observación 19<sup>a</sup>

El 20 de setiembre del 70 entró a las salas  
del Dr Schneider un joven de 22 años, tonelero,





muy bien musculado todavía; a pesar de que  
 según él decía, hubiese enflaquecido considerable-  
 mente desde tres meses, quedábale aun cierta que-  
 dura i tinte rosado en la piel; el día que cayó  
 en cama había sentido mucho desfallecimiento  
 i calor, los síntomas que teniendo menos in-  
 tensidad en los días siguientes no le impidie-  
 ron trabajar, i notó al manejar su marti-  
 llo un dolor al hombro derecho; durante los 3  
 meses sintió sudores abundantes jenerales en  
 la noche, i constantemente tos, con la que  
 solía arrojar alguna cantidad de sangre,  
 que por ser escueta no le llamó la atención: exa-  
 minado el (pulmon) tórax, se halló respiración  
 dispera en el lado izquierdo hacia la axila so-  
 plo tubular en la parte posterior superior de  
 derecha con mayor intensidad i con estertor sub-  
 repitante en la fosa supraescapular, pulso 100  
 ; proter diseminados i el soplo reducido a la fosa  
 supraespinosa era lo único perceptible el 7 de  
 octubre, mas el día 8 el pulso subió a 120, fuerte  
 dolor punzante al costado derecho, esputo herrumbro-  
 so i gran disnea, oscuridad en la base; el soplo  
 se había extendido, i en los días siguientes continuó  
 extendiéndose mas i mas; a parecer en la fosa  
 supraespinosa del lado opuesto, i a los 10 días  
 el soplo ocupaba solo la fosa supraespinosa primer-  
 mente afecta, pero con un timbre algo caverno-  
 so, que se pronunció mas en los días precedentes  
 a la muerte. El 29 de noviembre se hizo la autop-  
 sia; había una caverna en el vértice, inda-  
 seccion inflamatoria al rector, tubérculos cru-  
 dos en ambos pulmones. El  
 El soplo, la falta de oscuridad, la fiebre no po-

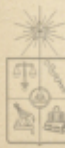




dian ser debidos sino a una neumonia, la que se irradia de cuando en cuando; pero segun las observaciones del Dr. Petit que este caso no hace sino confirmar el persistio un nucleo flegmonico e irradiarse de cuando en cuando la inflamacion es un signo de neumonia sintomatica de tuberculos, suposicion confirmada por el enfugamiento rapido; los demas sintomas tanto podian ser de neumonia simple como de neumonia tuberculosa.

Observacion 20<sup>a</sup>

En abril del 69 entro' al n<sup>o</sup> 49 un hombre de 30 años de t<sup>o</sup>rax cilindroide, tenia tres dias de una enfermedad que comenzo' con fuertes calos frios, calor, dolor al costado izquierdo; hubo fiebre, soplo tubular a la parte posterior superior del lado izquierdo, crepita en el vértice derecho, esputo de sangre que tiraba algo al amarillo; (a los 5 dias se comprobaron los signos de un derrame en el lado derecho tal que solo en el vértice se oia solamente soplo; a los 11 dias se comprobó así mismo un derrame en el lado izquierdo, la fiebre era considerable, el esputo sanguinolento continuaba con mas abundancia, signos evidentes de pericarditis; de endocarditis; habia agitacion; gran disnea; en los dias siguientes el derrame del lado derecho disminuyo, i aumento mucho el del lado opuesto; mucha tos, gran demeracion i inopercion. A los 6 dias despues, el soplo continuaba en ambos vértices, pero con estertor subcrepitante; el derrame ha disminuido en todas partes; menos disnea; esputo sanguinolento poco abundante. A los 12 dias despues, durante los cuales el derrame aumentó por la parte anterior habiendo disminuido en la posterior, tuvo lugar la





muerte sin haber cesado los signos de neumonía del vértice; i es probable que hubiese vivido el enfermo mucho mas, i habríamos tenido un caso como el de la observacion precedente, i un anasarca, consecuencia de las alteraciones cardíacas no hubiese sobrevenido i complicándose de erisipela flegmonosa. Halláse en el cadáver signos de inflamacion al segundo grado en ambos pulmones, gran derrame pleural i tubérculos curdos. El Dr Petit se valió de este caso en sus lecciones para hacer notar que una neumonia de un carácter tan extraño como ésta no podia ménos de ser tuberculosa, sobre todo en un sujeto de conformacion mala de pecho; en efecto, un esputo sanguinolento que persiste durante mucho tiempo, el ser neumonia del vértice, ya esto solo por sí bastaba para tener grandes probabilidades de que se trataba de neumonia de pulmones tuberculosos; i venian a darnos la casi certidumbre varias irregularidades, el atacar casi simultáneamente los dos vértices, el sobrevenir pleuresia doble con mucho derrame i con variaciones en la curbididad i situacion del líquido, la persistencia de signos de neumonia en el vértice con estertor subcrepitante, la mucha tos, la demeracion prematura, etc., son circunstancias que no se hallan en las neumonias ordinarias.

Las observaciones 19<sup>a</sup> i 20<sup>a</sup> no han hecho sino confirmar el valor diagnóstico atribuido por el Dr Petit al esputo sanguinolento persistente; recordaré el caso de la observacion 1<sup>a</sup> en que el esputo sanguinolento duró un dia, i en que la afeccion ocupó ambos vértices, sin que a la autopsia se hallase el menor indicio de tubér-





culos para confirmar el valor de esa persistencia; pero a referir la observación 21ª con el mismo objeto. No tiene menor valor la persistencia de los signos físicos de neumonía en el mismo punto del tórax sobretudo en el vértice, lo comprueban las observaciones 1ª, 19ª i 20ª; i la siguiente:

## Observación 21ª

En la página 134 del citado libro se halla inscrito el caso de un enfermo que desde 3 meses tenía hemoptisis, sudores nocturnos i tos i había enflaquecido mucho; hacía 15 días una puntada se había declarado en el lado derecho; se hallaba soplo tubular en el vértice del (diestro) pulmón correspondiente; cerca de la columna vertebral se oía respiración cavernosa gorgoteo i pectorilografía, estertor subcrepitante en la parte posterior diseminado, esputo heces de vino; el soplo se extendió en los días siguientes al rededor del foco inflamatorio, durante más de un mes el esputo heces de vino i el soplo en el pulmón derecho en el vértice persistieron hasta que, mejorando el enfermo i cesando los dos síntomas indicados, pudo darse el alta.

De lo ya expuesto se colige que en los casos en que sea dudoso que la afección tuberculosa complique la neumonía, porque no son claros los signos de tubérculos, hai sin embargo varios síntomas que si no dan certeza absoluta por su conjunto, al menos envuelven grandes probabilidad según su conjunto, tal es el esputo sanguinolento persistente, el soplo tubular persistente en el vértice, que de cuando en cuando hace irrupción a partes vecinas, pleuresía con mucho líquido sobretudo si es doble, los sudores abundantes, la gran demacración, el ser casi simultáneamente doble i para decirlo de una vez con el Dr. Petit lo insólito, lo anómalo, que





34  
una neumonía presente, sobretodo respecto a sus  
síntomas físicos, hacen sospechar la neumonía  
de los pulmones tuberculosos. Pero se necesi-  
tan sin duda muchas observaciones para sa-  
ber si estos signos dan certidumbre o no.



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Como lo habia prometido, he tratado de  
la pulmonía bajo el punto de vista del diag-  
nóstico, viéndome a comprobar signos repu-  
tados todavía como dudosos, por medio de observa-  
ciones verificadas en nuestro hospital de S. J.  
de Dios, limitándome a los que pueden ser útiles;  
es, en efecto, indudable que el medio seguro de re-  
solver varias cuestiones de diagnóstico es el rec-  
tificar el valor de estos signos por observaciones  
nuevas. En razón de esto, no he vacitado en  
dedicarme a un trabajo de este género sin pre-  
tender todavía haber logrado algo en este senti-  
do; viéndome necesarias numerosísimas obser-  
vaciones para llegar a algun resultado, excepto  
por lo tocante a los signos indicados por mis  
profesores de clínica, que en una práctica de  
muchos años han logrado arrancar a esta  
enfermedad sus secretos semióticos.

Esperando sin preocupación si tales signos  
se comprobaban o no por observaciones postero-  
res, cabrá al menos la seguridad de poder-  
les asignar el valor que merecieron.

Juan Serapio Loiz



Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

Museo Nacional de Medicina  
WWW.MUSEOMEDICINA.CL